

DOCUMENTOS DE **PROYECTOS**

Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores

Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe

Verónica Montes de Oca Zavala



CEPAL



Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



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

Deseo registrarme



NACIONES UNIDAS



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal



www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks



www.cepal.org/es/publicaciones/apps

Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores

Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe

Verónica Montes de Oca Zavala



Este documento fue preparado por Verónica Montes de Oca Zavala, Consultora del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del programa para 2022 del acuerdo de cooperación entre la República de Corea y la CEPAL. La autora agradece los comentarios de Simone Cecchini, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL, Zulma Sosa, Coordinadora del Área de Población y Desarrollo, Daniela González Ollino, Asistente de Investigación, y Orly Winer, Asistente de Información, todas de la misma División.

Se agradece la colaboración de Yasmin Violeta Arenas Sánchez, Valeria Itzel Espinosa Hernández, Karla Pérez Guadarrama, Ivonne Arlette Jagüey Camarena, María de Lourdes Velasco Domínguez, Marissa Vivaldo Martínez y Edgar Zamora Carrillo.

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.

Publicación de las Naciones Unidas
LC/TS.2023/158
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2023
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.23-00932

Esta publicación debe citarse como: V. Montes de Oca Zavala, "Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores: análisis de experiencias en América Latina y el Caribe", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/158), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

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

Introducción	7
I. Cuidados de largo plazo: atender el presente para construir un mejor futuro	9
A. El cuidado, un asunto de derechos y justicia social	9
B. ¿Qué son los cuidados a largo plazo?	11
1. Las personas trabajadoras del cuidado a largo plazo	15
C. Lugares donde ocurre el cuidado a largo plazo	16
1. Los hogares	16
2. Las instituciones de cuidados a largo plazo	18
D. Sistemas de cuidados y cuidado a largo plazo	20
II. La construcción del derecho a los cuidados de largo plazo en la normatividad internacional y regional.....	25
A. El derecho de las personas mayores y personas con discapacidad a recibir cuidados	25
B. Derechos de las personas trabajadoras del cuidado y el derecho a la autonomía de las mujeres	29
C. El Seguro de Cuidados a Largo Plazo: la experiencia de la República de Corea	33
1. El Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) y el Seguro de Cuidados a Largo Plazo (LTCI)	36
2. Características del LTCI	37
3. Población objetivo y servicios	38
4. Prestadoras de servicio	39
5. Financiamiento	39
6. Cobertura	40
7. Alcances	42
8. Limitaciones	42
9. Reflexiones adicionales	42
III. Las transformaciones demográficas y las necesidades de cuidado de largo plazo en la región	45
A. Dinámica de la población	45

B.	Cambios en la estructura por edad y sexo	47
C.	Razón de dependencia e índice de masculinidad.....	56
D.	Indicadores del proceso de envejecimiento	58
E.	Mortalidad y esperanza de vida al nacer	65
F.	Factores que influyen en el aumento de las necesidades de cuidado a largo plazo	73
1.	Prevalencia de enfermedades crónicas en la región	73
2.	Discapacidad	77
G.	Personas mayores que requieren cuidados a largo plazo en la región.....	78
H.	Estadísticas regionales sobre el tiempo de trabajo doméstico y del cuidado remunerado y no remunerado.....	81
IV.	Marco jurídico y política regional en materia de cuidados de largo plazo en la región.....	85
A.	Marco jurídico internacional y regional	86
1.	Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares	86
2.	Protocolo de San Salvador	86
3.	Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.....	86
4.	Consenso de Quito.....	87
5.	Consenso de Brasilia	87
6.	Consenso de Santo Domingo.....	87
7.	Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de niños y niñas	88
8.	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.....	88
V.	Las políticas de cuidado de largo plazo en América Latina y el Caribe	95
A.	La necesidad de la ampliación de la cobertura de protección social	95
B.	Gasto social dedicado al cuidado a largo plazo en la región	96
C.	Características de las políticas de cuidado a largo plazo.....	98
D.	Avances legislativos en materia de cuidados a largo plazo.....	99
E.	Políticas, programas y acciones en materia de cuidados a largo plazo en la región.....	99
F.	Países que avanzan en la construcción de sistemas de cuidados	103
	Bibliografía	105
	Anexo	113
Cuadros		
Cuadro 1	Convenios o tratados internacionales sobre cuidados a largo plazo.....	28
Cuadro 2	Marco jurídico internacional y regional sobre el trabajo de cuidados	33
Cuadro 3	Definición del grado de beneficios otorgados, según el estado físico y mental por parte del LTCl en la República de Corea	38
Cuadro 4	República de Corea: cobertura y gasto de la población en la LTCl pública, 2008-2018.....	41
Cuadro 5	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, 1950 y 2020	50
Cuadro 6	América Latina y el Caribe: situación de los países según su etapa de transición demográfica, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021.....	52
Cuadro 7	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, por decenios, 1950, 1990, 2020	55
Cuadro 8	América Latina y el Caribe: relación de dependencia, por decenios, 1950-2050	56
Cuadro 9	América Latina y el Caribe: razón de sexos por decenios, 1950-2050	57
Cuadro 10	América Latina y el Caribe: edad mediana por decenios, 1950-2020	61
Cuadro 11	América Latina y el Caribe: relación de apoyo potencial, por decenios, 1950-2020	62

Cuadro 12	América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres, por decenios, 1950-2020.....	63
Cuadro 13	América Latina y el Caribe: población, relación de dependencia demográfica y esperanza de vida al nacer.....	64
Cuadro 14	América Latina y el Caribe: tasas brutas de mortalidad, por quinquenios, 1951-2021.....	66
Cuadro 15	Esperanza de vida en América Latina y el Caribe, 2019.....	70
Cuadro 16	América Latina y el Caribe (32 países): Carga de enfermedad atribuible al medio ambiente, 2012.....	71
Cuadro 17	América Latina y el Caribe: indicadores de salud, 2022.....	73
Cuadro 18	América Latina y el Caribe: factores de riesgo, indicadores recientes.....	75
Cuadro 19	América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la estructura de la población, 2000-2100.....	80
Cuadro 20	América Latina y el Caribe (34 países): adhesión, firma y ratificación de pactos, convenciones y convenios relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales (a diciembre 2021).....	85
Cuadro 21	América Latina y el Caribe (33 países): mención y cobertura de temas sociales y protección de grupos específicos en las normativas constitucionales.....	90
Cuadro 22	América Latina (10 países): métodos de valorización económica del trabajo no remunerado de los hogares utilizados.....	91
Cuadro 23	América Latina y el Caribe (10 países): gasto social público en discapacidad relacionada con cuidado de largo plazo, 2018.....	97
Cuadro 24	América Latina y el Caribe (10 países): gasto social privado en discapacidad relacionada con cuidado de largo plazo, 2018.....	97
Cuadro 25	Países que reportan acciones y legislación en materia de cuidados de largo plazo, 2018-2022.....	100
Cuadro 26	América Latina y el Caribe (10 países): programas y estrategias de formación a personas cuidadoras, 2018-2022.....	101
Cuadro 27	América Latina y el Caribe (9 países): avances en la creación de sistemas públicos de cuidados en la región, 2018-2022.....	103
Cuadro 28	Avances en la creación de sistemas públicos de cuidados en la región, 2018-2022.....	104
Cuadro A1	Regulación en materia de cuidados de largo plazo (leyes).....	114

Gráficos

Gráfico 1	República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040.....	34
Gráfico 2	República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040.....	34
Gráfico 3	República de Corea: personas que requieren cuidado por tipo de cuidado (población de 15 años y más), 2020.....	35
Gráfico 4	República de Corea: tendencias financieras del seguro de cuidado de largo plazo para personas mayores, 2008-2017.....	40
Gráfico 5	República de Corea: beneficiarios por edad y costo del seguro per cápita, 2017.....	41
Gráfico 6	América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total y de 60 y más años, por decenios, 1950-2100.....	46
Gráfico 7	América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total, de 60 y más años y 80 y más años, por decenios, 1950-2100.....	46
Gráfico 8	América Latina y el Caribe: estructura de la población.....	47
Gráfico 9	América Latina y el Caribe: Tasa Bruta de Natalidad (TBN), Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) y Tasa de Crecimiento Natural (TCN), 1950-2100.....	49
Gráfico 10	América Latina y el Caribe: situación de los países según su etapa de transición demográfica, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021.....	52
Gráfico 11	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, 1950,1990 y 2020.....	54

Gráfico 12	América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento por decenios, 1950-2020 - Número de personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años	59
Gráfico 13	América Latina y el Caribe: edad mediana por índice de envejecimiento por decenios, 1950-2020	60
Gráfico 14	América Latina y el Caribe: tasas brutas de mortalidad, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021	68
Gráfico 15	América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, ambos sexos, por quinquenios, 1951-2021	69
Gráfico 16	América Latina y el Caribe: prevalencia de la discapacidad por sexo y grupo de edad	77
Gráfico 17	América Latina y el Caribe: proporción de la población con discapacidades severas que percibe prestaciones por discapacidad	78
Gráfico 18	Prevalencia e intensidad de la dependencia funcional	79
Gráfico 19	América Latina y el Caribe (18 países): tiempo dedicado a quehaceres domésticos y de cuidados no remunerados, según sexo, último periodo disponible.....	81
Gráfico 20	América Latina y el Caribe (15 países): proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados, según tipo de trabajo no remunerado y sexo, último período disponible.....	82
Gráfico 21	América Latina (12 países): tiempo de trabajo no remunerado, según sexo e ingresos propios, último año disponible	92
Gráfico 22	América Latina (18 países): proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados (indicador 5.4.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), según sexo	93
Recuadros		
Recuadro 1	Los cuidados paliativos en el cuidado a largo plazo	14
Recuadro 2	El trabajo de cuidado y las personas cuidadoras	83
Diagramas		
Diagrama 1	Características del cuidado a largo plazo.....	16
Diagrama 2	América Latina y el Caribe: Conferencias Regionales de la Mujer, 1977-2022	31
Diagrama 3	República de Corea: cobertura poblacional del Seguro de Cuidado de Largo Plazo, 2021	42
Diagrama 4	Vinculación con otras políticas públicas y relación bidireccional de las políticas de cuidado con otras políticas	98
Diagrama 5	Clasificación de las políticas de cuidado	99
Mapa		
Mapa 1	Déficit en la cobertura de los cuidados de largo plazo hacia la cobertura universal basada en la legislación nacional, 2015.....	91

Introducción

De acuerdo al Panorama Social de América Latina 2021 (CEPAL, 2022b), los múltiples retos económicos, políticos, sociales y sanitarios que ha enfrentado nuestra región, a lo largo de los últimos años, han puesto de manifiesto “la imperiosa necesidad de orientar las relaciones sociales y de la sociedad (...) hacia paradigmas centrados en las nociones de interdependencia, cuidados y sostenibilidad” (Ídem, p. 212). Por ello, implementar, en los países de la región, medidas que garanticen el derecho a cuidar personas mayores y a recibir cuidados es un objetivo orientador determinante para las políticas públicas de las próximas décadas, junto con la incorporación de nuevos enfoques que permitan visibilizar tanto las distintas necesidades e intensidades de este fenómeno como las tensiones que existen para lograr que las personas puedan ejercer su derecho a cuidar personas mayores y a recibir cuidados.

La llamada crisis de los cuidados, provocada por la pandemia de COVID-19, ha develado las inequidades y desigualdades que experimentan tanto las mujeres y sus familias, como las personas que trabajan en el ámbito de los cuidados y, por supuesto, quienes los requieren. En dicho contexto, incluso el territorio se interpone con diversas categorías tales como el género, la pertenencia étnica, la clase social, la condición migratoria, las identidades sexogenéricas y la condición de salud o enfermedad, entre otras, profundizando y perpetuando la condición de desigualdad. Asimismo, otro hecho manifiesto plantea que los cuidados a largo plazo se encuentran en crisis y requieren, también, una urgente reorganización, redistribución y revalorización social.

Es así como, en América Latina y el Caribe, existen alrededor de ocho millones de personas mayores que requieren asistencia en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en particular para comer, vestirse y/o bañarse, cifra que podría triplicarse hacia 2050, alcanzando 27 millones (Cafagna et al. 2019). En la actualidad, el 1% de la población total de la región —cantidad equivalente al 12% de las personas mayores de 60 años—, es dependiente por motivos de enfermedad o discapacidad, condición que requiere cuidados a largo plazo (Cafagna et al. 2019).

Esta forma de cuidado a lo largo del tiempo presenta una gran complejidad debido a la elevada intensidad de las necesidades, actividades e insumos requeridos, tanto para la atención como para el apoyo; así como por sus altos costos económicos, físicos y emocionales; la diversidad de entornos en los que ocurre (domicilio, centros comunitarios, centros de vida asistida, residencias para personas mayores, hospitales e instituciones de salud, entre otros) y, también, debido a la desproporcionada participación de las familias respecto a otros vértices del cuidado, como son el Estado, el mercado y la comunidad, en su organización, regulación y seguimiento.

En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015), el organismo advirtió que, aún, no existe una adecuada articulación entre los servicios de salud y los sistemas de cuidados a largo plazo. En general, el gasto en salud focaliza en los costosos servicios de atención de casos agudos para atender cuadros crónicos, desdibujando las necesidades de las personas que requieren cuidados a largo plazo. Además, existe un gran consenso para posicionar los modelos centrados en la persona como herramientas de gestión en las instituciones responsables de los cuidados a largo plazo. Todo ello se refleja en una débil, limitada e, incluso, inexistente infraestructura para ofrecer cuidados a largo plazo de calidad; además, se evidencia en el diseño de modelos de atención, algunos de los cuales han resultado inadecuados o insostenibles en ciertos países de la región (OMS, *ibidem*).

Ante esta realidad, en América Latina y el Caribe, resulta indispensable optimizar y reforzar los servicios de cuidado a largo plazo, tanto para lograr un uso eficiente de los recursos públicos disponibles y reducir las condiciones que hacen vulnerables a las personas mayores, como para incentivar la generación de trabajo productivo y fortalecer la economía (Cecchini et al. 2021), esfuerzo que, también, permitirá mejorar las condiciones de vida de las mujeres mayores de la región y, junto con ello, reconocer el trabajo no remunerado que realizan. De acuerdo con ONU Mujeres y CEPAL (2020), una alternativa, que ha mostrado amplios beneficios, es la creación de sistemas de cuidado con enfoque de género y construidos sobre la base de los distintos servicios existentes (salud, educación, atención a las personas en situación de dependencia o servicios sociales), reconociendo plenamente, a la vez, la importancia del trabajo doméstico y de los cuidados que realizan las mujeres.

Es así como el objetivo del presente estudio es compartir experiencias regionales sobre el diseño de sistemas y políticas de cuidados de largo plazo para las personas mayores que profundizan el papel de la protección social frente a los cambios demográficos y recomendaciones estratégicas de los organismos internacionales, para avanzar en la consolidación de respuestas nacionales encaminadas al diseño e implementación de Sistemas Integrales de Cuidados a Largo Plazo en América Latina y el Caribe.

I. Cuidados de largo plazo: atender el presente para construir un mejor futuro

A. El cuidado, un asunto de derechos y justicia social

En la actualidad, el cuidado puede definirse como una:

[...] actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro 'mundo', de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que buscamos tejer juntas en una red compleja que sostiene la vida (Tronto, 1993, p. 103).

Discusiones previas coinciden en considerar al cuidado como: i) una necesidad humana vinculada al bienestar, ii) un trabajo indispensable para reproducir la vida, iii) involucra el autocuidado, el cuidado de otros, los cuidados indirectos (como limpiar la casa, la ropa y la elaboración de alimentos) y la gestión del cuidado, iv) incluye la configuración de entornos o lugares de cuidado, v) un trabajo que puede ser proveído por los hogares, el Estado, el mercado o la comunidad, y vi) un derecho humano.

Los cuidados son construcciones culturales y sociales, pues cada sociedad define cuáles son sus propias necesidades de cuidados y las normas para su provisión, a través de distintas instituciones. A su vez, todas las formas de organización social de los cuidados “apuntan a concepciones diferentes acerca de lo que es y debe ser la persona humana, lo que es y debe ser una vida humana valiosa” (Anderson, 2020, p.75).

Las estructuras aún imperantes de desigualdad social y económica condicionan tanto el acceso a los cuidados como el deber de proveerlos entre las personas, de acuerdo con su identidad y su posición interseccional (Crenshaw, 1989; Holman y Walker, 2021). Además, los eventos históricos junto a los cambios económicos, demográficos, sociales, culturales y políticos condicionan los procesos de envejecimiento y las necesidades de cuidados entre las personas, y, en particular, sus posibilidades de acceder a tales cuidados.

La economía feminista ha mostrado que, en sociedades capitalistas, la reproducción de la vida y la provisión de bienestar han sido relegadas al ámbito del hogar, especialmente a las mismas mujeres debido a la injusta división sexual de trabajo (Carrasco et al., 2011; Pérez, 2019). La devaluación económica

y social del trabajo de cuidados —que realizan, principalmente, las mujeres sin una remuneración—, ha permitido la reproducción de la fuerza laboral y ha subsidiado la producción y la acumulación capitalista (CEPAL, 2010; Fraser, 2016). Esto ha tenido un alto costo para la vida de las mujeres, en términos de limitar su inserción al mercado laboral, obstaculizar su autonomía económica y personal, limitar su participación política y su autocuidado y abonar a la feminización de la pobreza.

A su vez, desde finales del siglo pasado, el aumento en la precarización del trabajo remunerado y los diversos cambios culturales —a favor de la autonomía económica de las mujeres—, han impulsado su inserción en el mercado laboral; mientras que, los hombres continúan sin participar de forma igualitaria en el trabajo de cuidados al interior de sus hogares. En este contexto, predomina un régimen dual de provisión de cuidados (Fraser, 2016), los cuales son adquiridos en el mercado por aquellos hogares que pueden pagarlos; en tanto, los hogares de los estratos socioeconómicos más bajos acceden a ellos, a través del trabajo no remunerado realizado por mujeres con una doble o triple jornada laboral. En consecuencia, las brechas de desigualdad social en el acceso y la provisión de los cuidados han aumentado, desde finales del siglo pasado.

En América Latina y el Caribe, dicha situación se ha visto agravada por el avance de la transición demográfica, proceso que impulsa la reducción de la fecundidad y la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, el envejecimiento poblacional en las sociedades. Se estima que, en 2030, el 17% de la población será mayor de 60 años; mientras que, en 2050, se espera que una cuarta parte de la población se encuentre en esta condición (Cafagna et al., 2019, p. 7) y casi un tercio de la población, hacia 2100, tendrá más de 65 años (Turra y Fernandes, 2021, p. 14). Si se tiene en cuenta, que las personas sobre los 60 años poseen mayores riesgos de presentar alguna dependencia funcional, se puede afirmar que el envejecimiento poblacional conlleva un aumento importante en las necesidades de cuidados (Cafagna et al., 2019). Sin embargo, la oferta de cuidados que pueden ofrecer las familias en sus hogares se está reduciendo debido a los cambios que están experimentando en su estructura, vuelcos que están ligados a la disminución de la fecundidad, la reducción de su tamaño, su verticalización¹, su envejecimiento, las migraciones, los divorcios y al aumento de los hogares unipersonales (Huenchuan, 2009; Oddone, 2020, p. 47).

El aumento en la demanda de cuidados y el hecho de que ya no es posible ni deseable que las mujeres continúen proveyéndolos de manera informal han generado una crisis en el ámbito de los cuidados que hace, cada vez, más necesaria la corresponsabilidad social en la materia y la intervención del Estado para proveer sistemas integrales de cuidados (CEPAL, 2010b; Comas-d'Argemir y Bofii-Poch, 2021).

Por otro lado, dicha crisis se vio agudizada por la pandemia de COVID-19 debido al cierre temporal de centros de cuidado regulares, tales como escuelas, hospitales (los cuales disminuyeron, de manera significativa, su disponibilidad de brindar atención adecuada y oportuna frente a la priorización de casos por infección del coronavirus) e instituciones públicas y privadas que proporcionan cuidado infantil y cuidados a largo plazo a personas con algún tipo de dependencia. Por tal motivo, la retirada parcial del Estado, el mercado y la comunidad —en la provisión de los cuidados durante la pandemia de COVID-19—, implicó una rehogarización o refamiliarización del trabajo de cuidados, el cual recayó, casi de manera exclusiva, en las mujeres del planeta (CEPAL, 2022b, p. 32; ONU Mujeres y CEPAL, 2020).

Con el objeto de hacer frente a la crisis de los cuidados, los Estados de la región han impulsado, a través de las distintas Conferencias Regionales de la Mujer, el reconocimiento del derecho humano al cuidado y el cambio de paradigma de desarrollo hacia uno centrado en el cuidado de las personas y el medio ambiente para conformar una “sociedad de los cuidados” (CEPAL, 2022a). El derecho al cuidado incluye: el derecho de toda persona a acceder a los cuidados que requiera para garantizar su bienestar, el derecho de las personas a decidir no cuidar o cuidar en condiciones dignas y el derecho al autocuidado (Pautassi, 2007). Es así como, en la región y en el marco de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, se estableció el Consenso de Quito, realizado en Ecuador, en 2007.

¹ La verticalización de los hogares se refiere a que en su interior se ha reducido el número de infantes, mientras que ha aumentado el número de personas mayores de distintas generaciones (personas abuelas, bisabuelas y tatarabuelas) (Oddone, 2020, p. 47).

Se trata del primer acuerdo regional que reconoce el cuidado como un derecho fundamental (Pautassi, 2018, p. 732), mediante el cual los países firmantes se comprometieron a: “adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable” (CEPAL, 2007). Más tarde, por medio del Consenso de Brasilia, en 2010 —resultante de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe—, se estableció que: “el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y la corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado” (Pautassi, 2018, p. 732). Siempre apuntando a que el derecho al cuidado sea una realidad, los Estados se comprometieron a implementar políticas o sistemas integrales de cuidados como parte de sus sistemas de protección social (CEPAL, 2020).

Por su parte, la sociedad del cuidado representa un nuevo paradigma de desarrollo que busca “priorizar la sustentación de la vida frente a la acumulación de capital [...] para lograr un desarrollo sostenible con igualdad y que para ello es necesario ubicar el cuidado en el centro del modelo de desarrollo” (CEPAL, 2022a, p. 17). La consolidación de una sociedad del cuidado implica que los estados impulsen la construcción de “nuevos pactos políticos, sociales, fiscales y ambientales a través de la participación de una amplia variedad de actores que permitan transitar hacia un nuevo paradigma de desarrollo” (CEPAL, 2022a, p. 167). Además, los Estados deben promover una nueva orientación de la vida económica y social, a través de políticas que originen “disponibilidad de tiempos, recursos y servicios necesarios para la sostenibilidad de la vida y para el buen vivir, sobre la base de la igualdad en la protección del derecho al cuidado” (CEPAL, 2022a, p. 30).

En suma, para enfrentar los retos que conlleva el acelerado envejecimiento poblacional, superar las brechas de desigualdad en el acceso y la provisión del cuidado y lograr la materialización del derecho humano al cuidado, los Estados de la región están llamados a conformar sistemas integrales de cuidados que permitan transitar hacia una sociedad del cuidado centrada en la sostenibilidad de la vida.

B. ¿Qué son los cuidados a largo plazo?

Las necesidades propias del cuidado a largo plazo, han estado presentes en todo el transcurso de la historia de la humanidad. En América Latina y el Caribe, la prestación de esta forma de cuidado ha ocurrido, históricamente, dentro del hogar, en particular como una responsabilidad asumida por las familias, aunque en su interior, asumida de forma desproporcionada por las mujeres, madres, hermanas, hijas, abuelas, esposas. Sin embargo, considerando que el cuidado a largo plazo presenta características diferentes al cuidado en general —debido a su intensidad, especificidad de acciones y actividades, requerimientos de acompañamiento por parte de personal especializado y recursos económicos necesarios para proveerlo con dignidad—, su acceso se encuentra limitado y ocasiona un desgaste con altos costos físicos, económicos y psicoemocionales tanto para quienes lo requieren como para quienes lo proveen.

Los organismos internacionales se han preocupado por conceptualizar el cuidado desde diferentes perspectivas, con ello han colaborado de forma continua al proceso de visibilizar actores, problemáticas, retos y tensiones que ocurren en el ámbito familiar, comunitario y social para lograr que quienes lo requieran, tengan acceso oportuno a servicios de cuidado a largo plazo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cuidado a largo plazo se ha definido como:

[...] el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona, que no es plenamente capaz de su autocuidado, pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (WHO, 2002, p. 6).

La definición anterior destaca tres elementos: i) la clasificación de las personas que proporcionan el cuidado de largo plazo (materia que se abordará en el siguiente apartado), ii) el cuidado de largo plazo se dirige a quienes no sean plenamente capaces de proveerse de autocuidados, y iii) su meta es que las personas puedan mantener el más alto nivel de calidad de vida posible.

Con respecto al segundo elemento de la definición, se debe señalar que todas las personas somos propensas a requerir cuidados de larga duración, en caso de sufrir un siniestro o una enfermedad crónica que nos incapacite, ya sea de manera temporal o permanente. Asimismo, vale la pena aclarar que no todas las personas con alguna discapacidad congénita o adquirida requieren de cuidados a largo plazo; así como no todas las personas mayores de edad requieren de ayuda en su vida diaria.

Entonces, ¿cómo se puede definir a las personas que no son plenamente capaces de proveerse de autocuidados? Son aquellas que “no pueden realizar actividades necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros por un periodo prolongado de tiempo” (OMS, 2015, referido en Cafagna et al., 2019, p. 6). Existe un consenso para definir y clasificar a las actividades de la vida diaria:

Tradicionalmente, esas actividades de la vida diaria se clasifican como básicas [ABVD]—comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— e instrumentales, prepararse la comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de la distancia que puede recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o Internet (CEPAL, 2017, p. 146).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (OECD, 2005) y el Banco Interamericano de Desarrollo, BID (Cafagna et al., 2019) coinciden en denominar a la incapacidad de las personas —para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria permanentemente—, como “dependencia funcional”, la que se asocia a “incapacidades físicas o mentales de carácter crónico” (OECD, 2005, p.3). Así mismo, las enfermedades crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer, han sido reconocidas como padecimientos que generan este tipo de dependencia (OEA, 2015)².

Por su parte, la OMS (2000), define a las personas que requieren cuidados a largo plazo como aquellas personas de todas las edades que poseen problemas de salud de larga duración y necesitan asistencia en las actividades de la vida diaria. Esto incluye a personas con las siguientes características: personas con enfermedades crónicas (contagiosas o no contagiosas), con alguna discapacidad, con VIH/SIDA, inhabilitadas por algún daño accidental, con sensorialidad limitada, con enfermedades mentales (incluida la depresión y la demencia), víctimas de desastres socioambientales o de otro tipo y algunas personas dependientes de ciertas sustancias (OMS, 2000, p. 10).

Cada país define el tipo y número de limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, a partir de las cuales se considera que una persona sea dependiente (CEPAL, 2017). Igualmente, la intensidad de la dependencia de una persona se determina según el número de ABVD en las cuales requiere ayuda.

En 2015, la dependencia funcional afectaba “al 12% de las personas de 60 años o más de nuestra región, y a casi el 27% de los que tienen 80 años o más” (Aranco et al., 2018, p. 27)³. Los mismos autores estiman que, en 2050, las personas mayores con dependencia funcional superarán el 3% del total de la población de América Latina y el Caribe (ALC), y representarán entre el 11 y el 17 por ciento de las personas mayores de 60 años.

² En contraste con esta definición de cuidado a largo plazo, limitada al cuidado social, la definición de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), además de contemplar el cuidado social, incluye el cuidado sanitario, tal como lo especifica en su artículo segundo y lo restringe a los servicios que se prestan en establecimientos regulados —públicos, privados o mixtos—, por lo cual, excluye a los cuidados que se prestan en el hogar (OEA, 2015).

³ Esta proporción fue calculada (Aranco et al., 2018, p. 22) en base a datos extraídos de las siguientes fuentes: Encuesta Longitudinal de Protección Social en: Chile (2015), Paraguay (2015), El Salvador (2014), Uruguay (2013); Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable, Costa Rica (2009); Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (2015). Cabe señalar que, se considera que una persona posee dependencia funcional si se encuentra incapacitada para realizar al menos una ABVD.

La posición estructural y la identidad social de las personas tienden a condicionar su acceso a recursos, poder y oportunidades en el transcurso de su vida (Holman y Walker, 2021, p. 244). En consecuencia, las personas viviendo en condiciones de vulnerabilidad —ya sea por género, condición económica, racialización⁴, orientación sexual o condición migratoria—, corren el riesgo de experimentar un envejecimiento menos saludable y, por consiguiente, aumentan la probabilidad de que presenten dependencia funcional en su vejez, sin contar con los recursos suficientes para proveerse de cuidados a largo plazo.

Debido a que la esperanza de vida de las mujeres —tanto en América Latina, como en el resto del mundo—, es mayor que la de los hombres y a que, a lo largo de su vida, están más expuestas a enfermedades crónicas, durante su vejez, las mujeres poseen mayores probabilidades que los hombres de requerir cuidados a largo plazo (Aranco et al., 2018, p. 24). En igual forma, las mujeres poseen mayores obstáculos que los hombres para acceder a tales cuidados, dado que un segmento importante de ellas dedicó gran parte de su vida, de manera casi exclusiva, a proporcionar cuidados a sus familiares sin recibir prestaciones ni remuneración alguna o porque poseían ingresos y pensiones inferiores a las de los hombres.

Al mismo tiempo, se ha reconocido que las personas de edad avanzada en situación de pobreza o pobreza extrema enfrentan más probabilidades de necesitar cuidados a larga duración, a raíz de las limitaciones económicas que han experimentado a lo largo de su vida y que han propiciado un envejecimiento menos saludable, situación que les acarrea mayores riesgos de padecer siniestros o enfermedades crónicas que les pueden incapacitar e impedir la normal realización de actividades diarias durante su vejez. Además, este grupo particular de personas mayores tendrá menores oportunidades de acceder a cuidados, por la reducción del tamaño de sus familias y la imposibilidad de las mujeres para seguir proveyendo cuidados, debido a su inserción en el mercado laboral y al alto costo que tiene adquirirlos en el mercado (Aranco et al., 2018, p. 33).

En consecuencia, la elaboración de políticas de cuidado a largo plazo debe tener en cuenta que aquellos grupos sociales que poseen menor poder y recursos económicos, o que enfrentan discriminaciones múltiples, tienden a presentar mayores necesidades de cuidados a largo plazo y enfrentan mayores obstáculos para su acceso. En el caso de las personas mayores, se requiere que las políticas de cuidado ofrezcan una amplia gama de servicios, con el fin de responder, de manera adecuada, a las necesidades específicas de cada situación particular y, a su vez, garantizar su derecho al cuidado en condiciones de igualdad y no discriminación (CEPAL, 2009; OEA, 2015).

Con respecto al tercer elemento de la definición de la OMS, la meta de los cuidados a largo plazo es garantizar “el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (WHO, 2002, p. 6). Al respecto, se ha enfatizado la idea que el cuidado de largo plazo debe fortalecer la autonomía potencial de las personas en el desarrollo de sus actividades diarias “por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se pueden recuperar” (CEPAL, 2017, p.147).

En definitiva, los cuidados a largo plazo constituyen hoy, en América Latina y el Caribe, un derecho inalienable de las personas mayores de acuerdo al artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). El ejercicio de este derecho cobra gran relevancia, ya que promueve el respeto a la integridad física y mental de las personas mayores y permite coadyuvar a la garantía de otros de sus derechos, tales como su derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, a la independencia y autonomía, a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a la accesibilidad y a la movilidad personal, a la recreación, al esparcimiento y al deporte y a la participación e integración comunitaria.

⁴ Traducción del inglés “racialization”. En sociología, la racialización o etnicización es un proceso político de adscripción de identidades étnicas o raciales a una relación, práctica social o grupo que no se identificó como tal con fines de dominación y exclusión social. En nuestra región, la racialización implicó que las poblaciones afrodescendientes o indígenas tuvieran una posición de sujeto desvalorizada, marginalizada o negada (Tomasini et al., 2017, p. 10).

Recuadro 1

Los cuidados paliativos en el cuidado a largo plazo

Dentro de los cuidados a largo plazo hay que tomar en cuenta la necesidad de cuidados paliativos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, cuidados paliativos en América Latina-ECHO); los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan enfermedades graves, mediante la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales. (OPS, 2023).

Los cuidados paliativos representan una alternativa para mejorar la calidad de vida de las y los pacientes que han recibido un diagnóstico potencialmente mortal, así como una oportunidad de apoyar a sus familias, que junto a ellos enfrentan escenarios difíciles en torno a problemáticas donde convergen lo físico, social, económico, emocional y lo espiritual; en este sentido, los cuidados paliativos buscan cumplir con el propósito universal de mejorar la calidad de vida hacia el final de ésta y suponen una alternativa eficaz en la atención de las necesidades del enfermo y sus cercanos al brindar apoyos para una vida digna con independencia del diagnóstico y el pronóstico recibido.

Tener un acercamiento con la muerte implica diferentes reacciones en la persona, la familia y las personas cuidadoras principales; condiciones difíciles y complejas en sí mismas que adquieren especial relevancia entre las y los actores involucrados, tanto en el paciente –quien es el principal afectado–, como las familias, sin olvidar que las personas cuidadoras y las y los profesionales de la salud enfrentan retos impuestos por las condiciones que prevalecen en los distintos sistemas de salud.

En América Latina y el Caribe, lamentablemente aún no existe la conciencia social y colectiva en torno a temas relacionados con los cuidados paliativos y con la muerte; por ello, es fundamental ofrecer a las y los profesionales en formación y en ejercicio, una amplia visión multidisciplinaria que coadyuve a brindar los apoyos y las orientaciones necesarias en todos los escenarios previsible posibles y hasta en los contextos emergentes para lograr con ello una atención oportuna, integral e integrada.

En la región existe la falsa creencia de que los cuidados paliativos se ofrecen solo a las personas que se encuentran en su lecho de muerte, por lo que se les suele confundir con los cuidados al final de la vida, esta idea errónea impide que las personas se acerquen a los distintos servicios que en materia de cuidados paliativos se ofrecen en las instituciones públicas y privadas de salud, y en ciertas organizaciones sociales que brindan servicios y apoyos paliativos a las personas y a sus familias a través de los personas y especialistas que integran los equipos multidisciplinarios de atención.

La perspectiva de género y el conocimiento de la diversidad sexo-genérica son temas que también se abordan desde un punto de vista profesional y enfocado a los cuidados paliativos, puesto que estos también juegan un papel fundamental en el acceso y la facilitación de los mismos, pues permiten analizar y reflexionar sobre las diferencias y disparidades encontradas en problemas que experimentan los distintos grupos de población, esto abre sin duda la oportunidad para que las y los profesionales que integran los equipos multidisciplinarios desarrollen nuevas habilidades para el manejo de la persona enferma y sus familias de acuerdo al contexto económico, político, social y cultural en donde se lleva a cabo la atención profesional y la intervención social.

Cuidados paliativos

Calidad de vida

Estado de bienestar general personal y material.

Alivian el sufrimiento y el dolor

Mejoran a calidad de vida de las personas y dignifican el buen morir.

Apoyan la integración e integralidad de los servicios de salud

Contribuyen al ejercicio de los derechos humanos, económicos, sociales y culturales de las personas y las familias.

¿Dónde se proporcionan?

Atención intra y extrahospitalaria, en domicilio, casas de cuidado, instituciones, organizaciones, etc.

¿A quiénes se les brinda?

A todas las personas con enfermedades potencialmente mortales y a sus familias, sin importar raza, sexo, edad, género, religión, etc.

Objetivo de los cuidados paliativos

Atención integral: aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales que promuevan la autonomía, la dignidad, la atmósfera de respeto, comodidad y seguridad del enfermo y su familia.

Importancia de los cuidados paliativos

Se enfocan a la prevención y atención de las personas con pronóstico corto de vida y se brindan desde el momento del diagnóstico.

Atención multidisciplinaria

Acompañamiento y atención física, social, mental y espiritual por parte de un equipo profesional y multidisciplinario: medicina, enfermería, trabajo social, psicología, fisioterapia, tanatología, gerontología, espiritualidad, etc.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2023), Cuidados paliativos en América Latina — ECHO, <https://www.paho.org/es/cuidados-paliativos-america-latina-echo>.

1. Las personas trabajadoras del cuidado a largo plazo

A partir de la definición del cuidado a largo plazo, mencionada previamente, la Organización Mundial de la Salud ha puesto sobre la mesa la necesidad de mirar el cuidado a largo plazo, desde las personas que lo proporcionan y de sus motivaciones (OMS, 2002). En esta línea, el concepto de “circuitos de cuidado” permite entender que existen diferentes tipos de relaciones sociales de cuidados, cada uno con significados, transacciones y modos de retribución propios (Araujo y Pereira, 2020). Al respecto, se pueden distinguir tres tipos de circuitos de cuidados: de profesión, de obligación y de ayuda, cada uno de los cuales se activa según la manera en que se distribuye y asigna el cuidado entre las familias, las comunidades, el mercado y los Estados.

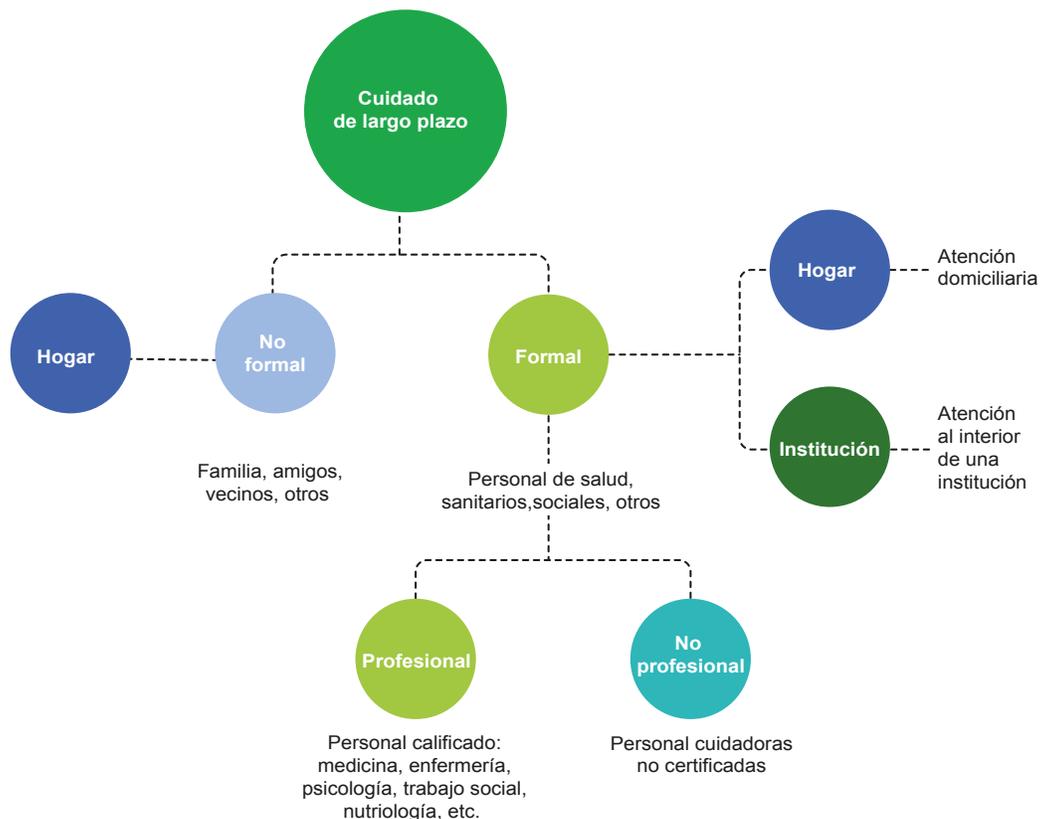
El primer circuito, denominado ‘de profesión’, se refiere a todas aquellas personas que —de forma remunerada—, se dedican a la prestación de servicios de cuidado de largo plazo. El circuito incluye una gran variedad de áreas que van desde profesionales de la salud, hasta profesionales sociosanitarios y personas cuidadoras. Este circuito presenta grandes complejidades, particularmente porque, si bien, incluye a profesiones y profesionales —cuya labor ha evolucionado y se ha especializado a lo largo de la historia, como es el caso de la medicina y la enfermería—, también incorpora nuevos actores —como son las y los profesionales de la gerontología, las y los gericultistas, la gerontología a nivel técnico y, actualmente, profesionales del cuidado—, a través de diferentes figuras como cuidadores domiciliarios, institucionales o acompañantes, entre otros, cuya formación es variable y, según diferentes estudios, insuficiente (Naciones Unidas, 2002).

El segundo circuito, nombrado como ‘de obligación’, se refiere a las personas que, debido a sus lazos de parentesco (como parte de la familia nuclear o extendida de quien requiere cuidados), proporcionan servicios de cuidado —generalmente, al interior de los hogares—, asumiendo su labor ya sea como una responsabilidad moral, una cuestión de afecto o una obligación. En este circuito, la participación de las mujeres es muy elevada y trae consigo problemáticas asociadas a los recursos económicos para el cuidado. En general, este trabajo se realiza sin percibir ningún tipo de remuneración. Asimismo, según la intensidad de las actividades de asistencia directa e indirecta, en el cuidado a largo plazo, muchas veces se hace casi imposible que la persona cuidadora pueda participar en otras actividades económicas o, simplemente, genera situaciones de enorme desgaste, debido a que el trabajo de cuidado se suele combinar con otros empleos o con el cuidado de otras personas dependientes.

El tercer circuito, denominado ‘de ayuda’, incluye la participación de otros actores (amigos y vecinos) quienes, sin percibir ningún tipo de remuneración, apoyan a las familias en el cuidado de las personas que requieren atención a largo plazo. Este circuito se activa en función de la intensidad de la relación entre las personas que cuidan y aquellas que requieren cuidados con sus redes de apoyo social; por tanto, dependen de factores como la organización comunitaria y la calidad de la participación que se produce en las localidades.

El funcionamiento de los circuitos del cuidado depende de factores territoriales y económicos. Así, la activación de los circuitos es diferente, según se trate de áreas rurales o urbanas, debido a la mayor o menor posibilidad de encontrar servicios profesionales de cuidado y, por supuesto, debido al mercado de trabajo y a las distancias existentes en dichos territorios, pues el acceso al circuito profesional de cuidado involucra, en muchos casos, el acceso a seguridad social, algo que, en muchos países de la región, está relacionado, de manera directa, con el trabajo formal.

Diagrama 1
Características del cuidado a largo plazo



Fuente: Elaboración propia con base en Araujo y Pereira, 2020.

C. Lugares donde ocurre el cuidado a largo plazo

Además, de reconocer quiénes son las personas que prestan servicios de cuidados a largo plazo y en qué condiciones lo hacen, es importante considerar los lugares donde se producen tales cuidados, pues —según su configuración física y simbólica—, estos pueden facilitar u obstaculizar la labor del cuidado físico y psicoemocional.

Existen dos tipos de espacios fundamentales donde se prestan los servicios de cuidado a largo plazo: i) el hogar, a través de la atención domiciliaria, y ii) las instituciones de cuidado, las que incluyen: a) las residencias, b) las instituciones hospitalarias, c) los centros de día, y d) las cooperativas o viviendas asistidas.

1. Los hogares

Los hogares han sido, históricamente, el principal espacio de provisión de cuidados a largo plazo, aportado por las propias familias y, especialmente, por sus mujeres (WHO, 2000). Dicha situación, ha permitido a las personas mayores mantenerse viviendo en un entorno conocido y afectivo, donde logran establecer lazos de solidaridad intergeneracional. Con todo, ha conllevado, también, altos costos para las personas cuidadoras, las que, como ya se ha dicho, son principalmente mujeres sin remuneración o bien son remuneradas de manera informal. Entre dichos costos, se encuentran: una carga excesiva de trabajo de cuidados dejada, en forma primordial, a las mujeres; el desgaste físico y mental de las cuidadoras; limitaciones a sus posibilidades de insertarse en el mercado laboral; reducción de los ingresos en sus

hogares; disminución de su tiempo para la participación política, lo que, en consecuencia, contribuye a mantenerlas en un ciclo permanente de reproducción de la pobreza y de exclusión del ejercicio de sus derechos. Por otra parte, la familiarización del cuidado ha incentivado, también, el crecimiento de un mercado informal de cuidado —precarizado, con bajos salarios y, regularmente, sin prestaciones—, al cual se insertan, en su mayoría, mujeres racializadas y migrantes. En este contexto, los cuidados, que se ofrecen en el hogar, no siempre se adecuan a las necesidades de las personas dependientes y pueden, incluso, dar lugar a situaciones de negligencia o maltrato, debido a la falta de capacitación y al desgaste propio de este tipo de trabajo en las personas cuidadoras (CEPAL, 2017, p. 158).

De acuerdo con datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2017), el 47% de las personas mayores viven, predominantemente, en hogares multigeneracionales; sin embargo, el porcentaje de personas mayores viviendo con este tipo de arreglo residencial varía, con creces, según los países. En el Uruguay, por ejemplo, representan el 26% y, en la Argentina, el 30%; mientras que, en Nicaragua esta cifra corresponde al 63% y en la República Bolivariana de Venezuela, al 62% (Aranco et al., 2018, p. 29). Tales arreglos residenciales han sido vinculados a la dependencia funcional y a la falta de recursos de las personas mayores o a las dificultades de sus descendientes para independizarse (Huenchuan, 2009, p. 14).

A su vez, una proporción cada vez mayor de personas mayores vive en hogares unipersonales, fenómeno que suele ser más frecuente en las áreas rurales, debido a la migración de las generaciones más jóvenes hacia las ciudades (Huenchuan, 2009, pp. 14—15). De acuerdo con datos de la División de Población de Naciones Unidas, en 2006 en la región, solo el 9% del total de los hogares con personas mayores eran unipersonales (Naciones Unidas, 2006, citado en Huenchuan, 2009, p.15); mientras que, en 2017, el BID calcula que, en promedio, un 20% de los hogares de personas mayores son unipersonales (Aranco et al., 2018, p. 29). A diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, donde las personas mayores que viven en hogares unipersonales tienen una mayor posibilidad de acceder a cuidados públicos o financiados por sus propios medios, en América Latina, el aumento de este tipo de hogar podría significar un grave riesgo de abandono familiar y gubernamental de personas mayores viviendo en situación de dependencia. En este sentido, tanto la estructura de los hogares donde habitan las personas mayores como el área donde se ubican pueden asociarse a requerimientos de cuidados específicos que deben ser contemplados por las políticas públicas.

Diversos expertos han reconocido que los cuidados a largo plazo, que se prestan en los hogares, “no están suficientemente contemplados en instrumentos de derechos humanos” (Naciones Unidas, 2015, como se citó en CEPAL, 2017) y, además, las políticas y programas que abordan esta forma de provisión de cuidados a largo plazo son escasas (CEPAL, 2017).

De acuerdo con algunos estudios consultados para el presente informe, un segmento amplio de personas mayores con dependencia funcional prefiere permanecer en sus hogares y ser atendidos por familiares o amigos (Barry y Conlon, 2010; Garavan, McGee y Winder, 2001, citados en CEPAL, 2017). A su vez, el artículo 24 de la Convención interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) dispone que los Estados deberían “facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio conforme a su voluntad” (OEA, 2015).

Esta realidad permite argumentar que el establecimiento de políticas y normativas —para reducir los altos costos de cuidar a una persona mayor en el hogar—, debe ser una prioridad de los Estados basada en el reconocimiento de que el cuidado a largo plazo es un trabajo altamente demandante que requiere ser valorado y dignificado, con una mayor profesionalización y una remuneración adecuada con prestaciones sociales y medidas de cuidado y protección de la salud física y mental de quienes se desempeñan como personas cuidadoras. Del mismo modo, es importante implementar programas de atención profesional domiciliaria (enfermeras, médicos y personas cuidadoras, entre otras) y programas de atención y prevención de la violencia en el hogar contra las personas mayores.

Otro tema importante, con respecto a los hogares, son las condiciones de las viviendas (servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, entre otros), ya que estas pueden obstaculizar o facilitar la provisión de cuidados a largo plazo. Al respecto, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) ha señalado la importancia de diseñar viviendas que permitan la “coexistencia intergeneracional” acorde a la cultura y voluntad de las personas mayores (p.21), que se “reduzcan los obstáculos y se potencien los estímulos para llevar una vida independiente” (p.41) y que sean accesibles. Así mismo, es importante asegurar que las viviendas cuenten con todos los servicios básicos y que las personas mayores tengan la posibilidad de adquirir viviendas sociales (Naciones Unidas, 2002).

2. Las instituciones de cuidados a largo plazo

a) Las residencias

Las residencias de larga estadía o de largo plazo se han definido como instituciones que proveen cuidados a largo plazo en un mismo lugar para tres o más personas no emparentadas con la persona cuidadora (WHO, 2000, p. 10). Así mismo, se consideran como instituciones que prestan alojamiento, “servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, usualmente, servicios de salud más complejos. Por esta razón, las residencias a largo plazo se orientan hacia personas con un nivel severo de dependencia” (Cafagna et al., 2019, p. 18).

De acuerdo con su financiamiento y administración, las residencias pueden clasificarse en tres tipos: en primer lugar, las públicas o aquellas administradas por los estados centrales, las provincias o los municipios (López-Ortega et al., 2019, p. 36; Molina et al., 2020, p. 30; Oliveri, 2020, p. 55), principalmente con financiamiento público; en segundo lugar, las privadas, con fines de lucro o administradas por organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro; y, finalmente, las residencias mixtas o aquellas que, usualmente, son administradas por privados con o sin fines de lucro y reciben financiamiento público.

Tal como se ha mencionado anteriormente, el incremento en la inserción de mujeres al mercado laboral y la transición de los hogares —hacia modelos más pequeños, verticalizados o unipersonales—, hacen cada vez más factible la provisión de cuidados a largo plazo en estos hogares. Igualmente, las características propias de tales cuidados, especialmente en casos de dependencia moderada y severa —que pueden implicar largas jornadas diurnas y nocturnas, asistencia en múltiples ABVD y cuidados médicos especiales—, aumentan la demanda por personas cuidadoras profesionales. En esta línea, las residencias de larga estadía pueden ofrecer la posibilidad de brindar cuidados sociales y sanitarios profesionalizados de manera más eficiente, ya que una persona puede cuidar a más de una persona con dependencia.

Sin embargo, algunas investigaciones han señalado que las personas mayores no suelen ir a las residencias de manera voluntaria y que las familias las consideran como última opción, cuando ya se ven imposibilitadas para hacerse cargo de sus propios cuidados en el hogar o por la necesidad de migrar (Comas-d’Argemir y Bofii-Poch, 2021, p. 251). Así mismo, las residencias solo son una opción cuando las personas mayores presentan dependencia moderada o severa y la familia se encuentra ausente.

En las personas mayores, la baja preferencia por esta opción de cuidados se ha asociado al modelo de atención con el que, habitualmente, operan estas instituciones. En general, el modelo se basa en la separación de las personas dependientes del resto de la sociedad y en la imposición de agendas más acordes a las necesidades de eficiencia institucional que a las de las personas dependientes. En el caso de las residencias públicas, se agrega la precariedad de sus condiciones; mientras que, en las residencias privadas, los costos suelen ser elevados y poco accesibles. Sin embargo, han estado emergiendo nuevos modelos de atención —centrados en las necesidades de las personas residentes—, los cuales suelen requerir mayores recursos materiales, así como la profesionalización de las personas cuidadoras (Comas-d’Argemir y Bofii-Poch, 2021, p. 253). En América Latina y el Caribe (ALC), existe una baja oferta de residencias, tanto públicas como privadas. En la región, según la información censal oficial sobre población, solo el “0,54% de los adultos mayores de 60 años vive en residencias de largo plazo” (Cafagna et al., 2019, p. 46).

Así mismo, la calidad de los servicios que estas residencias ofrecen es heterogénea, pues “en muchos casos, las residencias operan sin habilitación o certificación sobre los estándares de calidad de los servicios” (Cafagna et al., 2019, p. 46). La falta de regulación de dichas instituciones y sus condiciones precarias de operación generó que, durante la pandemia de COVID-19, se registraran altas tasas de contagio y muerte entre las personas mayores atendidas por las diferentes residencias en todos los países del mundo (Oliveri, 2020, p. 55). Tal situación ha impulsado intensos procesos de fiscalización y regulación de los centros de larga estadía, en varios países de la región (Oliveri, 2020, p. 55).

Debido al elevado costo de la atención en dichas residencias, ellas están, especialmente, recomendadas para casos de dependencia severa. En cambio, si las personas mayores prefieren permanecer en sus hogares, el BID ha señalado que “desde años recientes existe una marcada tendencia a dar mayor peso a los servicios de apoyo en el domicilio, en detrimento de los cuidados en residencias a largo plazo” (Cafagna et al., 2019, p. 47). En consecuencia, el BID recomienda que las estrategias de implementación de políticas integrales de largo plazo no comiencen por incrementar el número de residencias, sino por monitorear y fortalecer las ya existentes y dar prioridad a los servicios y recursos que se puedan proporcionar, para garantizar cuidados de larga duración de calidad en los hogares (Cafagna et al., 2019).

b) Las instituciones hospitalarias

El que los hospitales se destinen “exclusivamente a individuos (dependientes o no) que requieran asistencia médica aguda” (Huenchuan, 2009, p. 9) y no a la provisión de cuidados a largo plazo, es una idea que se extiende cada vez más. Esto se debe a que los hospitales están, históricamente, dedicados a proporcionar cuidados sanitarios especializados que son diferentes de los cuidados sociales para realizar actividades de la vida diaria. Además, “la permanencia en hospitales implica riesgos de salud para la persona adulta mayor y también costos muy elevados para el sistema de salud” (Medellín et al., 2019, p. 28). En consecuencia, se ha señalado que se debe evitar que las personas mayores permanezcan en hospitales por falta de opciones de cuidados a largo plazo (OIT, 2021, p. 232).

Sin embargo, en algunos países de la región subsisten ciertos hospitales geriátricos cuyos servicios de cuidados de larga duración, tienen un énfasis especial en cuidados acordes a las necesidades sanitarias de las personas mayores, aunque no son espacios que puedan albergar a personas con patologías graves o severas que requieran atención hospitalaria (para el caso de Uruguay ver, Aranco y Sorio, 2019, p. 44).

Así mismo, los hospitales psiquiátricos han sido lugares donde residen personas mayores con alguna enfermedad psiquiátrica severa o moderada que requieren cuidados prolongados y que, en algunos casos, no pueden ser cuidadas por sus familias.

Por otra parte, los servicios de cuidados a largo plazo requieren coordinar sus esfuerzos con los servicios sanitarios, con el fin de garantizar un cuidado integral para las personas mayores que viven con alguna dependencia. Por consiguiente, en algunos países estos servicios forman parte de los sistemas sanitarios o se discute la viabilidad de incluirlos como parte de tales sistemas (CONEVAL, 2018, p. 30).

c) Los centros de día

“Los centros de día, usualmente, se enfocan en actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar actividades de la vida diaria; por lo tanto, en muchos casos, se utilizan como complemento a los servicios en el domicilio. Su población objetivo son personas con dependencia leve o sin dependencia” y no incluyen servicios de alojamiento (Medellín et al., 2019, p. 34).

En otros casos, los centros de día brindan “cuidados integrales” con la finalidad de fortalecer la autonomía y retrasar la necesidad de cuidados institucionales, por lo que se destinan a personas con dependencia moderada o leve (Aranco y Sorio, 2019, p. 34).

d) Las viviendas asistidas

Como una opción al modelo de residencias de larga estancia, en el último tiempo han emergido las viviendas asistidas o viviendas tuteladas (Molina et al., 2020, p. 31). Se trata de “viviendas individuales, pero que comparten espacios comunes, así como servicios de asistencia y actividades comunitarias” (Cafagna et al., 2019, p. 47). Este tipo de viviendas constituye una opción para personas mayores con dependencia leve o con plena autonomía, pero que carecen de una red de apoyo o, simplemente, desean compartir su cotidianidad con otras personas y, a su vez, recibir apoyo en algunas actividades de la vida diaria⁵.

Finalmente, es importante señalar que algunos estudios han mostrado, previamente, que la configuración del espacio en ciudades y zonas rurales, así como la disponibilidad y calidad del transporte, también pueden facilitar o dificultar los cuidados de personas viviendo con distintos tipos y grados de dependencia (Rico y Segovia, 2017). Por ejemplo, la distancia—entre las viviendas y los hospitales, centros de día o las residencias—, puede condicionar la posibilidad de acceso de las personas dependientes a tales servicios, tanto para quienes requieren cuidados como para sus propias familias. Por otra parte, la existencia de espacios públicos—que permitan encuentros comunitarios o el disfrute de bienes culturales, de manera segura y accesible para las personas con algún tipo de dependencia—, puede contribuir a satisfacer tanto sus necesidades de socialización como sus cuidados psicoemocionales⁶. En suma, el diseño de espacios públicos y privados—seguros, accesibles y acordes a la cultura de las personas, tomando en cuenta sus distintos tipos de dependencia funcional—, debe formar parte de políticas públicas que garanticen el derecho a la accesibilidad, a la movilidad personal y a los cuidados a largo plazo.

D. Sistemas de cuidados y cuidado a largo plazo

Las políticas integrales de cuidados se han reconocido, junto con la educación, la salud y la seguridad social, como uno de los pilares fundamentales del bienestar social (Bango y Cossani, 2021) o del sistema de protección social (Comas D’Argemir, 2015). Dichas políticas poseen un doble propósito: por un lado, garantizar el derecho al cuidado para las personas dependientes y, por otro, redistribuir el trabajo de cuidados entre los diferentes actores responsables del cuidado, impulsando la igualdad de género. En otras palabras, se ha dicho que:

Garantizan el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia e intervienen en la organización social del cuidado, de modo que contribuyen al logro de la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres. Estas políticas inciden directamente sobre la distribución de responsabilidades en el cuidado entre Estado, mercado, familias y comunidades y, por tanto, sobre los regímenes de bienestar y el rol de la protección social en su configuración (Rico y Robles, 2017, p. 223).

El Compromiso de Santiago—establecido entre los gobiernos de la región en la XIV Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, en 2020—, define un conjunto de perspectivas y ámbitos de incidencia que deben orientar el diseño de los sistemas integrales de cuidados:

Diseñar **sistemas integrales de cuidado** desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para

⁵ En Europa, también han emergido cooperativas de vivienda donde cohabitan varias generaciones, por lo que es posible que las personas compartan distintos conocimientos y competencias que abonan a su cuidado y bienestar físico y psicoemocional (Comisión Europea, 2021, p. 24).

⁶ Al respecto, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), señala que los estados deben adoptar: “las medidas pertinentes para asegurar el acceso de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales” (Art. 26, OEA, 2015).

satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social (CEPAL, 2020).

Por su parte, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) establece que un sistema integral de cuidados es un derecho de las personas mayores:

La persona mayor tiene derecho a un **sistema integral de cuidados** que provea la protección y promoción de su 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).

A su vez, la Convención reconoce la importancia de promover el bienestar de las personas cuidadoras. En su artículo 19, establece que los Estados deben impulsar “el acompañamiento y la capacitación de las **personas que ejerzan tareas de cuidado** de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar” (OEA, 2015).

Las políticas integrales de cuidados constituyen un pilar fundamental de los sistemas de protección social también debido a que:

[...] las necesidades y prácticas de cuidado encarnan riesgos sociales que pueden tornar muy vulnerable la situación de personas que lo requieren o lo proveen, al obstaculizar su ejercicio de derechos sociales y económicos y exponerlas a la inseguridad de ingresos y la pobreza (Rico y Robles, 2017, p. 226).

En consecuencia, se debe reconocer que, si las necesidades de cuidados de larga duración no se incluyen dentro de los sistemas de protección social, tanto quienes requieren los cuidados como sus cuidadores y sus familias pueden caer en la pobreza y/o esto puede conducir a que las personas en situación de dependencia sufran abandono, negligencia o violencia. Por tanto, es necesario que los Estados promuevan el aseguramiento social en esta materia.

Siguiendo la clasificación propuesta por Rico y Robles (2017), una política integrada, o un sistema integral de cuidados a largo plazo, incluye un conjunto diverso de políticas entre las cuales destacan las siguientes:

- **Políticas de tiempo para cuidar o políticas de conciliación:** incluyen políticas que buscan conciliar el tiempo de trabajo remunerado con el de cuidados en el hogar, las cuales pueden ser implementadas por los Estados o por las empresas. Tales políticas incluyen licencias médicas o permisos laborales para el cuidado de personas enfermas o mayores que presentan alguna dependencia. Además, contemplan medidas asociadas a la duración de la jornada de trabajo y la flexibilidad en los tiempos y lugares de trabajo (Rico y Robles, 2017; Rodríguez, 2012, p. 34). Por otro lado, dichas políticas tienen la desventaja de estar vinculadas al ámbito laboral formal, por lo que las personas del sector laboral informal quedan excluidas de ellas. Otra de sus desventajas indica que continúan relegando el cuidado al ámbito privado y, principalmente, a las mujeres (Pérez, 2019, p. 68).
- **Políticas de recursos económicos o transferencias monetarias:** consisten en un monto de dinero que se otorga, de manera periódica, a las personas mayores con distintos propósitos, tales como pagar servicios de cuidados proveídos por algún familiar o adquiridos en el mercado (Rico y Robles, 2017; Rodríguez, 2012). En el primer caso, buscan “compensar la pérdida de ingresos que las mujeres padecen a lo largo del ciclo de vida por asumir estas responsabilidades” (Rodríguez, 2012, p. 34). También, existen transferencias de libre disposición, las cuáles se emplean, no necesariamente, para pagar servicios de cuidado (Cafagna et al., 2019).
- **Políticas de servicios de cuidados:** que proveen, directamente, de cuidados a las personas dependientes, ya sea en residencias de personas mayores (con dependencia moderada

o severa); en centros diurnos (para personas con dependencia leve)⁷; en el propio hogar, mediante la asistencia remunerada de personas cuidadoras o a través de teleasistencia⁸. También, se incluyen aquí las políticas de respiro, cuya finalidad es brindar tiempo de descanso a las personas cuidadoras no remuneradas y, en algunos casos, también se les proporciona capacitación y atención psicológica (Cafagna et al., 2019; Rico y Robles, 2017).

- **Políticas de monitoreo, regulación y capacitación:** garantizan la calidad y regulación de los servicios de cuidados que ofrecen los distintos sectores involucrados en este tema (Rico y Robles, 2017). La formación o capacitación de las personas cuidadoras puede incluir cursos gratuitos conducentes a una certificación o cursos breves destinados a los familiares. Por otra parte, la regulación implica, necesariamente, el establecimiento de estándares de calidad y monitoreo continuo de los proveedores de servicios de cuidados públicos, privados y, en casos excepcionales, se incluye a los hogares (Cafagna et al., 2019).
- **Políticas para garantizar los derechos laborales de las personas prestadoras del servicio de cuidado a largo plazo:** se trata de políticas que proveen un salario digno y seguro social a las personas cuidadoras (formales o informales), algo que, al mismo tiempo, contribuye a mejorar la calidad del cuidado que ofrecen y, a su vez, permite avanzar en la desprecariación de un trabajo, históricamente, desvalorizado, al otorgarle reconocimiento económico y simbólico (Cafagna et al., 2019, p. 24).

De acuerdo con el BID (2019), las **formas de financiamiento de las políticas de cuidados** más comunes en el mundo son (Cafagna et al., 2019):

- i) Aseguramiento social del gasto a la dependencia, a través de contribuciones obligatorias, como los impuestos al salario. Puede estar vinculado al empleo y el gasto se comparte entre el trabajador y el empleador. Solo en caso de dependencia se otorga este beneficio.
- ii) Impuestos generales que permiten financiar a quienes no realizan contribuciones o no poseen aseguramiento social. Una de sus desventajas es que no cuenta con un fondo fijo para esta materia y, por tanto, su otorgamiento no está asegurado.
- iii) Copagos que combinan financiamiento público, a través de impuestos generales, con gasto familiar. Las personas usuarias y sus familias pagan un porcentaje establecido del gasto total, cuyo monto se establece de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas; mientras tanto, el Estado paga el resto o la totalidad, cuando las personas se encuentren en condiciones de pobreza.

El diseño, implementación y evaluación de las políticas de cuidados debe contemplar los efectos que tienen en las relaciones de género, ya que se debe avanzar en acciones que permitan favorecer relaciones más igualitarias entre mujeres y hombres en la distribución del trabajo de cuidados, tanto al interior del hogar como en los servicios de cuidados públicos y privados (Rico y Robles, 2017, p. 226).

De igual forma, estas políticas tendrán algún impacto en las condiciones socioeconómicas de la población a la que se dirigen, tanto de las personas que requieren cuidados como de las personas cuidadoras. Por ejemplo, si los empleos que se crean para prestar servicios de cuidados directos son empleos precarios —que no cuentan con seguridad social y condiciones de un trabajo decente—, se vuelve a propiciar la vulnerabilidad económica de quienes cuidan a las personas mayores. Así mismo, si el acceso a los servicios públicos de cuidados está condicionado por cuotas monetarias —que las familias con menos recursos no pueden pagar—, se limita el ejercicio del derecho al cuidado para estos grupos

⁷ “Los centros diurnos son instituciones que prestan un paquete integral de servicios durante algunas horas del día sin incluir alojamiento, por lo que son un complemento a la atención en el domicilio. Generalmente, los centros solo se enfocan en actividades preventivas o recreativas y no brindan apoyo para realizar actividades de la vida diaria. Por esta razón, su población objetivo son personas con baja dependencia o independientes” (Medellín, 2019).

⁸ Los servicios de teleasistencia “apuntan a proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias, alarmas personales, administradores de medicamentos, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas o detectores de temperatura, humo y fugas de agua” (Cafagna et al., 2019, p. 19).

poblacionales. Por tanto, se debe procurar que las políticas de cuidados acojan el principio de universalidad en su acceso y se consagren a reducir las brechas de desigualdad, tanto en el acceso, como en la provisión de cuidado (Bango y Cossani, 2021).

Con respecto a **los beneficios de la inversión en políticas integrales de cuidados**, se ha mostrado que dicha inversión genera un triple dividendo benéfico para el desarrollo económico de los países, los que se ejemplifican a continuación: i) En primer lugar, los cuidados y educación a la infancia repercuten, de manera positiva en su desarrollo y en sus posibilidades futuras para acceder a mejores empleos; ii) En segundo lugar, los incentivos a la formalización del trabajo de cuidados, a través del Estado o el mercado, además de permitir regular este sector para aumentar su calidad, genera retornos en impuestos y aportes a la seguridad social; y iii) finalmente, la inversión en sistemas de cuidados facilitaría la inserción de las mujeres en el mercado laboral, permitiéndoles aumentar los ingresos de sus hogares y romper con el ciclo de la pobreza, algo que se genera cuando no se tienen opciones para despojarse de la carga del trabajo de cuidados no remunerado (Bango y Cossani, 2021, p. 19). En el caso de los cuidados a largo plazo, también se ha reconocido que las políticas en la materia reducen el gasto en servicios sanitarios, ya que son menos las emergencias que se presentan, en tanto, los cuidados mejoran la salud de las personas mayores (Cafagna et al., 2019).

Se ha considerado, también, que las medidas gubernamentales, para impulsar la provisión de cuidados por parte del mercado, pueden ser un importante motor para el desarrollo económico. El Compromiso de Santiago (2020) establece que los Estados deberán “promover marcos normativos y políticas que dinamicen la economía en sectores clave, incluido el de la economía del cuidado” (CEPAL, 2020).

Al respecto, el BID (2019) considera que los gobiernos deben ofrecer incentivos para hacer crecer el mercado de servicios privados de cuidados a largo plazo, ya sea proveídos por trabajadores y trabajadoras a cuenta propia, por residencias privadas de larga estadía, por empresas de servicios a domicilio o por empresas que brindan teleasistencia u otro tipo de soluciones de cuidados, a través de la tecnología. Esto responde a que “pueden ser un poderoso motor de generación de empleo” (Cafagna et al., 2019, p. 48). Al respecto, la República de Corea es un ejemplo del crecimiento de este sector, ya que en menos de diez años ha logrado desarrollar un mercado de cuidados a largo plazo que emplea al 1% de la población, del cual el 95% son mujeres (Cafagna et al., 2019, p. 48).

No obstante, la propuesta del BID presenta algunas limitantes para ser aplicada en los países de ALC, debido a que, al ser una de las regiones con mayor desigualdad económica en el mundo, solo un sector reducido de la población podría acceder a pagar servicios privados de cuidados a largo plazo, mientras que la mayoría no podría acceder a ellos. En consecuencia, si los gobiernos de la región no logran garantizar los servicios de cuidados a largo plazo como un derecho humano, cuyo acceso no se vea limitado por la posición económica de las personas, medidas como la que sugiere el BID, solo harán acrecentar las brechas de desigualdad en el ámbito del acceso a los cuidados.

Por otro lado, el impulso a los servicios privados de cuidados debe ir acompañado de procesos y mecanismos de regulación y monitoreo por parte de los gobiernos, con el fin de supervigilar que la lógica del lucro económico no se imponga por sobre las necesidades de cuidados de las personas mayores. Además, se debe impulsar la profesionalización del trabajo de cuidados remunerado, promoviendo una mayor igualdad de género en su ejercicio y garantizando un salario adecuado con prestaciones sociales. Estas últimas medidas podrían contribuir a reducir la precarización, además de las desigualdades socioeconómicas y de género, las que, históricamente, han condicionado al trabajo de cuidados.

II. La construcción del derecho a los cuidados de largo plazo en la normatividad internacional y regional

A partir de las últimas décadas del siglo XX, la regulación jurídica internacional y regional —vinculada con el reconocimiento del derecho a recibir cuidados y a decidir cuidar en condiciones dignas (Batthyány, 2020, 2020a)—, ha avanzado gracias a las luchas sociales para lograr la protección de los derechos humanos de las mujeres, las infancias, las personas con discapacidad y las personas mayores. En el tema específico de los cuidados a largo plazo podemos distinguir dos tipos de instrumentos normativos: (1) aquellos en los que se ha ido avanzando en la construcción del derecho de las personas con alguna dependencia funcional a recibir cuidados, especialmente personas mayores y personas con discapacidad; y (2) otros, a través de los cuales se argumenta a favor del reconocimiento de derechos y protección a las personas que desempeñan trabajos de cuidados. A continuación, se describe el contenido de los principales instrumentos internacionales y regionales, sobre Derechos Humanos tanto vinculantes como no vinculantes desarrollados en ambos rubros.

A. El derecho de las personas mayores y personas con discapacidad a recibir cuidados

En el ámbito internacional existen tres instrumentos normativos vinculantes con aportes importantes para el reconocimiento del derecho humano a recibir cuidados de largo plazo, estos son: el Protocolo de San Salvador (1988), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). Cabe destacar que esta última convención es el primer instrumento a nivel internacional y regional que reconoce, de manera explícita, el derecho de las personas mayores a un sistema integral de cuidados a largo plazo.

Otros instrumentos de gran relevancia internacional para esta agenda, aunque con un carácter no vinculante, son el Plan Internacional de Acción en Envejecimiento de Madrid (2002), derivado de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, así como las resoluciones de la Asamblea General de la ONU que dan seguimiento a los acuerdos de esta asamblea mundial (2018-2021).

A nivel regional, existen dos acuerdos no vinculantes con valiosos aportes: la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012) y la Declaración de Asunción (2017). A continuación, se describen sus principales aportes.

En el Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (1988), se reconocen algunos derechos que pueden asociarse al cuidado de largo plazo, aunque este concepto aún no se emplea de manera literal. Sobre “las personas de edad avanzada”, se contempla en su artículo 9 que “toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa” (OEA, 1988, pp. 12-13); así mismo, los Estados se comprometen a adoptar medidas de manera progresiva para proporcionarle “instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada [...a quienes] carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionarse por sí mismas” (art.17, OEA, 1988, p. 23). Acerca de “las personas afectadas por una disminución en sus capacidades físicas o mentales” (Art. 18), se reconoce su “derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad”, para lo cual, los Estados promoverán diversos programas, incluyendo algunos destinados a la formación de los familiares de dichas personas, con el fin de “convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos” (OEA, 1988, p. 25). En suma, este protocolo reconoce el derecho a la seguridad social, a la atención especializada y a algunos cuidados para el bienestar de las personas mayores y de aquellas con algún tipo de discapacidad.

Por su parte, el **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento** (MIPAA, 2002) es uno de los primeros instrumentos que menciona el tema del cuidado, no sólo en el ámbito sanitario, sino que, además, amplía este concepto para incluir “la asistencia” o la promoción de políticas que faciliten la autonomía de las personas mayores con objeto de garantizar su salud física, mental y emocional, así como también su bienestar general.

El MIPAA reconoce y legitima la importancia de las familias y, principalmente, de las mujeres en la provisión de cuidados a las personas mayores, en detrimento de su propio autocuidado. Asimismo, advierte que las personas mayores también han asumido roles en el cuidado de los menores de edad, especialmente, ante la ausencia de sus padres. En este sentido, dicho plan exhorta a los Estados a diseñar políticas para “ayudar” o “reforzar” esta nueva y necesaria organización de los cuidados:

“Cuando quienes prestan asistencia son personas de edad, deben tomar medidas para ayudarlas, y cuando son esas personas las que reciben la asistencia es necesario establecer y reforzar los recursos humanos y las infraestructuras de salud y sociales como medida ineludible para lograr unos servicios eficaces de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo. Este sistema asistencial debe estar respaldado y reforzado por políticas públicas a medida que aumenta la proporción de población necesitada de esa asistencia” (Naciones Unidas, 2002, p. 45).

Hasta ahora, tanto en el MIPAA como en la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2006), los Estados juegan un papel secundario en la provisión de cuidados a largo plazo, ya que, únicamente, promueven, ayudan o refuerzan la provisión de tales cuidados por parte de las familias y la comunidad.

En dicha Convención, se reconoce a la familia y a la comunidad como actores claves para proveer servicios de protección y asistencia diaria a las personas con discapacidad; mientras que, los Estados deben asegurar que: “las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia” (Art. 19). Únicamente, en casos de pobreza, el Estado debería “sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoreamiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados” (Art. 28) (Naciones Unidas, 2006).

Por su parte, la Asamblea General de la ONU ha emitido, entre 2018 y 2021, 4 resoluciones (Naciones Unidas, 2018, 2019, 2020, 2021) como seguimiento a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. En dichas resoluciones, la Asamblea coincide en alentar a los Estados, no solo a promover y apoyar los cuidados para las personas mayores —que proveen tanto las familias como la comunidad—, sino también a brindar servicios de cuidados a largo plazo y, además, garantizar derechos laborales a las personas cuidadoras, en los siguientes términos:

“Alienta también a los Estados Miembros a que elaboren y apliquen estrategias de atención [cuidado] a largo plazo, así como a que investiguen sobre buenas prácticas de estrategias de asistencia [cuidado], reconociendo y apoyando el trabajo, tanto remunerado como no remunerado, de cuidados en beneficio de las personas de edad, y a que promuevan aún más la atención [cuidado] a largo plazo como una inversión social y económica positiva y una fuente de expansión del empleo” (Naciones Unidas, 2021)⁹.

Así mismo exhorta a los Estados a: i) brindar servicios de cuidados a largo plazo y promover los cuidados en el hogar, la comunidad e instituciones con miras a promover el empoderamiento, autonomía e independencia de las personas mayores; ii) promover “condiciones de trabajo en materia de cuidados, guiadas por las normas de la Organización Internacional del Trabajo para todos los trabajadores asistenciales [cuidadores], incluidos, entre otros, los migrantes, y a que adopten medidas para hacer frente a los estereotipos de género y de edad en las labores de cuidado” (Naciones Unidas, 2021); iii) capacitar, permanentemente, a las y los trabajadores de cuidados remunerados y no remunerados; y iv) apoyar a las personas mayores que cuidan de infantes cuando carecen de cuidados por parte de sus respectivos padres.

A diferencia de la normatividad previa, la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** (CIPDHPM) —aprobada en 2015, en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA)—, es el primer instrumento internacional vinculante que reconoce, de manera explícita, el derecho de las personas mayores a recibir cuidados de largo plazo. En su artículo 12, la Convención establece que:

“La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (OEA, 2015, p. 8).

Estos sistemas de cuidados deben incluir “la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor” (OEA, 2015, p. 8). Del mismo modo, los Estados deben asegurar que los servicios de cuidado a largo plazo estén sujetos a la voluntad libre y expresa de la persona mayor, cuenten con personal especializado y una normatividad que regule su funcionamiento. Se plantea que dicha regulación debe incluir: la evaluación y supervisión de quienes proveen tales servicios, el derecho de las personas mayores a acceder, de manera oportuna, a información pertinente y se proteja el derecho a la privacidad de su información personal.

En complemento a lo anterior, los Estados deben desarrollar “servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados” (OEA, 2015, p. 8).

A nivel regional, las cinco Conferencias regionales intergubernamentales sobre envejecimiento y derecho de las personas mayores en América Latina y el Caribe han ofrecido espacios de diálogo y creación de consensos entre los Estados para avanzar hacia el pleno reconocimiento y garantía de los

⁹ La resolución original, escrita en inglés, pone énfasis en el concepto de “cuidado”: “Se alienta también a los Estados Miembros a que elaboren y apliquen estrategias de cuidados a largo plazo, así como a que realicen investigaciones sobre las buenas prácticas de las estrategias de cuidados, reconociendo y apoyando tanto el trabajo de cuidado remunerado como no remunerado en beneficio de las personas mayores, a que sigan promoviendo los cuidados de larga duración como inversión social y económica positiva y fuente de expansión del empleo.” (Naciones Unidas, 2021, p. 6).

derechos de las personas mayores. En 2012, durante la reunión regional intergubernamental de Costa Rica, se estableció la **Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe** (2012). A través de este instrumento no vinculante, los Estados adquirieron compromisos referentes al derecho al cuidado para dicha población, en los siguientes términos: “crear y garantizar los servicios sociales necesarios para brindar cuidado a las personas mayores en consideración de sus necesidades y características específicas, promoviendo su independencia, autonomía y dignidad” (CEPAL, 2012, p. 11). Algunas de las medidas, promovidas por esta Carta, incluyen la atención domiciliaria, como complemento a los servicios de cuidados institucionales; los servicios especiales, para los y las familiares que brindan cuidados a las personas mayores; las medidas de conciliación laboral y personal, además del trabajo intersectorial entre las instituciones de gobierno y las organizaciones civiles, para la atención integral a las personas mayores.

Cinco años después, en la conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento de Paraguay, se instauró la **Declaración de Asunción** (2017), a través de la cual se exhorta a que los Estados impulsen servicios de cuidados para las personas mayores, junto con otros servicios (tales como salud integral, protección social, alimentación, vivienda, empleo y justicia) con el fin de “combatir la discriminación múltiple, y por edad, el abandono, el maltrato y la violencia hacia las personas mayores, prestando especial atención a las que enfrentan situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad social” (CEPAL, 2017, p. 2). Igualmente, se menciona la necesidad de provisión de servicios de cuidados para personas mayores con enfermedades no transmisibles, tales como el Alzheimer y otras demencias.

Como se observa en el cuadro 1, a diciembre del 2022, no todos los Estados que conforman la región de América Latina y el Caribe han suscrito los instrumentos antes mencionados. Si bien, los 33 Estados de la región han firmado la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, solo 27 suscribieron el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y solo 11 de ellos han ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Convenios o tratados internacionales sobre cuidados a largo plazo

Tratado o convenio	Año de expedición	Número de países firmantes de ALC	Países firmantes de ALC (a diciembre 2022)
Vinculante			
Protocolo de San Salvador	1988	32	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	2006	33	^a
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	2015	11	Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú, Suriname y Uruguay.

Tratado o convenio	Año de expedición	Número de países firmantes de ALC	Países firmantes de ALC (a diciembre 2022)
No vinculante			
Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	2002	27	Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe	2012	33	^a
Declaración de Asunción	2017	33	^a
Resoluciones de la Asamblea General de la ONU en seguimiento a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento	2018, 2019, 2020, 2021, 2022		

Fuente: Elaboración propia con base en OEA (1988, 2015), Naciones Unidas (2002, 2006, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022) y CEPAL (2012, 2017a).
^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

La importancia de que los Estados de la región de ALC suscriban este marco jurídico radica en que, a través de ellos, se pueden comprometer a garantizar el derecho de las personas mayores de recibir cuidados a largo plazo, los que son indispensables para garantizar la autonomía, la independencia y el empoderamiento de quienes los requieren.

B. Derechos de las personas trabajadoras del cuidado y el derecho a la autonomía de las mujeres

Existen dos instrumentos vinculantes a nivel internacional a través de los cuales los Estados reconocen los derechos de personas trabajadoras en el cuidado tanto remuneradas como no remuneradas: el Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares de 1981 y el Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos (Nº 189) de 2011.

Otros instrumentos no vinculantes, que han contribuido en la discusión internacional de esta agenda, son: la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la Recomendación Número 201 sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (2011) y la Agenda 2030, que contempla los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (2015).

A nivel regional, las distintas conferencias de la mujer, realizadas desde 2007, y las conferencias regionales de población y desarrollo, inauguradas en 2013, han sido espacios determinantes para que los Estados establezcan compromisos políticos no vinculantes, encaminados a reconocer el valor social y económico del trabajo de cuidados, construir el derecho a cuidar y a decidir cuidar en condiciones dignas e impulsar la implementación de sistemas integrales de cuidados. A continuación, se describen los principales aportes de los instrumentos mencionados.

En el Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (1981), celebrado en el marco de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se establece que "la responsabilidad familiar" (relativa a los cuidados de familiares, aunque aún no se emplea esta terminología) nunca será una causa justificada para poner fin a una relación de trabajo. En complemento, se reconoce que tanto hombres como mujeres deben gozar de las mismas oportunidades para mantenerse vinculados a las actividades

laborales, por lo cual, insta a los Estados a, en la medida de sus posibilidades, “desarrollar o promover servicios comunitarios, públicos o privados, tales como los servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar” (OIT, 1981).

Por su parte, en la **Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer** o Plataforma de Acción de Beijing (1995) se replantean los compromisos del convenio anterior desde una perspectiva de género y se reconoce que “el cuidado de los hijos, los enfermos y las personas de edad son una responsabilidad que recae, desproporcionadamente, sobre la mujer debido a la falta de igualdad y a la distribución desequilibrada del trabajo remunerado y no remunerado entre la mujer y el hombre” (ONU Mujeres, 1995, p. 29). En consecuencia, se establece como un objetivo estratégico: “F.6. Fomentar la armonización de las responsabilidades de las mujeres y los hombres en lo que respecta al trabajo y la familia” (ONU Mujeres, 1995, p. 140). Esto implica establecer políticas que permitan la flexibilización del horario laboral, la disponibilidad de licencias de maternidad y paternidad, la instalación de guarderías infantiles en los lugares de trabajo y la promoción de programas educativos y campañas de comunicación que fomenten la igual incorporación de hombres y mujeres en el trabajo de cuidados. Además, enfatiza la necesidad de incluir el trabajo de cuidados en las cuentas nacionales, desarrollar estadísticas y generar un nuevo paradigma para visibilizar la contribución al desarrollo de los sistemas de cuidados.

En armonía con los instrumentos anteriores, en la **Agenda 2030** se establece que, para “lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y a las niñas” (Objetivo 5) un elemento fundamental, asociado a los instrumentos anteriores, es: “reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país” (Meta 5.4) (Naciones Unidas, 2015).

En el caso particular de las personas trabajadoras del hogar que reciben una remuneración, en el **Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos** (Nº 189), emitido por la OIT en 2011, se reconoce que el trabajo doméstico remunerado contribuye a la economía en los siguientes rubros: “el aumento de las posibilidades de empleo remunerado para las y los trabajadores con responsabilidades familiares, el incremento de la capacidad de cuidado de las personas de edad avanzada, los niños y las personas con discapacidad, y un aporte sustancial a las transferencias de ingresos en cada país y entre países”. En este marco, se insta a los Estados a generar medidas para garantizar la seguridad y la salud de los y las personas trabajadoras domésticas, proveerles de seguridad social, incluidos los derechos por maternidad, en condiciones de igualdad con las disposiciones para los trabajadores en general (OIT, 2011a).

La **Recomendación 201** complementa el convenio anterior y establece que los Estados deben garantizar el derecho a conformar sindicatos y organizaciones para la defensa de sus derechos colectivos, generar los medios para facilitar el pago de las cotizaciones a la seguridad social y desarrollar medidas para prevenir y atender casos de discriminación, violencia y abuso en contra de los y las trabajadoras domésticas. Con respecto a los y las trabajadoras domésticas migrantes, se establece que los Estados deben construir “acuerdos bilaterales, regionales o multilaterales para asegurar que [...estas personas] gocen de la igualdad de trato con respecto a la seguridad social” y otros derechos (OIT, 2011b).

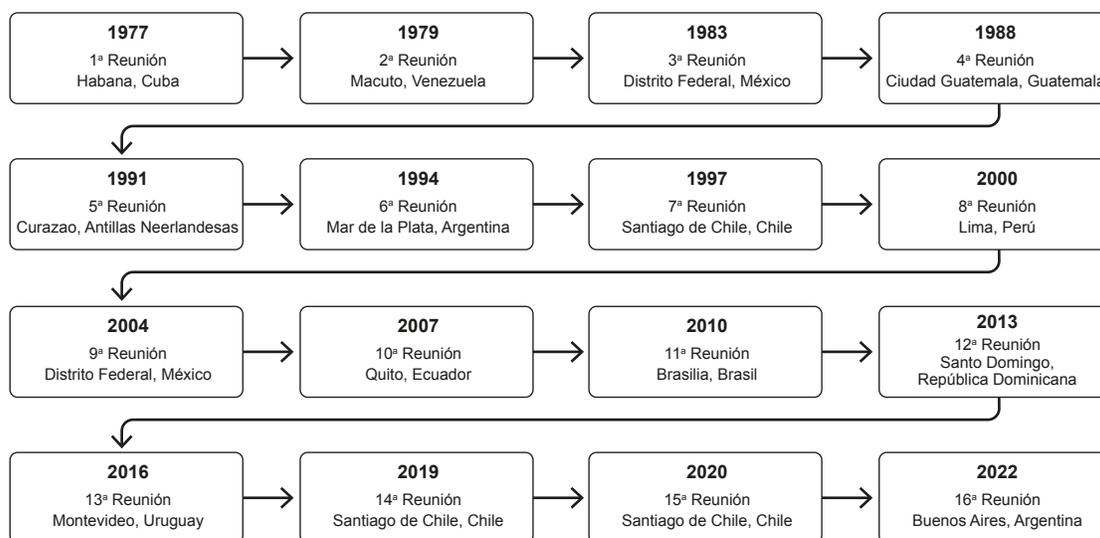
En América Latina y el Caribe, las distintas Conferencias Regionales de la Mujer han sido espacios cruciales para la construcción del derecho al cuidado y a decidir cuidar. En el **Consenso de Quito** (2007), derivado de la décima conferencia, los 33 Estados firmantes plantearon la importancia de reconocer “el valor social y económico del trabajo doméstico no remunerado de las mujeres, del cuidado como un asunto público que compete a los Estados, gobiernos locales, organizaciones, empresas y familias, y la necesidad de promover la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar” (CEPAL, 2007, p. 2). Para ello, se comprometieron a: “adoptar medidas de corresponsabilidad para la vida familiar y laboral que se apliquen por igual a las mujeres y a los hombres” (CEPAL, 2007, p. 5), impulsar encuestas de uso de tiempo y la medición del trabajo de cuidados en las cuentas nacionales, igualar los derechos laborales de los y las trabajadoras domésticas a los de trabajos remunerados e implementar medidas para “que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable” (CEPAL, 2007, p. 7).

En el **Consenso de Brasilia** (2010), emanado de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, los Estados reconocen el cuidado como un derecho universal, como el cuarto pilar de los sistemas de protección social y como un asunto de seguridad social. Al respecto, se planteó que “el envejecimiento de la población sobrecarga a las mujeres con la tarea de cuidar a las personas mayores y a las personas enfermas” (CEPAL, 2010, p. 2). Por consiguiente, los Estados se comprometieron a: “fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres” (CEPAL, 2010, p. 4). En esta línea, los Estados deben: i) generar políticas para establecer o ampliar las licencias parentales, con carácter de intransferibles e irrenunciables; ii) establecer una cuenta satélite sobre trabajo de cuidados y trabajo no remunerado; iii) incluir en los sistemas previsionales nacionales a las trabajadoras autónomas, campesinas, trabajadoras domésticas, mujeres dedicadas al trabajo no remunerado de cuidados y a las familias diversas; iv) “aumentar la inversión pública en la seguridad social, de manera que aborde en forma integral las demandas específicas de cuidado y protección social que requieren las mujeres en situaciones relacionadas con la enfermedad, la discapacidad, el desempleo y los ciclos vitales, especialmente la infancia y la vejez” (CEPAL, 2010a, p. 6).

En la duodécima conferencia de la mujer, celebrada en República Dominicana, se generó el Consenso de Santo Domingo (2013), a través del cual se reafirman los aportes de las conferencias anteriores y los Estados señalan su compromiso para “lograr la consolidación de sistemas públicos de protección y seguridad social con acceso y cobertura universal, integral y eficiente” (CEPAL, 2013a, p. 7) destinado a todas las mujeres que se ocupan en áreas formales o informales de la economía, incluyendo el trabajo no remunerado de cuidados y para aquellas mujeres afectadas por algún tipo de discapacidad, enfermedad, viudez o desempleo, en cualquier momento de su ciclo vital.

En el diagrama 2, se presenta una línea de tiempo que resume las conferencias regionales de la mujer llevadas a cabo en América Latina y el Caribe, desde la primera, organizada en La Habana, en 1977, hasta la más reciente, efectuada en Buenos Aires, en 2022.

Diagrama 2
América Latina y el Caribe: Conferencias Regionales de la Mujer, 1977-2022



Fuente: Elaboración propia con base en: <https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-la-mujer-america-latina-caribe>.

En el **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo** (2013), procedente de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, se reitera la necesidad de “garantizar la corresponsabilidad del Estado, el sector privado, la comunidad, las familias, las mujeres y los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado” (CEPAL, 2013, p. 24). Para el logro de este objetivo, con respecto a los compromisos anteriores, en el Consenso de Montevideo se amplían las estrategias que deberán seguir los Estados: i) “desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado” (CEPAL, 2013, p. 23); ii) integrar “el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios y beneficios que maximicen la autonomía y garanticen los derechos, la dignidad, el bienestar y el disfrute del tiempo libre para las mujeres” (Idem, p. 24) y “que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores” (CEPAL, 2013, p. 19); iii) “ampliar los sistemas de protección y seguridad social, con perspectiva de género, incorporando a las mujeres que han dedicado sus vidas al trabajo productivo, trabajadoras domésticas, mujeres rurales y trabajadoras informales” (CEPAL, 2013, p. 19); iv) generar políticas de igualdad laboral por género “que reconozcan el valor productivo del trabajo doméstico no remunerado y de cuidado” (CEPAL, 2013, p. 23); y, v) “fomentar la construcción de nuevas masculinidades que promuevan la participación de los hombres en el trabajo de cuidados” (CEPAL, 2013, p. 24).

En el **Compromiso de Santiago** (2020), derivado de la XIV Conferencia Regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe, se avanza en los objetivos de los instrumentos anteriores, a través del énfasis en tres puntos: primero, valorar los aportes de la economía del cuidado; segundo, definir las características principales que deben cubrir los sistemas integrales de cuidado y, tercero, la protección de las mujeres migrantes, insertas en cadenas globales de cuidados. Sobre el primer punto, se menciona que el impulso a la economía del cuidado tendrá efectos positivos, tales como elevar la participación laboral de las mujeres, aumentar el bienestar, la redistribución y el crecimiento económicos y la mejora de indicadores macroeconómicos. Con respecto al segundo punto, los Estados se comprometieron a:

Diseñar sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social (CEPAL, 2020, p. 5).

En el caso de las mujeres migrantes, se advierte la importancia de considerar las cadenas globales de cuidados y sus causas estructurales, a fin de “garantizar los derechos humanos y las condiciones de trabajo decente, la prevención y atención de la violencia —en particular, la violencia sexual—, y la trata de personas, y el acceso no discriminatorio a los servicios de salud y a la protección social integral” (CEPAL, 2020, p. 6).

Es importante señalar que los convenios 156 y 189 de la OIT, antes mencionados, son los únicos instrumentos vinculantes en materia de trabajo de cuidados; sin embargo, un amplio número de países de la región todavía no los han suscrito (véase el cuadro 2).

Por otro lado, los consensos y acuerdos que se desprenden de las Conferencias regionales de la mujer y de las Conferencias sobre población y desarrollo, han sido los más contundentes en reconocer el derecho universal al cuidado, a decidir cuidar y a cuidar en condiciones dignas; no obstante, carecen de un carácter vinculante. A este respecto, las políticas promovidas se encaminan a reconocer el valor social y económico del cuidado, de desarrollar sistemas integrales de cuidados como un cuarto pilar de protección social y un ámbito de la seguridad social y a otorgar derechos laborales a las personas que trabajan como cuidadoras con o sin una remuneración (véase el cuadro 2).

Cuadro 2
Marco jurídico internacional y regional sobre el trabajo de cuidados

Tratado o convenio	Año de expedición	Número de países firmantes de ALC	Países firmantes de ALC (a diciembre del 2020)
Vinculantes			
Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares	1981	12	Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos (Nº 189)	2011	17	Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.
No vinculantes			
Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer	1995	30	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Recomendación Número 201 sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos	2011	25	Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Agenda 2030, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	2015	33	^a
Consenso de Quito	2007	33	^a
Consenso de Brasilia	2010	33	^a
Consenso de Santo Domingo	2013	33	^a
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	2013	33	^a
Compromiso de Santiago	2020	33	^a

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2007, 2010a, 2013, 2013a, 2020), OIT (1981, 2011a, 2011b) y Naciones Unidas (2015).

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

C. El Seguro de Cuidados a Largo Plazo: la experiencia de la República de Corea

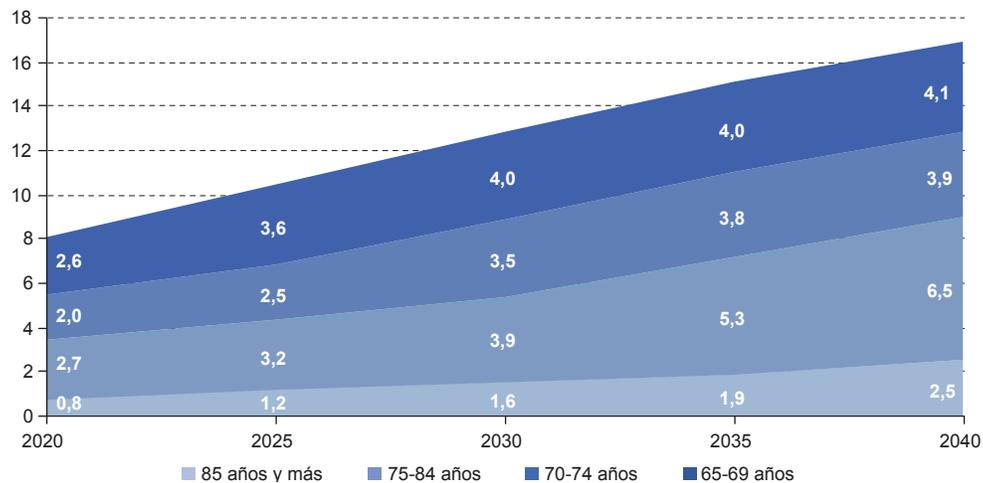
De acuerdo con los resultados del Censo de Población 2020, en la República de Corea habitan 51,8 millones de personas y se proyecta un decrecimiento anual de la población de 60 mil personas por año durante la próxima década (KOSTAT, 9 de septiembre de 2021).

Dicho país vive un proceso de envejecimiento mucho más acelerado respecto a otros países del mundo, debido a dos factores; por un lado, al rápido decrecimiento de su tasa de natalidad, la que pasó de 1,24 en 2011, a 0,84 en 2020 (KOSTAT, 23 de febrero de 2022) y, por el otro, al veloz incremento en la esperanza de vida, la que pasó de 62,3 años en 1970 (58,7 años para los hombres y 65,8 para las mujeres), hasta alcanzar un promedio de 83,5 años (80,5 años para los hombres y 86,5 para las mujeres) en 2020,

cifra que representa 2,6 años adicionales para los hombres y 3,3 para las mujeres respecto al promedio de los países de la OCDE (KOSTAT, 1 de diciembre de 2020). Además, la esperanza de vida a los 65 años, para 2021, alcanzó los 21,3 años (19,1 para los hombres y 23,4 para las mujeres).

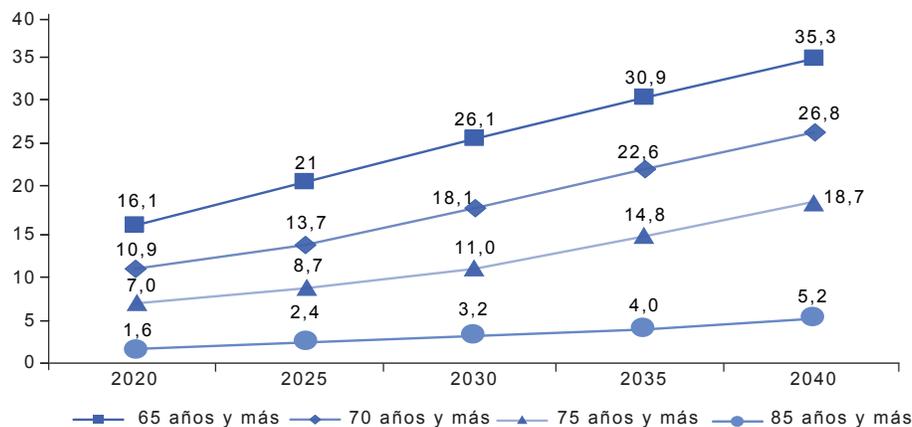
Como resultado de lo anterior, se prevé que la población surcoreana, mayor de 65 años, se duplique en las próximas dos décadas, pasando de 8,07 millones de personas (16,1%), en 2020, a 16,98 millones (35,3%), en 2040. El estadio de súper envejecimiento en el país surcoreano se alcanzará, según las proyecciones, en el 2025, cuando la población de este grupo etario alcance el 20,3% del total de la población (KOSTAT, 29 de septiembre de 2021). Por otro lado, debido al incremento de personas de 65 años y más, se espera que la razón de dependencia, vinculada al envejecimiento, pase de 22,5 personas por cada 100, en edad de trabajar, a 63,4 en 2040, y que el índice de envejecimiento pase de 129,6 a 393,9 en el mismo periodo (KOSTAT, 14 de abril de 2022).

Gráfico 1
República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040
(En millones de personas)



Fuente: Elaboración propia con datos de KOSTAT (14 de abril de 2022). Perspectivas de población de coreanos y extranjeros basadas en las proyecciones de población de 2021: 2020-2040.

Gráfico 2
República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040
(En porcentajes)



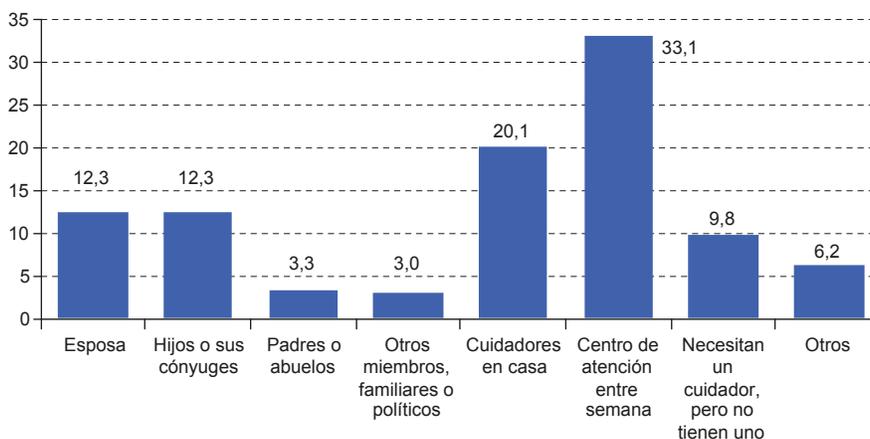
Fuente: Elaboración propia con datos de KOSTAT (14 de abril de 2022). Perspectivas de población de coreanos y extranjeros basadas en las proyecciones de población de 2021: 2020-2040.

El Censo de Población 2020 reportó que 4.7 millones de hogares tenía como jefe de familia a una persona de 65 años o más. Alrededor de 1.66 millones de los hogares de personas mayores eran unipersonales (35,1%) y se espera que, para el 2047, alcancen 4.05 millones. Este dato es importante porque, de acuerdo con el censo, existen variaciones en el autoreporte de salud entre las personas mayores que viven en hogares unipersonales y quienes viven con otras personas, el 17% se consideraba sana en el primer grupo, respecto al 24,3% del segundo (KOSTAT, 29 de septiembre de 2021).

La principal causa de muerte entre las personas de 65 años y más es el cáncer, seguida de las enfermedades del corazón, la neumonía, enfermedades cerebrovasculares y la demencia de Alzheimer, que, en 2020, ocupó por primera vez el quinto lugar de las causas de muerte. Según datos del mismo censo, en 2019 los gastos médicos per cápita llegaron a 4.796 millones de wones (3.392.254,50 USD) y los gastos de bolsillo 1.117 millones de wones (790.064,28 USD) (KOSTAT, 29 de septiembre de 2021).

Del total de la población mayor de cinco años, el 6,2% (3.028 millones de personas) reporta limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria, de las cuales el 55,9% corresponde a personas de 70 años y más (1.6 millones). Un dato muy relevante es que 1.351 millones de personas de 15 años o más (45,2% del total de personas con limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria) requieren servicios especiales de cuidado. Estos son proporcionados en centros diurnos (33,1%), a través de servicios de cuidado domiciliario (20,1%), pareja (12,3%), niños o pareja (12,3%), padres o abuelos (3,3%), otros miembros de la familia (3,0%) y otros (6,2%). Del total de la población que requiere cuidados, el 9,8% no cuenta con servicio o apoyo para recibirlos (KOSTAT, 21 de octubre de 2021).

Gráfico 3
República de Corea: personas que requieren cuidado por tipo de cuidado
(población de 15 años y más), 2020
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de KOSTAT (21 de octubre de 2022). Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020.

El país surcoreano vive un importante desafío demográfico con impacto en la economía, la educación, las finanzas y la defensa, el que ha buscado enfrentar a partir de estrategias centradas en las personas y en las familias, para no depender del aumento de la natalidad. Con el objeto de lograrlo, el gobierno creó el Comité Presidencial sobre el Envejecimiento de la Sociedad y Política de Población para lograr un cuidado de la infancia feliz y garantizar una legítima y noble vida al envejecer. Desde 2005, dicho Comité ha desarrollado planes quinquenales para atender la situación demográfica (PRECAP, 2022).

Sin embargo, el debate en torno a la necesidad de fortalecimiento del Estado de bienestar cobró fuerza durante el gobierno del presidente Kim Dae Jung y, en el 2009, el Ministerio de Salud y Bienestar estableció la creación de un Comité de Planificación de Cuidados a Largo Plazo para Personas Mayores. Dada la situación demográfica y política, el interés en estas acciones fue generalizado y no existió oposición alguna para su desarrollo (Yoon, 2021).

Un año antes, el 1 de agosto de 2008, había ocurrido un avance fundamental en este ámbito, cuando el gobierno surcoreano comenzó la implementación del seguro de cuidado de largo plazo (Long-Term Care Insurance, LTCI,) el que se había aprobado en abril de 2007 (Choi, 2013). Se trata de un seguro público y obligatorio con el objetivo de “preservar y mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores, promover una mejor salud, medios de vida estables y reducir la carga de cuidado para los familiares” (Kang, et al., 2012, p. 41). En su fase inicial, este seguro de cuidado a largo plazo buscaba aliviar la ansiedad de los ciudadanos, respecto a las problemáticas que pudiesen derivar del envejecimiento (Tak et al., 2019).

De acuerdo con Tak et al. (2019), la cobertura de este seguro ha permitido que los servicios hayan transitado desde una perspectiva centrada en el proveedor hacia una centrada en las personas, permitiendo que personas de diferentes niveles de ingresos tengan acceso a servicios especializados, ofrecidos por profesionales capacitados para realizar tareas de cuidado. Por tanto, los autores mencionan que este seguro ha mostrado efectos económicos muy positivos: 1) la reducción de la brecha financiera en el acceso a servicios de cuidado; 2) la creación de nuevos puestos de trabajo en el área de cuidados; y, 3) la ampliación del negocio de instrumentos del bienestar. Otro efecto muy positivo es que ha favorecido la estabilidad emocional de las familias beneficiarias (Tak et al., 2019).

1. El Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) y el Seguro de Cuidados a Largo Plazo (LTCI)

Kwon (2009) señala que, después de experimentar una crisis derivada del golpe de Estado en 1963, cuando se eliminó el seguro de salud obligatorio, la República de Corea inició, en 1976, un proceso paulatino para su reinstalación. En 1977 incorporó a las grandes empresas que operaban en el país, continuó en 1979 con un programa de ayuda médica para personas ubicadas en la franja de pobreza, empleados de gobierno y profesores y, entre 1981 y 1982, se incluyeron trabajadores independientes y rurales. De esta manera, en poco más de una década, el país alcanzó la cobertura universal. De acuerdo con Kim y Kang (2022), dicho éxito se logró debido a tres factores: (1) un tipo de diseño del sistema que permitió la ampliación en las coberturas de los sectores formales e informales, su obligatoriedad y el tipo de designación de los proveedores de servicios médicos; cotizaciones bajas con paquetes pequeños de prestaciones sociales y la cobertura de la familia; (2) la operación fue vinculada con el sistema de registro civil y estadísticas vitales, algo que permitió la actualización permanente de datos; y, (3) la aplicación de políticas flexibles para promover el liderazgo local.

Antes del año 2000, en la República de Corea existían diversas compañías de seguros, las que proporcionaban diferentes coberturas a los trabajadores tanto dependientes como autónomos, pero que estaban centralizadas para la resolución de reclamos y pago a proveedores de asistencia sanitaria. Esta forma de organización contemplaba tres tipos de seguros: para empleados de gobierno, maestros y sus dependientes; industriales, trabajadores y sus dependientes (140 sociedades de seguros) y el seguro para trabajadores por cuenta propia o que pertenecía a empresas de menos de cinco empleados (230 sociedades de seguros). Además, de un seguro para personas en situación de pobreza (Kwon, 2009).

En el año 2000, los diversos sistemas de seguro médico se integraron en el Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS¹⁰). Este sistema, supervisado por el gobierno surcoreano, es obligatorio por ley y cubre a la totalidad de la población, a partir de un asegurador único que:

[...] promueve la salud de la población y se esfuerza por mejorar la seguridad social, proporcionando los servicios de salud necesarios para enfermedades, lesiones, nacimientos y muerte y gestiona un programa de asistencia médica gratuita como forma de ayuda pública para las personas de bajos ingresos, para quienes la aplicación de la seguridad social es difícil a través del NHI (Shon y Jung, 2016, p. 1).

¹⁰ National Health Insurance Service (Servicio Nacional de Seguro de Salud).

Si bien, el Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) fue reconocido como un sistema estable, presentaba vulnerabilidades, ya que carecía de la provisión de servicios de cuidado para personas mayores. Como se señaló, el gobierno de Kim Dae Jung había mostrado un profundo interés por el fortalecimiento del Estado de bienestar, motivo por el cual se inició durante su gobierno una revisión de las políticas y programas enfocadas a la seguridad social en tres sentidos: la revisión de los sistemas de pensiones públicas, el sistema de seguro médico y el seguro de empleo. Frente a los retos demográficos de ese momento, y de cara a las proyecciones de la dinámica de población en la República de Corea, se recomendó analizar la posibilidad de establecer un sistema para la provisión y financiamiento de cuidados a largo plazo dirigido, fundamentalmente, a las personas mayores y, más tarde, se asumió el compromiso de ponerlo en marcha en el 2002 (Choi, 2014).

De acuerdo con Choi (2014), entre los problemas que enfrentaba el país, en ese momento, se encontraban el incremento en los gastos médicos de las personas mayores en el Seguro Nacional de Salud (NHI) y la creciente demanda de servicios alternativos para el apoyo a las familias de las personas mayores, junto a las escasas posibilidades de apoyo gubernamental, algo que podría impactar, negativamente, en los gastos hospitalarios prevenibles. Esto se debía a que, antes del 2008, la oferta de servicios de cuidado a largo plazo estaba limitada a las personas mayores que no contaban con apoyo familiar y cuyos ingresos económicos eran bajos y, por otro lado, los servicios se brindaban en instituciones, sin la opción de acceder a servicios de asistencia domiciliaria (Choi, 2014).

Kim y Kwon (2022) señalan que, a diferencia de lo que ocurrió en otras partes del mundo —en donde los seguros de cuidado a largo plazo se pensaron en un contexto de apoyo a la población de cualquier edad con alguna discapacidad—, en el caso surcoreano, el impulso para analizar la demanda y oferta de servicios de cuidado de largo plazo provenía del contexto demográfico del país.

Ante esta realidad, en 2005 se inició la implementación, en fase piloto, del seguro de cuidado a largo plazo (LTCI) en seis zonas de la República de Corea; al año siguiente, se presentaron los resultados a la Asamblea Nacional; en 2007, se aprobó su creación y, en 2008, comenzó su implementación en el resto del país (Choi, 2014). Dicho proceso es muy relevante, pues implicó el seguimiento y evaluación, en diversas etapas, de la pertinencia y funcionamiento del seguro.

2. Características del LTCI

La Ley surcoreana de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (Ley No. 16244), que da fundamento jurídico al LTCI, establece la rectoría del Estado en la organización de la prestación de beneficios para la atención a largo plazo de personas mayores de 65 años, así como menores de 65 años que presenten enfermedades geriátricas o personas pertenecientes a otros grupos etarios que requieran servicios de cuidado. En esta Ley se enfatiza, también, la responsabilidad tanto del Estado como de los gobiernos locales para proporcionar servicios de prevención de enfermedades geriátricas y la posibilidad de que el Estado subvencione los gastos de los gobiernos locales. Además, establece que ambos niveles de gobierno aseguren la apropiada infraestructura de cuidado y el apoyo administrativo o financiero al NHIS para el correcto cumplimiento de los beneficios de atención y las condiciones laborales adecuadas para las personas que realizan trabajo de cuidados a largo plazo. En esta Ley, en su artículo séptimo, señala que el Ministerio de Salud y Bienestar tiene el control sobre el LTCI y que el NHIS es el asegurador (KLRI, 2019).

El LTCI proporciona servicios de cuidado de manera específica a personas mayores para satisfacer las necesidades que no se encontraban cubiertas antes de la creación del sistema; mientras que, el NHI cubre el tratamiento médico para personas de todas las edades. Un aspecto importante que destacan Kim y Kwon (2022) es que los planes de financiación de ambos seguros (cuidado a largo plazo y salud) fueron diseñados por separado para evitar cargas financieras al NHIS que pudieron no haber estado previstas si se hubiese añadido tan solo como un componente adicional y, por otro lado, para lograr una mejor recepción por parte de la población, al tratarse del pago de una nueva prima por un nuevo seguro que cubría un nuevo servicio.

3. Población objetivo y servicios

El LTCI tiene como población objetivo las personas de 65 años o más que necesitan cuidado y/o apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o personas menores de 65 años que cursan con enfermedades geriátricas que afectarán su funcionalidad por más de seis meses, con el objetivo de prevenir o ralentizar la disminución de la funcionalidad, a través de servicios domiciliarios y comunitarios y, con ello, reducir los costos médicos (KLRI, 2019). Como se ha señalado, en la República de Corea habitan alrededor de 7.6 millones de personas mayores, de las cuales se estima que el 8,8% (0,67 millones) ha sido aprobado como beneficiario del LTCI y el 1,3% del total de la población del país ha usado algún servicio que proporciona este seguro (NHIS, 2020).

Entre las características más importantes de este seguro encontramos las que se refieren a los criterios de elegibilidad, pues las personas pueden acceder a sus beneficios de acuerdo con su estado físico y mental, sin importar su situación económica o su posibilidad de acceder a cuidados familiares. Una vez que la persona mayor, o su cuidador(a), solicita los servicios a través de un médico, se realiza una evaluación de las necesidades en el domicilio, mediante entrevistas y la aplicación de un cuestionario estructurado, el que incluye un instrumento de 54 ítems (véase el cuadro 3). Este instrumento permite la evaluación estandarizada de los siguientes dominios: actividades básicas de la vida diaria, función cognitiva, problemas de comportamiento, necesidades de cuidado con un enfermero especializado y condiciones músculo-esqueléticas (Kang et al, 2012). De acuerdo con la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo, este proceso debe concluirse en un periodo no mayor a 30 días, plazo que se inicia desde el día de la solicitud (KLRI, 2019).

Cuadro 3
Definición del grado de beneficios otorgados, según el estado físico y mental por parte del LTCI en la República de Corea

Grado	Condiciones	Puntuación
1	Una persona que depende completamente de la ayuda de otra persona para llevar a cabo la vida diaria	Más de 95
2	Una persona que depende principalmente de la ayuda de otra persona para llevar a cabo la vida diaria	Entre 75 y 95
3	Una persona que necesita parcialmente la ayuda de otra persona para llevar a cabo la vida diaria	Entre 60 y 75
4	Una persona con discapacidades mentales y físicas y que está en necesidad parcial	Entre 51 y 60
5	Una persona con demencia	Entre 45 y 51
6	Una persona con demencia	Debajo de 45

Fuente: Servicio Nacional de Seguro de Salud (28 de agosto de 2022).

Kang et al (2012) explican el funcionamiento de las prestaciones, señalando que son proporcionadas en dos espacios: domiciliario en la comunidad e institucional. Respecto al primero, los servicios incluyen: i) cuidados (apoyo físico y apoyo para la realización de tareas domésticas), ii) baño con apoyo de equipo especializado, iii) enfermería con asistencia de un médico tratante, iv) cuidados diurnos y nocturnos, v) cuidados de relevo en el domicilio y, vi) otros servicios que incluyen equipo.

En cuanto a los cuidados institucionales, dichas prestaciones proporcionan capacitación a los beneficiarios que llevan mucho tiempo en centros de atención a largo plazo para apoyar sus actividades diarias, recibir capacitación o programas educativos o para mantener y mejorar sus funciones mentales y físicas; mientras que, en los hogares comunitarios de atención a largo plazo, se busca crear una atmósfera hogareña. Finalmente, el sistema ofrece beneficios especiales en efectivo cuando los beneficiarios sean atendidos por sus familiares, entregando montos establecidos de dinero a cambio del servicio, a través de prestaciones en efectivo de asistencia familiar, prestaciones en efectivo de cuidados excepcionales y/o gastos de enfermería en una institución de cuidados a largo plazo (NHIS, 2022). La Ley señala que tales prestaciones en efectivo se otorgarán cuando la persona resida en un área en donde las instituciones de atención sean insuficientes (una isla o una zona aislada), cuando exista situación de desastre o cuando las personas requieran, necesariamente, la atención de familiares (KLRI, 2019).

La vigencia de la aprobación de prestaciones para el cuidado de largo plazo es de, al menos, un año, pero se puede extender mediante una solicitud de renovación (KLRI, 2019). Es importante mencionar que, existen límites para la prestación de servicios, los que se calculan de acuerdo con las necesidades de cuidado y se establecen topes con carácter mensual (máximo de monto establecido) y según los niveles de necesidad de cuidados en el espacio domiciliario; mientras que, en el nivel institucional las tarifas son diarias y dependen de la necesidad de cuidado y del tipo de establecimiento.

4. Prestadoras de servicio

Desde la creación del LTCL, en 2008, se registró un incremento sostenido de empresas proveedoras de servicios de cuidado. De acuerdo con Kwon (2021), las agencias de cuidado domiciliario pasaron de 6618, en 2008, a 15970, en 2018; en tanto, las instituciones de larga estadía pasaron de 1700 a 5320 en el mismo periodo. En contraste, "la tasa de utilización del cuidado institucional disminuyó de 38,6 %, en 2008, a 32,03%, en 2016, la tasa de utilización del cuidado domiciliario aumentó de 61,4%, en 2008 a 67,92%, en 2016" (Yoon, 2021, p. 24).

Del mismo modo, los servicios de cuidado tanto institucionales como domiciliarios se encuentran, claramente, regulados por la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo, según la cual, para que una institución pueda operar, requiere contar con la aprobación de las autoridades que tengan jurisdicción sobre la ubicación de la misma. Además, la institución deberá contar con infraestructura adecuada, recursos humanos y un plan operativo. En cuanto a las instituciones dedicadas al cuidado domiciliario, ellas deberán presentar, además, el informe de su establecimiento, donde demuestra que tiene a una enfermera como gerente (KLRI, 2019).

Las instituciones de cuidado a largo plazo están obligadas por ley a proporcionar información sobre el detalle de sus actividades, recursos humanos, actualización de su sitio web y manuales de procedimientos. Además, deben emitir declaraciones de gastos desglosadas por beneficios a cada persona que haya recibido sus servicios. Un aspecto relevante de la ley es que las instituciones deben garantizar a sus empleados educación en materia de derechos humanos, para prevenir y abordar cualquier situación de agresión, violencia, acoso, abandono, negligencia, robo o abuso emocional, entre otras. Ante el incumplimiento de la normatividad sobre administración, buen trato y características del personal, la Ley prevé la revocación de permisos para la operación de los establecimientos.

Desde sus inicios, se ha procurado que los servicios que ofrece el LTCL sean de calidad, por lo que el sistema incluye mecanismos para garantizar la formación y capacitación del personal que presta los servicios. En este sentido, se han establecido mecanismos de certificación de las personas cuidadoras, mediante la acreditación de cursos de formación y la aprobación de exámenes nacionales. Además, la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo, establece que el Estado y el gobierno local pueden abrir centros de apoyo para trabajadores del cuidado a largo plazo, con la intención de proteger sus derechos, brindar capacitación e implementar programas de gestión de la salud. Sin embargo, al igual que como ocurre con las instituciones prestadoras de servicios, la demanda de personal del cuidado, obviamente, mostró un incremento sustancial, pasando de 176,560, en 2009, a 301,709, en 2015, siendo el grupo de profesionales del trabajo social, en particular, el que casi se triplicó (de 5,234 a 14,074) (Jeon y Kwon, 2017).

A pesar de la regulación, y ante el incremento en la oferta de servicios de cuidado, Yoon (2021) advierte sobre el surgimiento de prácticas para el reclutamiento de beneficiarios: "una estrategia común utilizada por los proveedores es ofrecer a los beneficiarios un copago reducido, lo que se ha traducido en una reducción de la calidad del cuidado" (p. 24).

5. Financiamiento

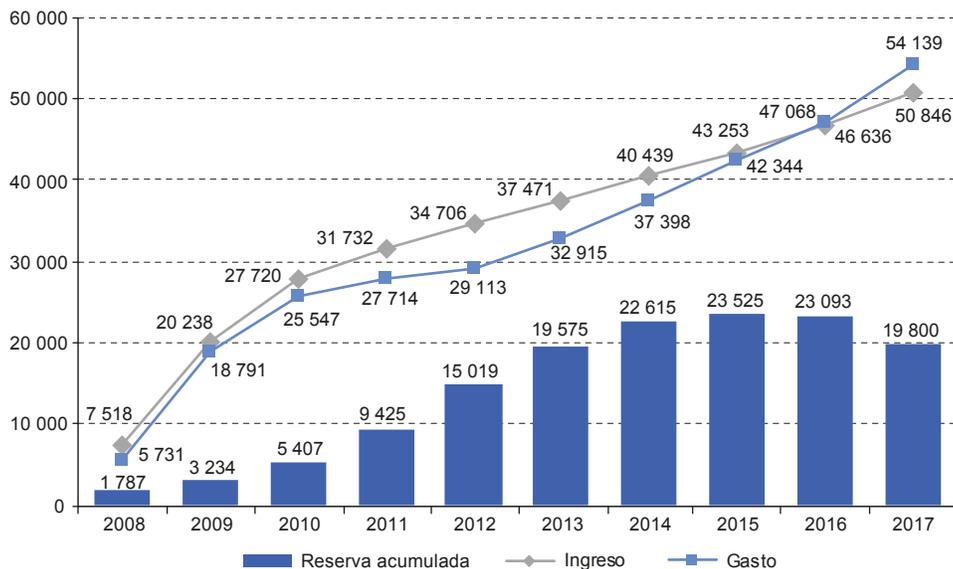
El financiamiento de este seguro proviene de las cotizaciones de las personas afiliadas al NHIS, el que se encarga de la recaudación y administra, de manera separada, la contribución del seguro de atención de cuidado a largo plazo y la contribución del seguro de salud, aunque la prima se calcula de forma conjunta. Los ingresos del LTCL incluyen: ingresos de contribuciones (63,6%, en 2017), subsidios del gobierno (20% de los ingresos esperados de las primas de seguro) y contribuciones al NHIS, entre otros ingresos. Desde

el 2010, la tasa de inversión fiscal era de 6,55%, pero, en 2018 aumentó a 7,38% y en 2019 alcanzó un 8,51%. Las proyecciones estiman un aumento anual del 3,2% entre 2023 y 2027. El subsidio otorgado por el gobierno se ubicó en un 18,32% anual durante el periodo 2013-2017 y se espera que se mantenga estable en los próximos años (NABO, 2018).

El costo de los beneficios del seguro, para las personas de menos ingresos, es asumido por los gobiernos local y nacional. Finalmente, las cuotas (copagos) de los usuarios equivalen al 15% cuando los servicios se dan en instituciones y al 20% cuando se brindan en el hogar. Las personas con bajos ingresos o quienes son beneficiarios de programas de ayuda médica tienen copagos que van del 7,5% para los servicios en instituciones y del 10% cuando se trata de servicios domiciliarios. El artículo décimo de la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo establece que el NHIS puede reducir o eximir de la contribución a las personas usuarias del seguro que tengan una discapacidad de acuerdo con la legislación vigente (KLRI, 2019).

El presupuesto asignado para el LTCL, en 2019, fue de 996.000 millones de wones surcoreanos (KRW), cifra que significó un aumento del 23,6% con respecto al presupuesto de 2018 (KRW 805.800 millones). Sin embargo, la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Nacional (NABO por sus siglas en inglés) (2018) señala, en su balance financiero, que los gastos han mostrado un incremento anual del 14,1%, entre 2009 y el año 2017. Este hecho ocasionó que la reserva acumulada presentara un déficit a partir de 2016.

Gráfico 4
República de Corea: tendencias financieras del seguro de cuidado de largo plazo para personas mayores, 2008-2017
(En miles de millones de KRW)

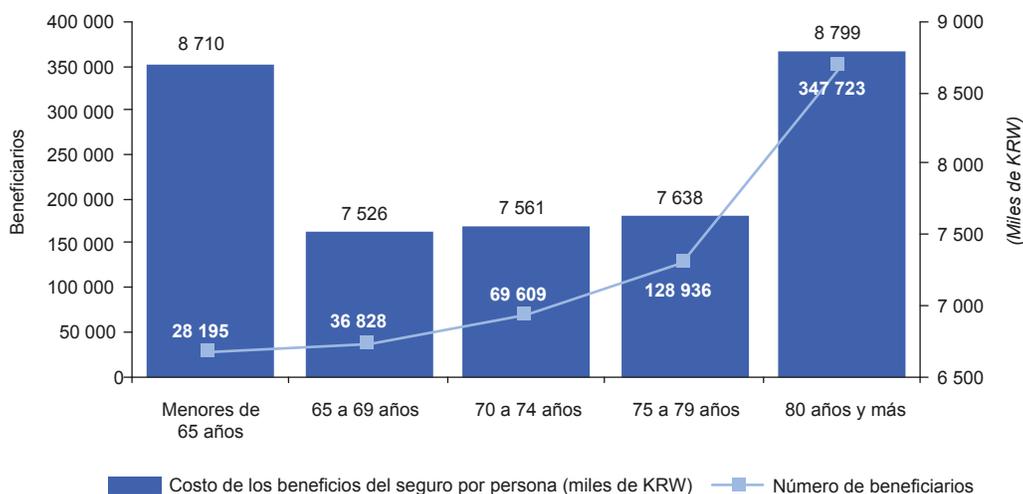


Fuente: Oficina de Presupuesto de la Asamblea Nacional con base en datos de la Corporación Nacional de Seguros de Salud.

6. Cobertura

De acuerdo con el NHIS, el 8,8% de las personas mayores de 65 años utilizó los servicios del LTCL, siendo la población de 80 años y más la que presentó un mayor uso del servicio. El cuadro 4 muestra un incremento de la población con 65 años y más como de los solicitantes que se incrementan como los gastos anuales. El incremento como porcentaje del PIB es de casi 10% entre 2008-2018.

Gráfico 5
República de Corea: beneficiarios por edad y costo del seguro per cápita, 2017
 (En miles de KRW)



Fuente: Oficina de Presupuesto de la Asamblea Nacional con base en datos de la Corporación Nacional de Seguros de Salud.

Cuadro 4
República de Corea: cobertura y gasto de la población en la LTCI^a pública, 2008-2018

	2008	2010	2012	2014	2016	2018	Variación media en porcentaje por año (2008-2018)
Población mayor de 65 años	5 086 195	5 448 984	5 921 977	6 462 740	6 940 396	7 611 770	4,1
Solicitantes	355 526	622 346	643 409	736 879	848 829	1 009 209	7,6
Total de certificados	214 480	315 994	341 788	424 572	519 850	670 810	9,9
Porcentaje de certificados en comparación con la población mayor de 65 años	4,2	5,8	5,8	6,6	7,5	8,8	5,5
Beneficiarios de prestaciones LTCI	149 656	348 561	369 587	433 779	520 043	648 792	9,3
Gasto anual en LTCI per cápita (USD PPP ^b 2015)	3 747	9 187	9 864	10 715	11 226	12 705	5,4
Gasto en LTCI como porcentaje del PIB ^c	0,04	0,21	0,22	0,25	0,29	0,37	9,8
Ingresos totales (millones de dólares, PPA ^d 2015)	1 014	3 356	4 154	4 839	5 517	7 177	12,8
Gasto total (millones de USD, PPA 2015)	647	3 020	3 426	4 490	5 508	7 932	15,2
Porcentaje del total de gastos en relación con los ingresos	63,9	90,0	82,5	92,8	99,9	110,5	2,1
Balance ^e	366	337	728	349	8	-755	-215,5

Fuente: Kim, H. y Kwon, S. (2021). *A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries*. Health Policy, 125(1), p. 24.

Nota: Los certificados se refieren a la validación que reciben los beneficiarios una vez que han sido evaluados con el instrumento estandarizado y, de acuerdo con su puntaje, califican para recibir la atención.

^a LTCI = seguro de cuidados de larga duración.

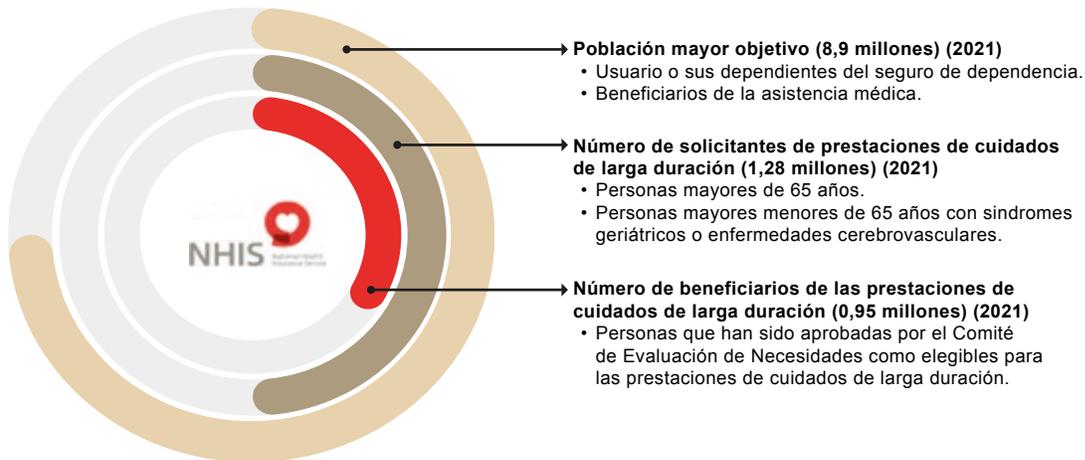
^b USD PPP = Paridad de Poder Adquisitivo de los Estados Unidos.

^c PIB = Producto Interno Bruto.

^d PPA = Paridad del poder adquisitivo.

^e Balance = Ingresos totales menos Gasto total.

Diagrama 3
República de Corea: cobertura poblacional del Seguro de Cuidado de Largo Plazo, 2021



Fuente: Servicio Nacional de Seguro de Salud (28 de agosto de 2022). <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa03100m01.do>.

7. Alcances

Un estudio realizado por Choi et al. (2018)—cuyo objetivo era analizar el impacto del LTCI en la reducción del uso de servicios médicos y en la carga de costos de salud para sus beneficiarios—, reportó la existencia de un efecto positivo. A pesar del aumento en los costos médicos, al comparar la población que utiliza y no utiliza servicios del LTCI, se encontró que el número de hospitalizaciones entre el primer grupo disminuyó, significativamente, respecto al segundo.

Por su parte, Ga (2020) señala que, de acuerdo con un estudio de opinión, el 90,9% de los encuestados reportó satisfacción por los servicios otorgados a través del LTCI. Sin embargo, el autor señala que, el aumento sostenido en el número de beneficiarios (214.000, en 2008, a 671.000, en 2019) y los problemas financieros ocasionados por el déficit financiero del LTCI, ya ha propiciado una reacción del Ministerio de Salud y Bienestar para minimizar su impacto mediante: (1) “la ampliación de encuestas para identificar las reclamaciones financieras injustificadas, (2) la reducción de la remuneración en las instituciones, (3) la mejora del proceso de selección de los usuarios y, (4) el endurecimiento de los requisitos para la apertura de instalaciones de cuidado de largo plazo” (Ga, 2020, p. 182).

8. Limitaciones

Las personas cuidadoras han experimentado diferentes problemáticas desde la creación del LTCI, en particular, bajos salarios y el incumplimiento de la normatividad laboral, pues se enfrentan a jornadas de trabajo superiores a las establecidas por la legislación, la falta de capacitación para el trabajo y la falta de cobertura para la atención de enfermedades músculo-esqueléticas, las que en la actualidad son consideradas como afecciones relacionadas con el envejecimiento y no con el trabajo de cuidado (Chon y Kim, 2020).

9. Reflexiones adicionales

Maags (2020) analiza los factores políticos que favorecieron la consolidación del LTCI en la República de Corea, primordialmente la llegada al poder del presidente Kim Dae-Jung y su compromiso con el fortalecimiento de la seguridad social; el respaldo de amplios sectores de la población que, frente a la crisis económica que experimentaban los países asiáticos, consideraban necesarias y pertinentes las reformas en seguridad social y también, la postura de la administración encabezada por el presidente Lee Myung-bak, quien focalizó los esfuerzos en la consolidación del LTCI en el marco de una política de expansión del bienestar social.

La separación entre el seguro de enfermedad y el seguro de cuidados a largo plazo parece mostrar un efecto negativo en la sostenibilidad del LTCl. De acuerdo con algunos estudios (Moon, 2022), esto ocasiona fragmentación en los servicios, superposición de acciones en materia de salud y merma en la calidad de los servicios percibida por los usuarios. Todo ello genera gastos que se podrían solventar, a partir de la integración de ambos seguros. Además, se plantea la necesidad de establecer normas más estrictas (prerrequisitos) para tener acceso a las prestaciones y buscar estrategias como la integración de los servicios de cuidado y la operación de negocio para reducir los costos de los servicios médicos.

Por otro lado, debido al déficit en las finanzas del LTCl, se ha señalado que el siguiente paso es fortalecer los sistemas comunitarios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud dirigidos a las personas mayores, pero armonizándolos con los servicios de cuidado a largo plazo y los servicios asistenciales (Moon, 2022).

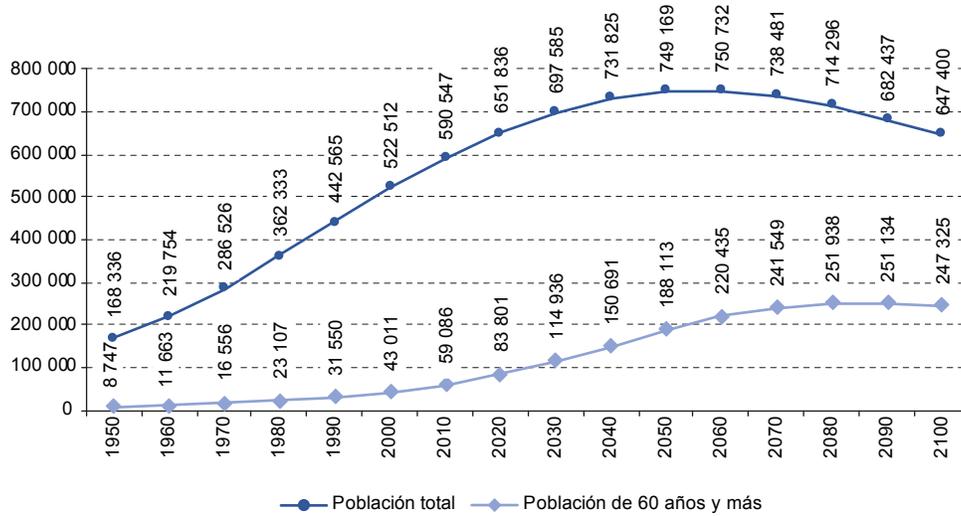
III. Las transformaciones demográficas y las necesidades de cuidado de largo plazo en la región

A. Dinámica de la población

La región de América Latina y el Caribe, en lo que va transcurrido del siglo XXI, ha experimentado una serie de cambios en su dinámica poblacional. La dinámica demográfica de las décadas pasadas, caracterizada por un alto crecimiento de su población y por una joven estructura de edad, había quedado atrás. Para este siglo, las tendencias apuntan a una caída de la tasa de crecimiento de la población y un emergente proceso de envejecimiento, resultado de los descensos en la fecundidad y la mortalidad. Dicho proceso de transición demográfica, en comparación con el experimentado por los países desarrollados, cuya duración para completar el proceso fue de aproximadamente dos siglos; mientras que, en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños se produjo de manera tardía y veloz, se inició a partir de los descensos en la mortalidad, observados en la primera mitad del siglo XX y, luego, se acentuó en la década de 1960 con el descenso en la fecundidad (Chackiel, 2004 y 2006; Zavala de Cosío, 2014).

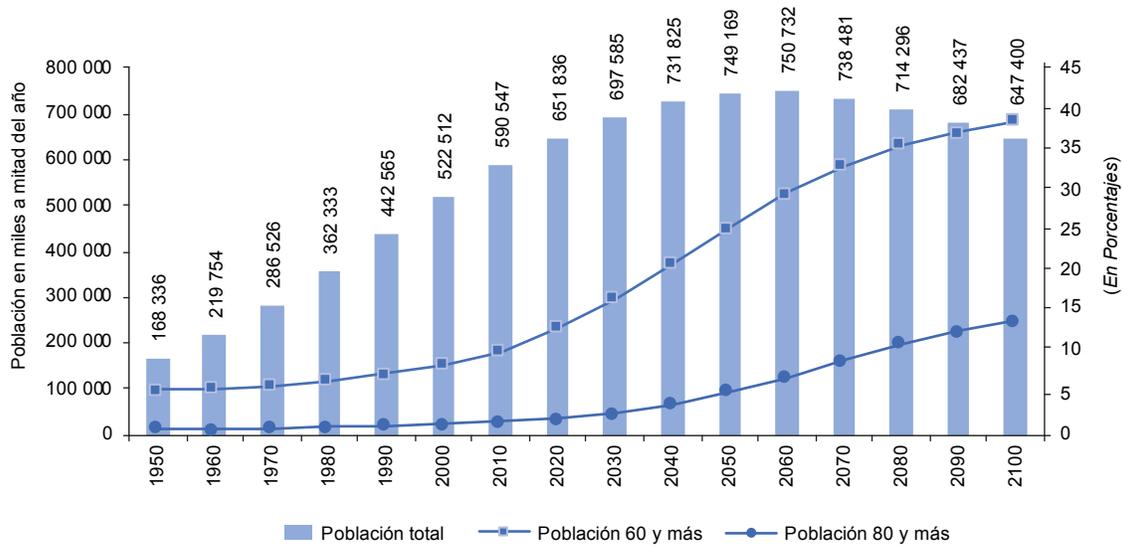
La urgencia de transitar hacia una sociedad del cuidado, donde se garanticen los derechos de las personas en cualquier momento del curso de su vida-, se hace evidente cuando se analiza la evolución de las variables básicas: fecundidad y mortalidad, y su relación con cambios económicos, sociales y culturales. Datos de la CEPAL indican que, entre 2020 y 2030, la población de 60 años y más en la región habrá aumentado en 31,1 millones, alcanzando los 114,9 millones, cantidad que correspondería al 16,5% de la población total de ALC. Para 2050, se estima que el grupo etario de 60 y más años alcanzará los 188,1 millones de personas, y representará alrededor del 25,1% de la población regional (véase el gráfico 6). Como un efecto del descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad, registradas a finales del siglo XX y principios del XXI, la tasa de crecimiento natural registrará una disminución gradual en el tiempo hasta 2060, cuando éstas empiecen a ser negativas, dando paso a un aumento significativo del peso relativo de las personas mayores de 60 años en la población total. Entre los años 2030 y 2060, este grupo habrá aumentado 13 puntos porcentuales, y en términos absolutos, representará 105,4 millones de personas mayores que se sumarán a los 114,9 millones existentes. Derivado del aumento de la longevidad, también, se estima un incremento en la proporción de personas de 80 años y más (véase el gráfico 7).

Gráfico 6
América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total
y de 60 y más años, por decenios, 1950-2100
(Población en miles a mitad de año)



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Gráfico 7
América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total,
de 60 y más años y 80 y más años, por decenios, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

B. Cambios en la estructura por edad y sexo

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2020, es una de las estrategias prioritarias para lograr y apoyar acciones que constituyan una sociedad más justa para todas las edades. Dentro de sus ámbitos de acción, la significación y uso de la edad toman un rol preponderante, pues sitúan la estructuración por edad en un marco de protección de los derechos de las personas mayores, sobre todo cuando las cifras muestran una esperanza de vida al nacer para ambos sexos superior a los 80 años, un aumento del grupo de personas de 80 años y más, y el ensanchamiento del período que media entre la jubilación y la muerte (OMS, 2020).

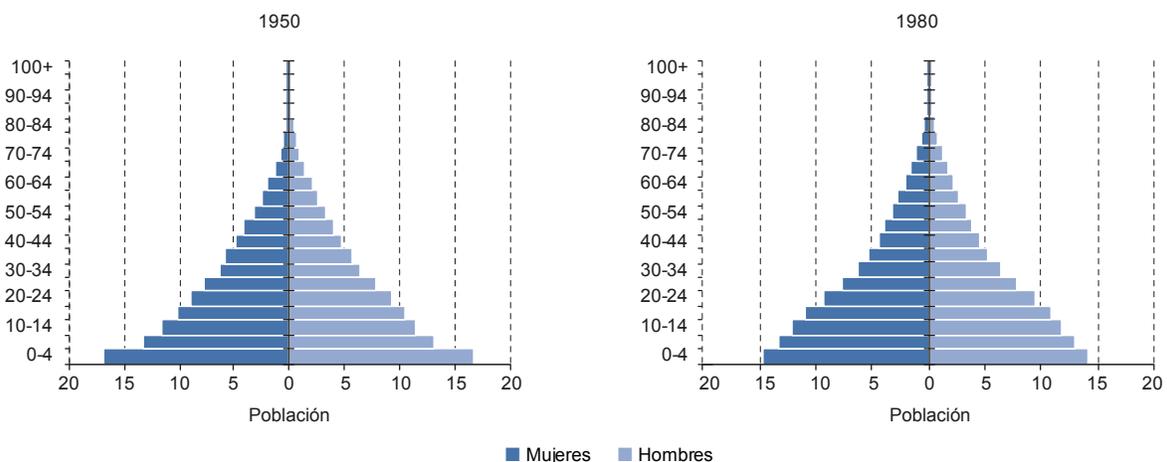
En tal sentido, visualizar los cambios en la estructura etaria de la población resulta fundamental, pues no sólo se puede observar la velocidad e intensidad de los cambios, sino también dimensionar los retos demográficos que enfrentarán los países de la región durante el devenir del siglo XXI, un ejemplo de ello es el apoyo potencial con el que cuentan los países de la región, la adaptación de los sistemas de salud a las nuevas demandas y la sostenibilidad de las finanzas públicas.

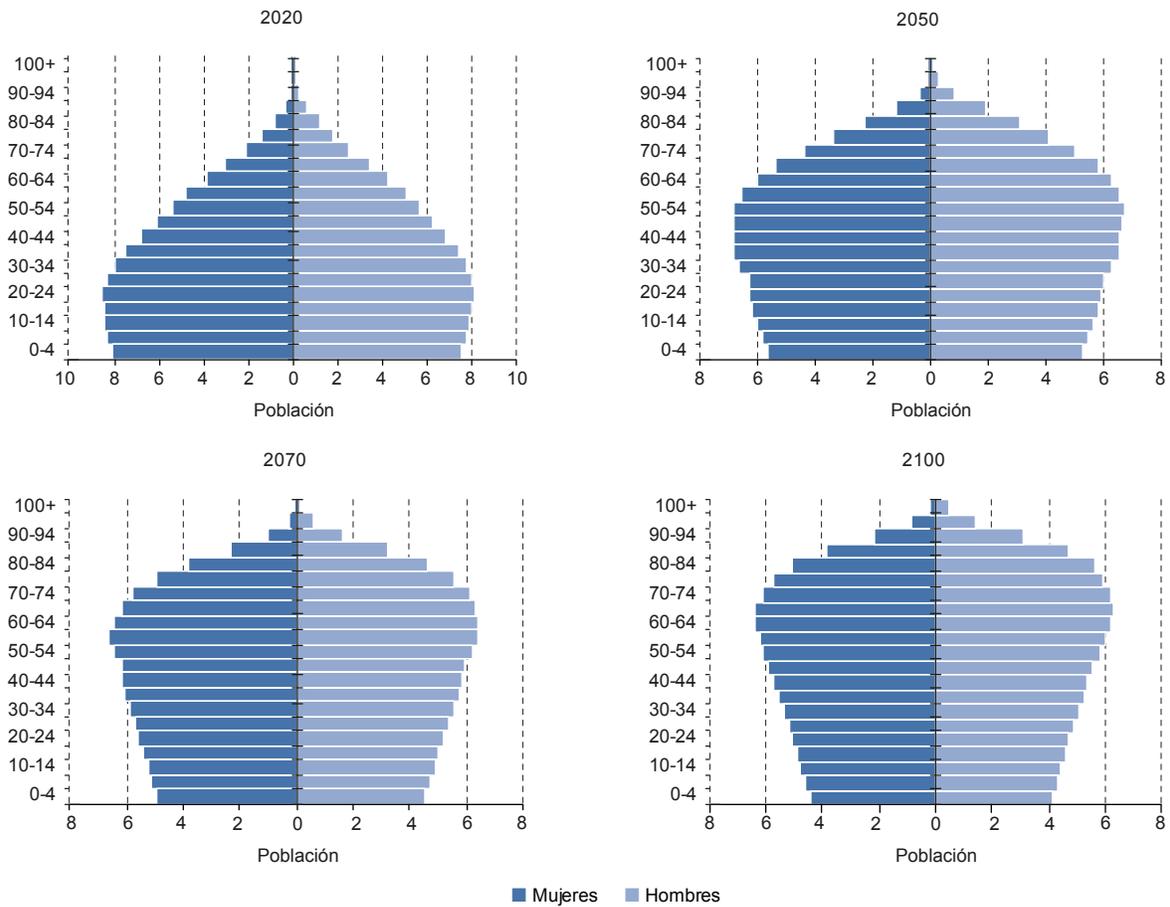
Los efectos de esta dinámica se vislumbran en los gráficos 8A y 8B, donde la estructura por edades y el volumen de la población, desde mediados del siglo pasado, cambió de manera importante. La población de América Latina y el Caribe pasó de 168,3 millones de habitantes, en 1950, a cerca de 651,8 millones, en 2020. Para 2030, se contempla una población total de 697,5 millones y para 2050 de 749,1 millones de personas, las que se distribuirán en: 16,9% personas menores de 15 años, 58% personas entre 15 a 59 años y 25,1% personas de 60 y más años, de esta proporción, un 5% pertenecerá al grupo de 80 y más años.

Para el presente siglo, se distinguen cuatro tendencias generales: i) una disminución de la población menor a 15 años, efecto de la disminución de la fecundidad y que, indirectamente, evidencia el envejecimiento de la región; ii) un crecimiento porcentual del grupo de 15 a 64 años durante las dos primeras décadas, posterior a ello un descenso gradual, derivado del movimiento de las cohortes a lo largo del tiempo histórico y su concentración en el grupo más envejecido que, directamente, se traduce en un incremento del peso relativo del grupo de 60 años y más; iii) una feminización del envejecimiento; y, iv) una disminución gradual de la tasa de crecimiento natural, que se registraría entre el período 2000-2050; en este lapso, se supone que la tasa descenderá un 1,4%, (de 1,61% en el año 2000 a 0,15% en 2050). A partir de 2060, las tasas de crecimiento natural comenzarían a ser negativas, resultado de mayores tasas de mortalidad, entre 10,4 y 13,6 defunciones por cada 1000 personas entre 2060-2100 (véase el gráfico 9).

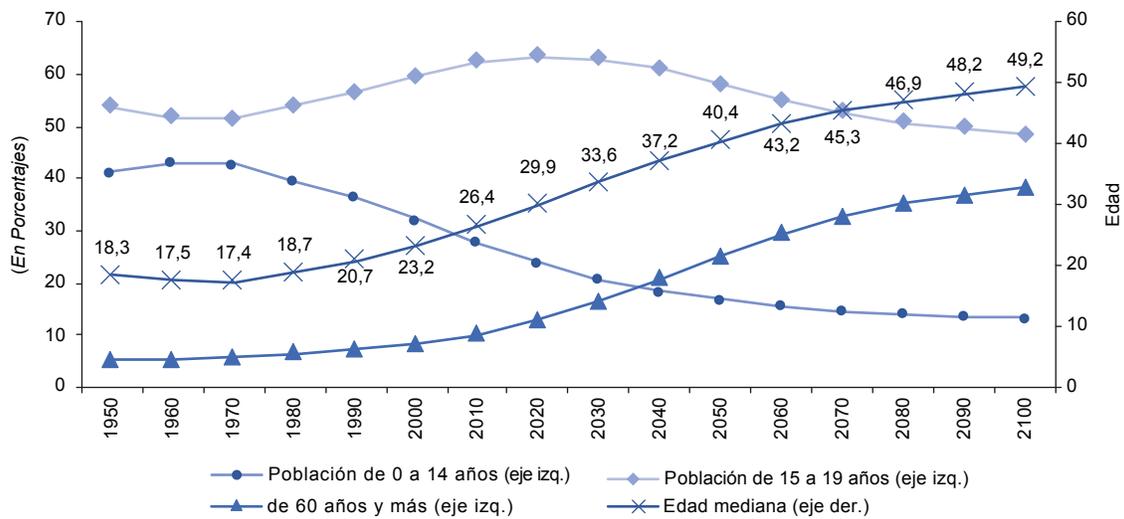
Gráfico 8
América Latina y el Caribe: estructura de la población

A. Estructura de la población por sexo y por grupos de edad, 1950-2100
(En porcentajes)



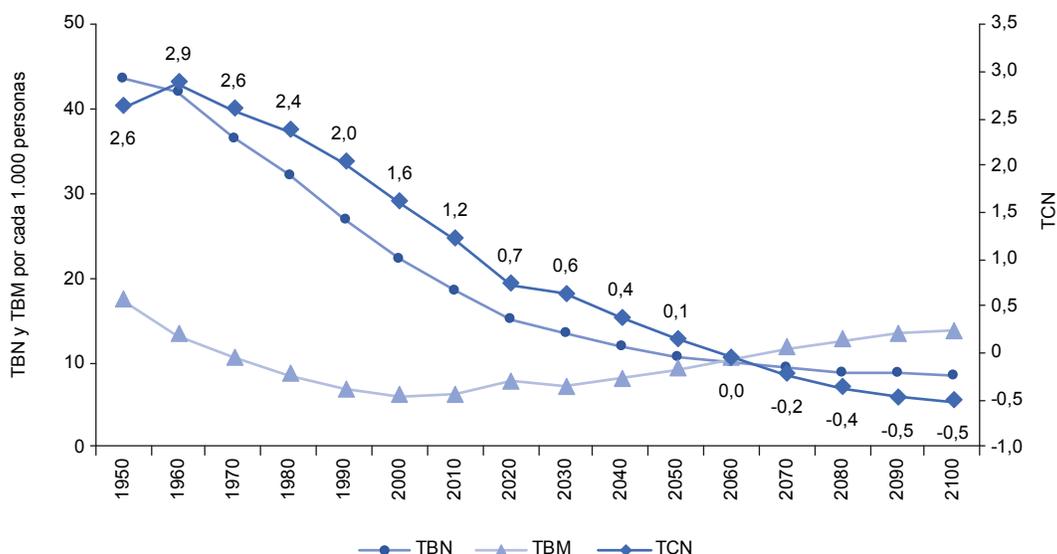


B. Estructura de la población por grandes grupos de edad, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Gráfico 9
América Latina y el Caribe: Tasa Bruta de Natalidad (TBN)^a, Tasa Bruta de Mortalidad (TBM)^b
y Tasa de Crecimiento Natural (TCN)^c, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^a Tasa Bruta de Natalidad (TBN): Número de nacimientos por cada 1000 personas. Fórmula: (Número de Nacimientos/Población Media) * 1000.

^b Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): Número de defunciones por cada 1000 personas. Fórmula: (Número de Defunciones/Población Media) * 1000.

^c Tasa de Crecimiento Natural (TCN): La Tasa de Crecimiento Natural expresada en porcentaje es el resultado neto de la diferencia entre la Tasa Bruta de Natalidad y la Tasa Bruta de Mortalidad en una población multiplicada por 100. Fórmula: (Tasa Bruta de Natalidad (TBN) - Tasa Bruta de Mortalidad (TBM)) * 100.

Durante el período comprendido entre 1950 y 2021, los países de América Latina y el Caribe han presentado diferencias importantes en sus procesos de transición demográfica. En este periodo, el crecimiento poblacional de los países que conforman la región ha sido diferente en velocidad y volumen. En esa línea, se pueden encontrar países como Barbados, Curaçao, Cuba, Granada, Martinica, San Vicente y las Granadinas, y Uruguay, donde el crecimiento ha sido más lento en comparación a Belice, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela, países que cuatuplicaron y, en algunos casos, quintuplicaron su población durante estas siete décadas. En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, debido a la crisis económica y de seguridad que vive actualmente, este país ha registrado un desplazamiento importante de su población hacia países vecinos y de otras regiones.

Con respecto a la estructura por edad, la distribución relativa de la población por edades, muestra la disminución generalizada de menores de 15 años y el aumento de los grupos intermedios (15 a 59 años) y avanzados (60 años y más) desde la década de 1950. Algunos ejemplos que sobresalen son Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Granada, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Puerto Rico, Trinidad y Tabago y la República Bolivariana de Venezuela, países que pasaron de tener entre 36-50% de población menor de 15 años en 1950 a menos de 29% en el año 2020. El paulatino envejecimiento poblacional en la región se aprecia, de manera marcada también, en algunos países como Curaçao, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico, donde una quinta parte de su población, en el año 2020, pertenecía al grupo de 65 años y más años (véase el cuadro 5).

Cuadro 5
América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, 1950 y 2020
(En porcentajes)

	1950							2020						
	o a 14	15 a 34	35 a 49	50 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más	o a 14	15 a 34	35 a 49	50 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más
Antigua y Barbuda	42,1	29,4	15,6	8,8	2,5	1,3	0,4	19,1	30,5	21,5	19,1	6,3	2,6	0,9
Argentina	31,1	34,4	19,3	11,1	3,1	0,9	0,2	23,7	30,6	19,9	14,1	6,7	3,6	1,4
Aruba	43,2	32,8	16,9	5,3	1,1	0,5	0,1	17,4	23,7	20,3	23,7	10,2	4,0	0,8
Bahamas	38,7	32,4	16,3	7,8	3,0	1,5	0,3	20,2	32,6	21,8	17,2	5,2	2,4	0,7
Barbados	36,5	30,9	18,0	9,4	3,2	1,8	0,3	17,4	26,3	20,5	20,7	9,4	4,6	1,2
Belice	39,0	32,9	15,7	8,9	2,7	0,8	0,1	28,8	37,4	18,4	10,7	3,1	1,3	0,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	39,4	31,2	14,0	9,4	4,0	1,7	0,4	31,4	35,8	17,5	10,3	3,4	1,4	0,2
Brasil	42,5	34,5	13,9	6,7	1,7	0,6	0,1	20,8	31,8	22,1	16,0	6,0	2,7	0,6
Chile	38,4	35,8	14,6	7,9	2,2	0,8	0,3	18,6	30,5	21,1	17,4	7,3	3,6	1,5
Colombia	43,7	33,1	13,1	6,9	2,2	0,9	0,1	21,9	33,9	20,3	15,4	5,5	2,4	0,6
Costa Rica	43,3	32,4	14,1	7,3	2,2	0,7	0,1	20,9	31,7	20,9	16,3	6,3	3,1	0,9
Cuba	36,6	32,7	17,6	8,8	3,0	1,1	0,2	15,9	25,8	20,4	22,4	8,8	5,0	1,7
Curaçao	36,2	32,8	16,6	8,7	3,9	1,6	0,3	17,7	30,0	18,0	20,1	9,2	4,2	0,9
Ecuador	40,6	30,2	14,3	9,6	3,8	1,1	0,3	26,5	34,6	19,0	12,3	4,7	2,2	0,6
El Salvador	43,2	32,2	13,0	7,7	2,8	1,0	0,1	26,1	36,7	17,2	11,9	4,8	2,5	0,8
Granada	47,8	26,4	11,8	8,9	3,2	1,5	0,5	24,1	32,5	18,5	15,1	5,5	3,0	1,2
Guadalupe	39,9	30,7	15,2	8,7	3,4	1,7	0,4	18,7	24,2	16,0	21,9	10,4	5,9	2,9
Guatemala	43,9	34,4	12,8	6,6	1,6	0,6	0,1	33,5	37,8	15,8	8,1	3,0	1,4	0,5
Guyana	41,5	30,8	15,6	8,3	2,8	0,8	0,3	28,9	34,5	17,5	13,1	4,1	1,5	0,4
Haití	40,1	32,8	15,8	7,7	2,5	1,0	0,2	32,6	36,5	16,9	9,5	3,1	1,2	0,2
Honduras	42,5	31,6	13,7	8,2	2,4	1,3	0,3	31,1	37,8	18,1	8,9	2,9	1,0	0,2
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	38,9	27,9	15,1	10,7	5,1	2,0	0,4	19,3	20,3	18,8	22,0	12,1	6,1	1,4
Jamaica	35,9	34,2	17,8	8,3	3,0	0,8	0,1	20,8	35,7	21,2	15,3	4,7	2,0	0,4
Martinica	39,7	29,6	15,8	9,0	3,9	1,8	0,2	16,5	21,9	16,2	24,0	11,5	6,9	3,1
México	44,1	32,1	13,8	6,9	2,0	0,8	0,2	25,3	32,8	20,2	13,7	4,9	2,3	0,8
Nicaragua	44,6	33,4	12,6	6,7	2,1	0,6	0,1	30,4	36,5	18,2	9,9	3,3	1,5	0,3
Panamá	42,4	32,5	13,8	7,8	2,6	0,9	0,1	26,7	31,5	19,6	13,9	5,0	2,5	0,9
Paraguay	46,3	30,7	12,0	7,3	2,5	1,1	0,2	29,2	35,5	17,7	11,4	3,9	1,8	0,5
Perú	42,0	31,8	14,2	8,6	2,5	0,8	0,1	26,7	32,9	19,5	12,8	5,1	2,5	0,6
Puerto Rico	43,8	31,9	13,4	7,3	2,3	1,0	0,3	13,9	24,0	19,2	21,2	12,2	7,0	2,6
República Dominicana	45,7	33,1	12,0	6,5	2,0	0,6	0,1	27,6	33,7	18,8	12,9	4,3	2,0	0,7
San Vicente y las Granadinas	43,0	27,4	13,9	8,0	4,0	2,6	1,1	22,3	29,3	20,4	17,3	6,3	3,2	1,2
Santa Lucía	42,1	32,3	14,7	7,4	2,3	1,0	0,3	18,6	33,5	21,8	17,2	5,6	2,6	0,7
Suriname	41,6	30,4	14,0	9,8	3,0	0,9	0,2	26,8	32,3	19,4	14,5	4,5	2,0	0,6
Trinidad y Tabago	40,1	31,7	16,4	7,9	2,9	0,9	0,2	19,5	28,6	23,6	17,6	7,2	2,7	0,8
Uruguay	27,7	32,5	18,9	12,7	5,3	2,5	0,5	19,8	28,9	19,3	16,6	7,8	5,0	2,5
Venezuela (República Bolivariana de)	45,5	32,6	13,4	6,4	1,7	0,5	0,1	28,5	30,0	19,0	14,5	5,2	2,4	0,4

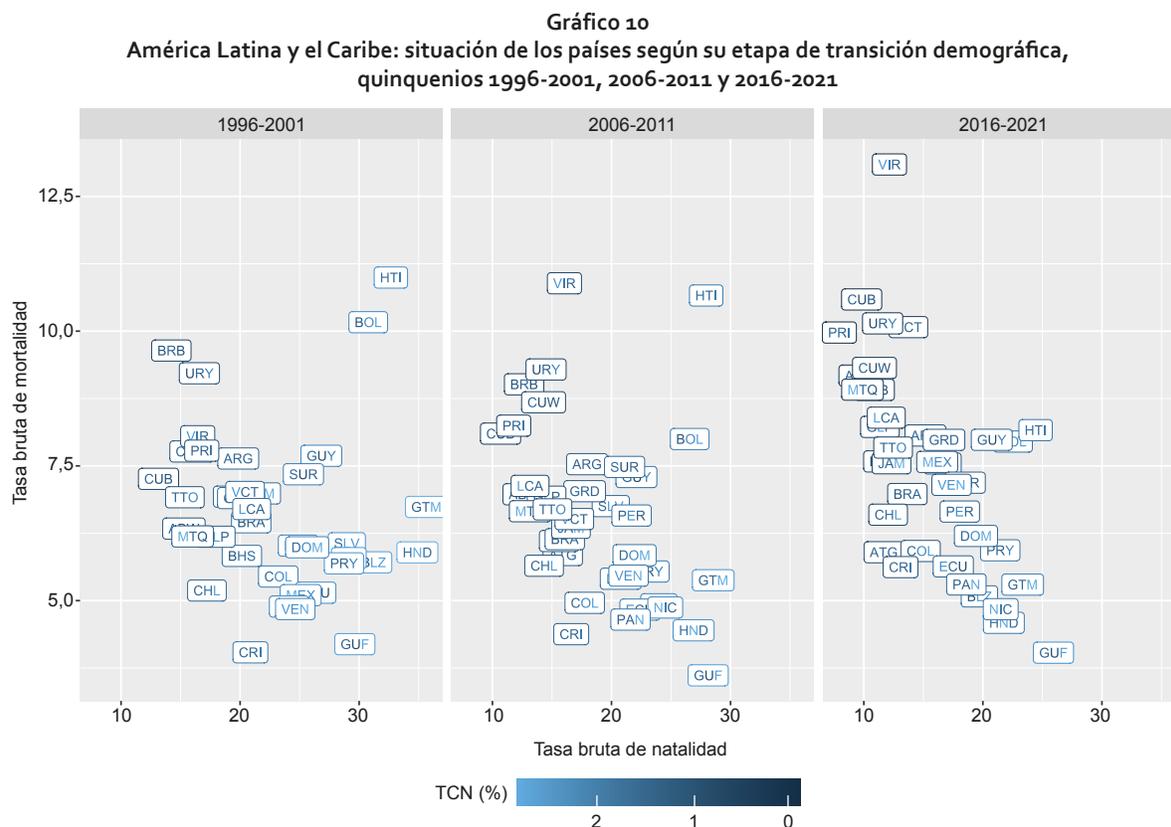
Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

A partir de la teoría de la transición demográfica, se han desarrollado diversos modelos explicativos con el fin de identificar, agrupar y comparar la etapa que atraviesan los diferentes países. Una de estas adaptaciones es la elaborada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a principios de la década de los noventa (CEPAL, 1995; Chackiel, 2000). Esta tipología considera las tasas brutas de natalidad y mortalidad. Para la ubicación de cada país en una fase de la transición demográfica se usan los siguientes criterios: a) *Transición incipiente*. Países con una tasa de natalidad alta (mayor a 32 por mil) y mortalidad alta también (mayor a 11 por mil). Registran un crecimiento natural moderado, cercano al 2,5%. b) *Transición moderada*. Son países con una tasa de natalidad alta y mortalidad moderada (7-11 por mil). Su crecimiento natural es elevado, cercano al 3%. c) *Plena transición*. Los países registran una tasa de natalidad moderada (24-32 por mil) y tasa de mortalidad moderada y baja (4-7 por mil). Registran un crecimiento natural moderado de 2% aproximadamente. d) *Transición avanzada*. Los países presentan una tasa de natalidad baja (inferior a 24 por mil) y tasa de mortalidad moderada y baja, que se traduce en un crecimiento natural bajo, de apenas el 1% (CEPAL, 1995). Es importante señalar, que, como toda tipología, cada grupo presenta un grado de heterogeneidad que se manifiesta en la intensidad de cambio de sus variables demográficas. Si bien, estas medidas no expresan fielmente los niveles de fecundidad y mortalidad, permiten determinar el crecimiento de una población y la influencia de la estructura por edades.

En el gráfico 10 se presentan los países agrupados según las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural registradas en los períodos 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021. Dentro de esta distribución, se ubican los cambios que han experimentado los países en su proceso de transición demográfica. Algunos cambios que resaltan corresponden a países como Haití y Bolivia (Estado Plurinacional de). En un primer análisis, las tasas de natalidad y de mortalidad eran elevadas en estos países; mientras que, su tasa de crecimiento era cercana al 2%; Haití se encontraba en una fase de transición incipiente, mientras que Bolivia en una fase de transición moderada. Luego, para el quinquenio 2006-2011, Haití presenta un leve descenso en sus tasas; sin embargo, Bolivia ya presentaba cambios importantes, pasando de registrar una tasa bruta de natalidad de 30,7 a 26,5 por cada mil personas, en el segundo período de observación; en tanto, su tasa de mortalidad pasó de 10,1 a 8,0 por mil habitantes. Ya en el quinquenio de 2016-2021, Haití se ubica en una fase de *plena transición*; mientras que Estado Plurinacional de Bolivia, en una fase de transición avanzada. Al comparar ambos países, el pasaje de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad en Bolivia fue más acelerado.

Otros cambios observados, salvo Guatemala y Guayana Francesa, además de Haití —que en el último sexenio de observación siguen presentando una tasa de natalidad y mortalidad moderadas a baja, que los ubican una fase de plena transición—, reflejan que la mayoría de los países de la región ya se ubicaban en una etapa avanzada de la transición demográfica. Tales países registran una tasa de natalidad inferior a 24 nacimientos por mil y una tasa de mortalidad inferior a 11 defunciones por mil, cifras que se traducen en tasas de crecimiento que oscilan entre 0,2% y 2,1%.

En el grupo de países en plena transición se distinguen dos subgrupos. Por un lado, los países que han tenido una baja fecundidad y mortalidad desde hace varios quinquenios: Uruguay, Argentina, Cuba, Brasil, Chile, Costa Rica, Curaçao, Granada, Martinica, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago, y que en el gráfico 10 y cuadro 6, no muestran cambios significativos en el tiempo (Chackiel, 2004: pág. 14). Por otro lado, se observa un grupo de países que, en años recientes, ha registrado una cantidad de descensos importantes tanto en su fecundidad como en mortalidad, sobre todo en la primera variable: Belice, El Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, El Perú, República Dominicana, Suriname y la República Bolivariana de Venezuela.



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^a Tasa Bruta de Natalidad (TBN): Número de nacimientos por cada 1000 personas. Fórmula: (Número de Nacimientos/Población Media) * 1000.

^b Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): Número de defunciones por cada 1000 personas. Fórmula: (Número de Defunciones/Población Media) * 1000.

^c Tasa de Crecimiento Natural (TCN): La Tasa de Crecimiento Natural expresada en porcentaje es el resultado neto de la diferencia entre la Tasa Bruta de Natalidad y la Tasa Bruta de Mortalidad en una población multiplicada por 100. Fórmula: (Tasa Bruta de Natalidad (TBN) - Tasa Bruta de Mortalidad (TBM)) * 100.

Cuadro 6
América Latina y el Caribe: situación de los países según su etapa de transición demográfica, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021

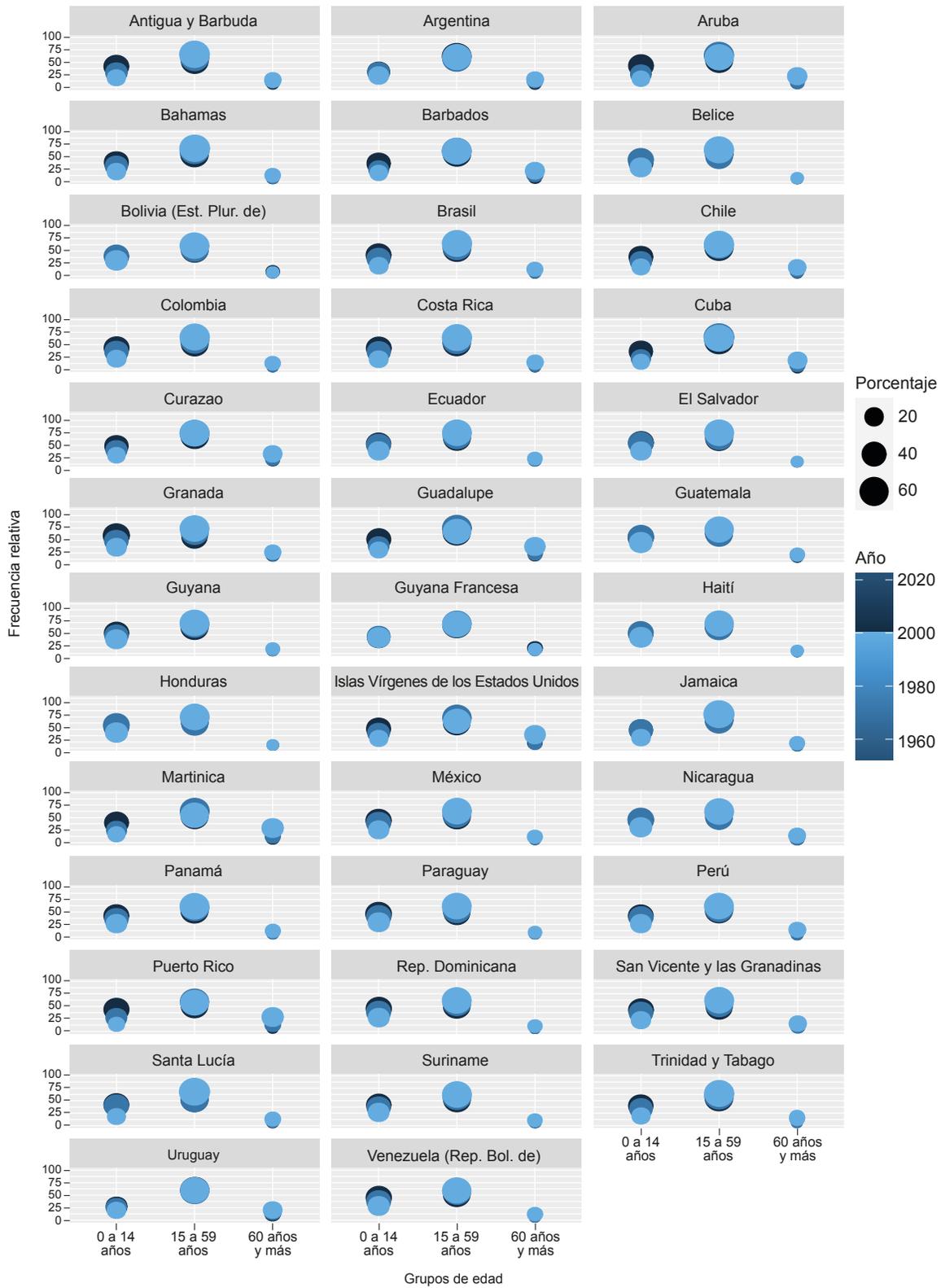
País	1996-2001			2006-2011			2016-2021		
	TBN	TBM	TCN	TBN	TBM	TCN	TBN	TBM	TCN
Antigua y Barbuda	19,41	6,93	1,25	15,91	5,85	1,01	11,67	5,90	0,58
Argentina	19,84	7,64	1,22	17,95	7,53	1,04	15,17	8,06	0,71
Aruba	15,28	6,34	0,89	12,66	6,97	0,57	9,69	9,18	0,05
Bahamas	20,15	5,83	1,43	15,60	6,11	0,95	11,64	7,58	0,41
Barbados	14,22	9,64	0,46	12,66	9,01	0,36	10,91	8,91	0,20
Belice	31,21	5,71	2,55	23,98	4,93	1,90	19,71	5,08	1,46
Bolivia (Estado Plurinacional de)	30,76	10,17	2,06	26,57	8,00	1,86	22,53	7,95	1,46
Brasil	20,93	6,45	1,45	16,07	6,14	0,99	13,66	6,98	0,67
Chile	17,21	5,19	1,20	14,34	5,65	0,87	12,04	6,59	0,54

País	1996-2001			2006-2011			2016-2021		
	TBN	TBM	TCN	TBN	TBM	TCN	TBN	TBM	TCN
Colombia	23,20	5,45	1,78	17,75	4,96	1,28	14,77	5,92	0,88
Costa Rica	20,87	4,04	1,68	16,62	4,38	1,22	13,08	5,62	0,75
Cuba	13,15	7,26	0,59	10,68	8,10	0,26	9,82	10,59	-0,08
Curaçao	15,94	7,77	0,82	14,30	8,68	0,56	10,89	9,32	0,16
Ecuador	26,36	5,15	2,12	22,39	4,83	1,76	17,51	5,63	1,19
El Salvador	28,96	6,06	2,29	19,94	6,75	1,32	16,62	7,55	0,91
Granada	19,85	6,90	1,30	17,74	7,03	1,07	16,73	7,98	0,88
Guadalupe	17,95	6,19	1,18	14,55	6,93	0,76	11,35	8,22	0,31
Guatemala	35,64	6,74	2,89	28,55	5,38	2,32	23,34	5,30	1,80
Guyana	26,82	7,69	1,91	22,09	7,29	1,48	20,74	7,98	1,28
Guyana Francesa	29,64	4,19	2,54	28,12	3,61	2,45	25,93	4,03	2,19
Haití	32,66	10,99	2,17	27,95	10,66	1,73	24,43	8,16	1,63
Honduras	34,89	5,89	2,90	26,90	4,45	2,25	21,76	4,59	1,72
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	16,44	8,05	0,84	16,05	10,89	0,52	12,15	13,09	-0,09
Jamaica	21,77	6,99	1,48	16,60	6,35	1,02	12,33	7,55	0,48
Martinica	16,02	6,19	0,98	13,17	6,66	0,65	9,89	8,91	0,10
México	25,09	5,10	2,00	20,78	5,41	1,54	16,16	7,57	0,86
Nicaragua	29,13	5,79	2,33	24,52	4,87	1,96	21,49	4,84	1,67
Panamá	24,11	4,89	1,92	21,60	4,65	1,69	18,61	5,30	1,33
Paraguay	28,73	5,69	2,30	23,18	5,54	1,76	21,46	5,93	1,55
Perú	24,87	6,02	1,88	21,69	6,58	1,51	18,06	6,65	1,14
Puerto Rico	16,78	7,78	0,90	11,79	8,25	0,35	7,94	9,97	-0,20
República Dominicana	25,63	5,99	1,96	21,94	5,84	1,61	19,42	6,20	1,32
San Vicente y las Granadinas	20,42	7,02	1,34	16,88	6,51	1,04	13,74	10,07	0,37
Santa Lucía	20,97	6,70	1,43	13,16	7,13	0,60	11,89	8,39	0,35
Suriname	25,32	7,34	1,80	21,10	7,48	1,36	18,51	7,19	1,13
Trinidad y Tabago	15,36	6,92	0,84	15,04	6,69	0,84	12,46	7,84	0,46
Uruguay	16,58	9,22	0,74	14,50	9,29	0,52	11,58	10,14	0,14
Venezuela (República Bolivariana de)	24,63	4,84	1,98	21,43	5,46	1,60	17,37	7,15	1,02

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Con respecto a la estructura por edad, se puede apreciar en el gráfico 11 y en el cuadro 7, la heterogeneidad que existe en la región. La distribución relativa de la población por edades, al ser consecuencia de los niveles y tendencias de la fecundidad y la mortalidad, muestran etapas diferentes de la transición demográfica por la que atraviesan los países. En ese sentido, el gráfico muestra la disminución generalizada del porcentaje de menores de 15 años y el aumento de los grupos intermedios (15 a 59 años) y avanzados (60 años y más). Desde la década de 1950, algunos ejemplos que sobresalen son Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Granada, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y La república Bolivariana de Venezuela, países que pasaron de tener entre 30 y 40 por ciento de población menor de 15 años en 1950, a menos de 22% en el año 2020. El paulatino envejecimiento poblacional en la región se aprecia de manera marcada, también, en algunos países, como es el caso de Curaçao y Guadalupe, donde una cuarta parte de su población, en el año 2020, pertenecía al grupo de 60 años y más; mientras que, en el caso de Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico es una tercera parte. Cabe mencionar que, en estos territorios, la población menor a 15 años no sobrepasa el 20 por ciento.

Gráfico 11
América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, 1950, 1990 y 2020



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe sobre la base de CELADE-División de Población de la CEPAL. Revisión 2022 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2022). World Population Prospects 2022, edición Online.

Cuadro 7
América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población
por grupos de edad, por decenios, 1950, 1990, 2020
(En porcentajes)

	1950			1990			2020		
	0 a 14 años	15 a 59 años	60 años y más	0 a 14 años	15 a 59 años	60 años y más	0 a 14 años	15 a 59 años	60 años y más
América Latina	40,50	53,90	5,60	36,40	56,40	7,20	23,90	63,20	12,90
América Latina y el Caribe	40,48	53,93	5,59	36,28	56,47	7,25	23,89	63,13	12,98
Antigua y Barbuda	42,06	51,55	6,38	30,79	58,38	10,83	21,85	64,06	14,09
Argentina	31,20	61,80	7,00	30,80	56,40	12,80	24,40	60,00	15,50
Aruba	43,02	54,03	2,96	24,55	64,89	10,56	17,38	60,80	21,82
Bahamas	39,25	54,11	6,64	32,44	61,09	6,47	21,60	66,18	12,22
Barbados	33,18	58,29	8,53	24,03	62,33	13,65	16,76	60,09	23,15
Belice	38,57	55,46	5,98	43,46	50,48	6,06	29,20	63,16	7,64
Bolivia (Estado Plurinacional de)	39,40	51,60	9,00	39,70	53,20	7,00	30,20	59,40	10,40
Brasil	41,60	53,60	4,90	35,20	58,20	6,70	20,70	65,20	14,00
Chile	38,05	56,54	5,41	30,12	60,69	9,19	19,24	63,38	17,38
Colombia	43,54	51,41	5,05	36,04	57,63	6,33	22,18	64,66	13,16
Costa Rica	43,34	51,82	4,84	35,62	57,47	6,91	20,83	64,12	15,05
Cuba	36,35	56,69	6,96	23,26	64,49	12,25	15,92	62,83	21,25
Curaçao	36,45	55,48	8,08	27,24	62,01	10,75	18,18	57,31	24,51
Ecuador	39,77	52,12	8,11	38,26	55,49	6,24	27,39	61,61	11
El Caribe	40,00	53,6	6,4	31,1	58,3	10,5	21	60,8	18,2
El Salvador	42,71	51,22	6,07	40	53,47	6,54	26,59	61,35	12,06
Granada	47,66	44,63	7,71	38,9	49,86	11,24	23,78	61,35	14,87
Guadalupe	39,52	53,81	6,67	24,7	63,58	11,72	18,42	55,47	26,11
Guatemala	42,69	53,04	4,27	45,85	48,76	5,39	33,34	59,43	7,23
Guyana	39,89	53,89	6,22	36,15	58,1	5,75	27,73	61,42	10,84
Guyana Francesa	30,69	60,53	8,79	34,89	59,39	5,72	31,83	59,3	8,86
Haití	39,62	54,81	5,58	43,23	50,64	6,13	32,47	59,78	7,74
Honduras	42,23	51,56	6,21	45,87	49,1	5,03	30,59	62,04	7,37
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	39,1	49,96	10,93	28,78	61,58	9,64	19,26	53,11	27,64
Jamaica	36,03	58,16	5,81	34,84	55,28	9,88	23,36	63,37	13,27
Martinica	37,39	54,95	7,66	24,48	62,04	13,47	15,66	55,1	29,24
México	42,8	51,83	5,37	39,21	54,43	6,37	25,84	62,93	11,24
Nicaragua	43,01	52,36	4,63	45,84	49,23	4,94	29,5	61,81	8,69
Panamá	42,29	52,1	5,61	35,88	57,21	6,91	26,49	61,26	12,24
Paraguay	47,01	48,48	4,51	41,42	52,44	6,13	28,89	61,21	9,9
Perú	41,51	52,83	5,67	39,01	54,9	6,09	24,69	62,8	12,51
Puerto Rico	43,21	50,68	6,11	27,11	59,5	13,39	15,75	56,56	27,69
República Dominicana	45,37	50,21	4,42	38,47	55,64	5,89	27,44	61,45	11,11
San Vicente y las Granadinas	49,35	44,61	6,04	37,96	53,49	8,55	21,9	63,42	14,68
Santa Lucía	39,15	55,07	5,78	36,58	53,48	9,94	17,95	67,17	14,88
Suriname	40,00	51,63	8,37	34,27	58,4	7,33	26,67	62,52	10,82
Trinidad y Tabago	39,95	54,18	5,88	33,6	58,15	8,25	20,06	63,01	16,93
Uruguay	27,88	60,33	11,79	26,01	57,48	16,52	20,34	59,43	20,24
Venezuela (República Bolivariana de)	45,51	50,70	3,79	37,89	56,31	5,81	27,26	60,62	12,11

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

C. Razón de dependencia e índice de masculinidad

La razón o relación de dependencia es un indicador que permite medir la población en edades "teóricamente" inactivas laboralmente con relación a la población en edades "teóricamente" activas; es decir, personas en edades en las que "dependen" de otros (generalmente personas menores de 15 y mayores de 64 años) a personas en edades "económicamente productivas" (entre 15 y 64 años) en una población. En ese sentido, los datos del cuadro 8 indican que, entre 1950 y 1980, en la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, se registraron valores más equilibrados entre personas en edad de trabajar e inactivas. Algunos ejemplos son San Vicente y las Granadinas, Suriname y Granada, países donde, por cada 100 personas en edad de trabajar, había entre 100 y 120 personas en edades inactivas. Cabe mencionar que, en este período, un factor que influye es el porcentaje de la población entre 0 y 14 años que era, aproximadamente, del 40%. A partir de 1990, el número de personas inactivas comienza a disminuir, de manera heterogénea, entre los países de la región; en tanto, variables como fecundidad y migración comienzan a tener un efecto en la proporción de personas activas. No obstante, en otros países, como Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico, el aumento considerable de población de 65 años y más influyó en el número de personas económicamente dependientes.

Los cambios que han vivido los países de la región en su estructura por edad, específicamente la reducción de los grupos de edades tempranas, se ven reflejados en las cifras de la década más reciente, donde por cada 100 personas en edad de trabajar, hay menos de 60 personas en edades inactivas.

Cuadro 8
América Latina y el Caribe: relación de dependencia^a, por decenios, 1950-2050

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
América Latina y el Caribe	78,54	85,43	86,25	78,12	69,79	60,90	52,78	48,95
América Latina	78,51	85,25	86,13	78,25	69,96	60,98	52,81	48,90
El Caribe	79,36	90,65	90,14	73,61	63,28	57,58	51,52	51,31
Antigua y Barbuda	86,13	89,47	94,51	76,85	63,26	54,49	46,41	45,31
Argentina	54,67	57,68	57,19	62,69	65,86	61,79	56,82	55,77
Aruba	81,22	86,32	70,42	50,07	47,50	44,42	45,27	47,03
Bahamas	77,63	85,80	83,65	69,74	57,99	53,12	49,25	41,54
Barbados	63,57	81,54	83,12	67,66	52,23	51,24	49,24	50,29
Belice	73,01	97,73	105,80	104,26	90,80	80,67	65,81	51,99
Bolivia (Estado Plurinacional de)	83,62	84,37	81,85	81,62	79,83	75,39	68,37	60,49
Brasil	80,29	86,28	83,98	72,47	65,07	54,29	46,29	43,48
Chile	70,88	76,06	73,74	62,32	56,37	53,80	45,87	45,95
Colombia	87,82	98,47	97,06	77,19	67,23	60,71	51,18	45,44
Costa Rica	86,23	93,49	90,47	68,87	67,23	58,08	46,22	45,10
Cuba	68,78	65,87	75,01	65,34	47,60	45,85	43,43	46,66
Curaçao	73,33	85,50	81,58	58,87	53,27	54,31	50,95	55,87
Ecuador	82,04	92,68	94,38	85,59	73,89	66,27	58,81	53,81
El Salvador	87,55	93,44	95,46	89,92	79,65	72,76	63,17	54,42
Granada	112,15	117,55	120,03	89,16	88,19	72,20	50,97	50,53
Guadalupe	77,96	93,02	91,86	70,86	49,69	53,29	56,88	60,70
Guatemala	82,61	94,41	94,63	96,82	96,89	91,26	77,48	62,30
Guyana	78,43	99,84	102,36	85,67	66,91	65,93	58,31	53,21
Guyana Francesa	56,74	79,14	77,66	64,18	62,65	65,46	64,47	59,74
Haití	76,38	76,99	82,36	81,74	89,69	79,74	68,77	60,38
Honduras	85,99	98,14	103,65	102,83	97,02	86,93	71,12	55,19
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	87,33	86,55	66,35	68,43	53,86	52,76	52,02	65,98

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Jamaica	66,36	84,48	107,38	86,83	72,73	66,56	54,45	48,01
Martinica	74,26	88,03	87,30	62,52	51,75	54,13	53,05	59,63
México	86,13	96,51	100,72	94,91	77,01	64,87	55,40	50,27
Nicaragua	84,52	99,31	102,90	98,93	96,21	76,83	60,89	54,27
Panamá	84,69	90,44	91,84	81,96	68,44	60,01	55,98	53,93
Paraguay	99,62	104,79	98,57	86,24	83,41	74,92	61,70	55,53
Perú	81,68	89,34	92,34	85,08	75,50	64,75	57,01	50,19
Puerto Rico	88,99	91,95	75,90	65,50	58,71	53,65	50,92	57,68
República Dominicana	92,74	103,13	101,67	84,28	73,01	65,89	57,39	53,77
San Vicente y las Granadinas	113,75	115,83	119,98	98,03	79,01	62,10	51,66	46,65
Santa Lucía	75,36	95,40	120,52	95,58	78,45	65,98	46,47	39,37
Suriname	85,34	105,66	108,20	79,31	63,98	61,81	55,22	51,06
Trinidad y Tabago	78,40	86,23	83,88	65,04	64,78	47,20	40,88	46,15
Uruguay	56,52	56,30	58,24	59,86	60,37	60,34	56,75	54,85
Venezuela (República Bolivariana de)	91,60	93,59	92,75	79,90	71,45	62,50	54,98	54,41

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^a Es el cociente entre la suma de los grupos de población (población 0-14 años + población de 65 y más años), en el numerador, dividido por la población de 15-64 años, en el denominador, multiplicado por 100.

Por su parte, el índice de masculinidad o razón de sexos es una medida que indica el número de hombres por cada 100 mujeres. Debido a que el riesgo de mortalidad es mayor entre los hombres, conforme aumenta su edad, el índice tiende a disminuir. El momento donde se ha logrado encontrar mucha estabilidad en el índice de masculinidad es en los nacimientos. La experiencia indica que, por cada 100 nacimientos de niñas, nacen 105 niños. En el cuadro 9 se muestra que la mayoría de los países, en la década de 2020, reportan una razón de entre 90-99 hombres por cada 100 mujeres, relación que ha sido constante en el tiempo. Sin embargo, también se ponen en evidencia las tendencias de países como Belice, el Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, y Suriname, quienes reportan cierta inestabilidad en su distribución en el tiempo. Belice, Ecuador y Guatemala, por ejemplo, a partir de 1970-1980 registran un sobre número de hombres. En el caso de Belice esta tendencia se estabiliza en 2010, pero en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Ecuador, con base en las proyecciones de CEPAL (2019), dicho fenómeno continuará hasta el año 2030. Existen otras situaciones como la de San Vicente y las Granadinas, donde esta relación entre sexos es, relativamente, reciente: década de 2020.

Cuadro 9
América Latina y el Caribe: razón de sexos^a por decenios, 1950-2050

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
América Latina y el Caribe	99,98	99,82	99,61	99,20	98,38	97,62	97,16	96,78
América Latina	100,10	99,96	99,71	99,27	98,42	97,65	97,19	96,81
El Caribe	97,02	95,83	96,34	96,80	96,49	96,11	95,49	95,12
Antigua y Barbuda	87,41	87,72	91,37	92,52	94,09	88,62	91,74	93,31
Argentina	103,92	101,78	99,62	96,78	94,93	94,30	94,77	95,26
Aruba	93,58	96,16	95,71	95,08	97,35	93,25	91,10	90,23
Bahamas	86,65	91,67	98,17	98,62	98,48	94,97	94,03	94,53
Barbados	85,09	81,03	88,59	90,22	92,72	92,48	92,26	93,79
Belice	95,91	97,55	98,67	101,83	101,71	101,40	100,12	98,95
Bolivia (Estado Plurinacional de)	97,29	98,23	99,38	100,39	101,13	101,23	101,27	100,74
Brasil	98,45	99,15	99,32	99,27	98,87	98,16	97,34	96,59
Chile	102,23	100,08	98,18	96,96	96,52	96,84	96,90	97,27

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Colombia	98,69	98,11	98,13	97,96	97,19	96,16	96,08	96,47
Costa Rica	103,91	103,31	102,66	102,05	101,52	100,76	100,36	99,84
Cuba	106,79	104,46	102,06	101,21	100,33	99,42	98,96	98,60
Curaçao	99,70	100,48	96,95	95,21	92,25	88,51	85,01	85,15
Ecuador	98,80	99,97	100,83	101,11	101,11	100,78	100,40	100,05
El Salvador	97,40	96,96	98,81	97,17	95,25	92,94	89,84	88,02
Granada	84,66	86,51	89,74	93,39	97,31	98,93	102,11	101,46
Guadalupe	92,66	96,56	95,55	95,52	95,66	93,74	86,69	85,61
Guatemala	101,99	102,55	102,46	100,98	98,77	96,34	96,53	97,12
Guyana	98,50	100,38	100,78	101,36	97,39	99,32	98,54	101,16
Guyana Francesa	107,74	101,59	107,94	109,35	108,78	106,69	99,92	97,89
Haití	95,30	96,38	96,57	96,48	96,78	97,00	97,34	97,41
Honduras	101,16	100,66	99,41	98,75	98,68	98,93	99,52	99,86
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	96,24	98,32	99,93	93,29	95,42	93,37	91,77	90,48
Jamaica	94,74	92,80	95,55	97,73	97,41	98,95	98,91	98,53
Martinica	91,38	96,12	96,11	94,10	93,32	88,58	85,78	85,17
México	99,40	99,58	99,70	99,58	97,97	96,46	95,81	95,76
Nicaragua	98,90	99,63	100,06	100,30	98,43	97,87	97,09	97,18
Panamá	105,07	104,24	103,50	102,68	102,21	101,58	100,98	100,23
Paraguay	96,89	96,99	99,52	102,03	102,66	103,01	103,52	103,31
Perú	100,87	100,69	100,41	100,00	98,97	99,41	99,45	98,71
Puerto Rico	100,94	97,43	95,78	94,57	93,63	92,56	92,39	90,05
República Dominicana	102,57	102,57	102,11	101,69	101,27	100,43	100,76	99,79
San Vicente y las Granadinas	88,86	88,24	89,71	93,88	98,91	101,52	103,66	102,72
Santa Lucía	97,16	92,76	92,78	95,84	96,55	96,27	96,91	97,01
Suriname	99,08	99,97	99,55	102,05	103,38	102,07	101,49	101,03
Trinidad y Tabago	100,71	100,73	98,59	98,81	99,35	99,11	98,12	97,52
Uruguay	102,36	100,15	98,82	96,28	94,19	93,79	93,02	93,48
Venezuela (República Bolivariana de)	103,80	103,79	103,01	102,15	101,48	100,72	99,58	96,77

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^a Relación o razón de sexos = población masculina dividida por la población femenina, multiplicado por 100.

D. Indicadores del proceso de envejecimiento

La información permite observar las diferentes fases de transición demográfica de los países de la región. La disminución de la mortalidad y, con ello, el aumento sustancial en la esperanza de vida, los cambios en la fecundidad (altas tasas en 1930 y después una tendencia a la baja en 1970) y en la nupcialidad; han derivado en tasas de natalidad a la baja y un aumento gradual de la población de los grupos intermedios y avanzados, este hecho se aprecia en el acrecentamiento del número de personas mayores de 65 años con relación a los menores de 15 años en las últimas décadas.

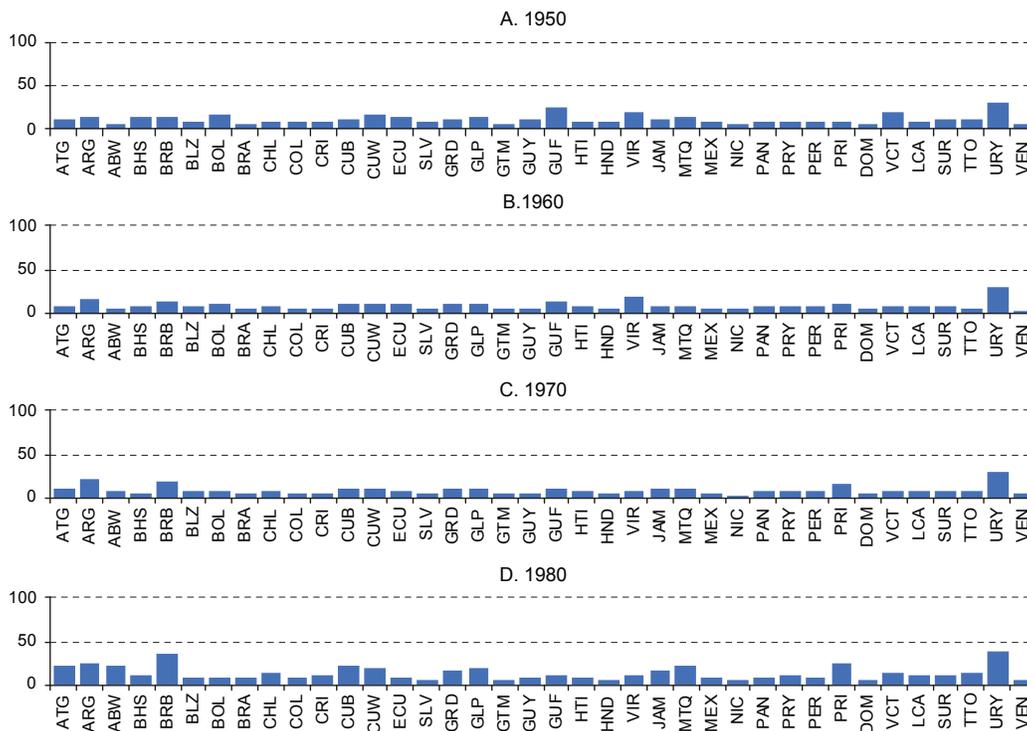
La dinámica poblacional propia de cada país exhibe la heterogeneidad que existe en la región en cuanto a la etapa de transición demográfica. A pesar de que países como Argentina, Uruguay e Islas Vírgenes de los Estados Unidos, ya desde mediados del siglo pasado atravesaban una fase de transición avanzada, el índice de envejecimiento expresaba una relación donde la cantidad de personas adultas mayores, en comparación con la cantidad de niños y jóvenes, era todavía reducido, menos de 30 personas de 65 años y más por 100 personas menores de 15 años. A pesar de que Uruguay es el país que, en las décadas de 1950 a 1990, presentaba un índice de envejecimiento superior en comparación al de los demás países de la región de análisis, la velocidad de los cambios en las variables demográficas que experimentaron

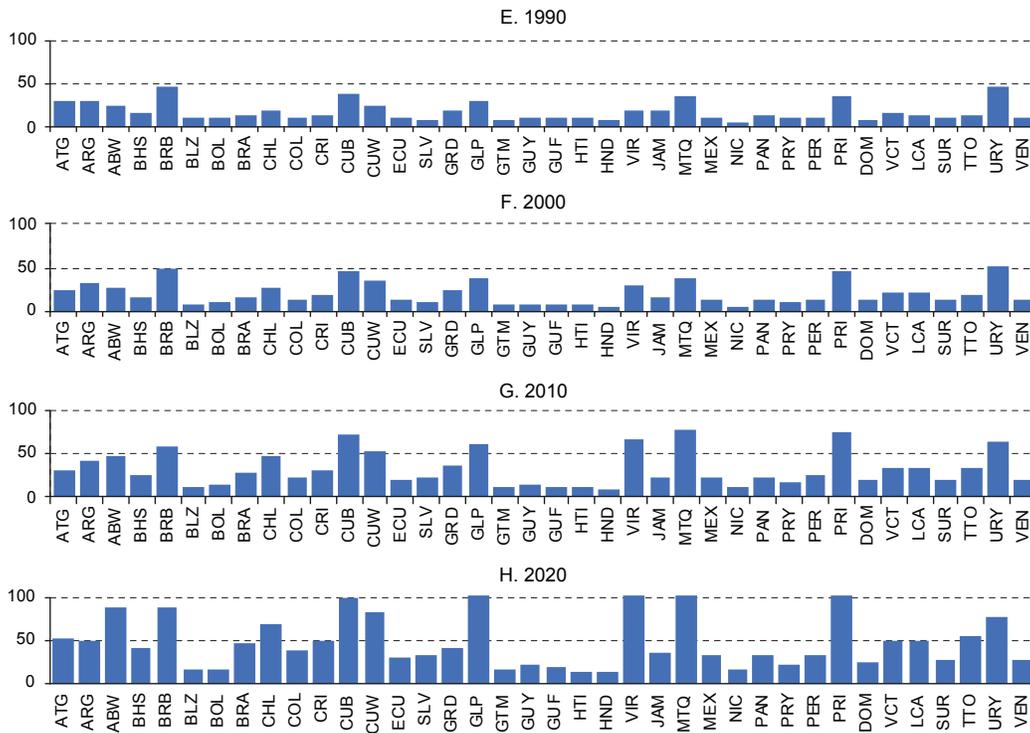
países como Martinica y Puerto Rico, derivaron en un veloz envejecimiento poblacional. Estas tendencias se ponen de manifiesto a inicios del siglo XXI. En 2020, estos dos países reportaron 139 y 132 personas de 65 y más años por 100 menores de 15 años. Uruguay, Trinidad y Tabago, Santa Lucía, Cuba, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guadalupe, Chile y Barbados son otros países que también registran cambios importantes en su estructura poblacional.

El grado de envejecimiento de una población también se manifiesta en la estructura por edades. La edad mediana es una medida de posición y se expresa como la edad que divide a la población en dos grupos de igual número de personas. En los gráficos 12 y 13 se muestra la influencia que tiene la disminución de los grupos inicial e intermedio, así como el incremento de la población de 60 años y más, en la estructura de la población. En la década de 1950, la edad mediana promedio en la región de ALC era de 19,8 años; en tanto, Uruguay, Guayana Francesa, Barbados y Argentina reportaban los índices de envejecimiento más altos, entre 28 y 42 personas de 60 años y más por 100 personas menores de 15 años. La edad mediana que presentaban estos países era de 27,9 años, 26,6 años, 24,6 años y 25,4 años, respectivamente; en cambio, estas mismas edades no fueron alcanzadas por países como México, Perú y Colombia, sino hasta la segunda década del presente siglo.

Para la década de 1990, la edad mediana registrada ponía en evidencia tanto la velocidad a la que, algunos países de la región habían bajado sus tasas de mortalidad y natalidad, como la influencia del fenómeno migratorio. Aruba, Uruguay, Curaçao, Puerto Rico, Barbados, Martinica e Islas Vírgenes de los Estados Unidos reportaban una edad mediana que oscilaba entre 31,2 y 28,2 años. Para el año 2020, el incremento del número de personas de 60 años y más deriva en una edad mediana promedio de 31 años. Martinica, Puerto Rico, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Cuba, Curaçao, Aruba y Barbados en este período alcanzan una edad media entre 40 y 47 años, siendo Martinica el país con el valor más alto: 47,03 años y un índice de envejecimiento de 187 personas de 60 años y más por 100 menores de 15 años.

Gráfico 12
América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento³ por decenios, 1950-2020
(Por cada 100 menores de 15 años)

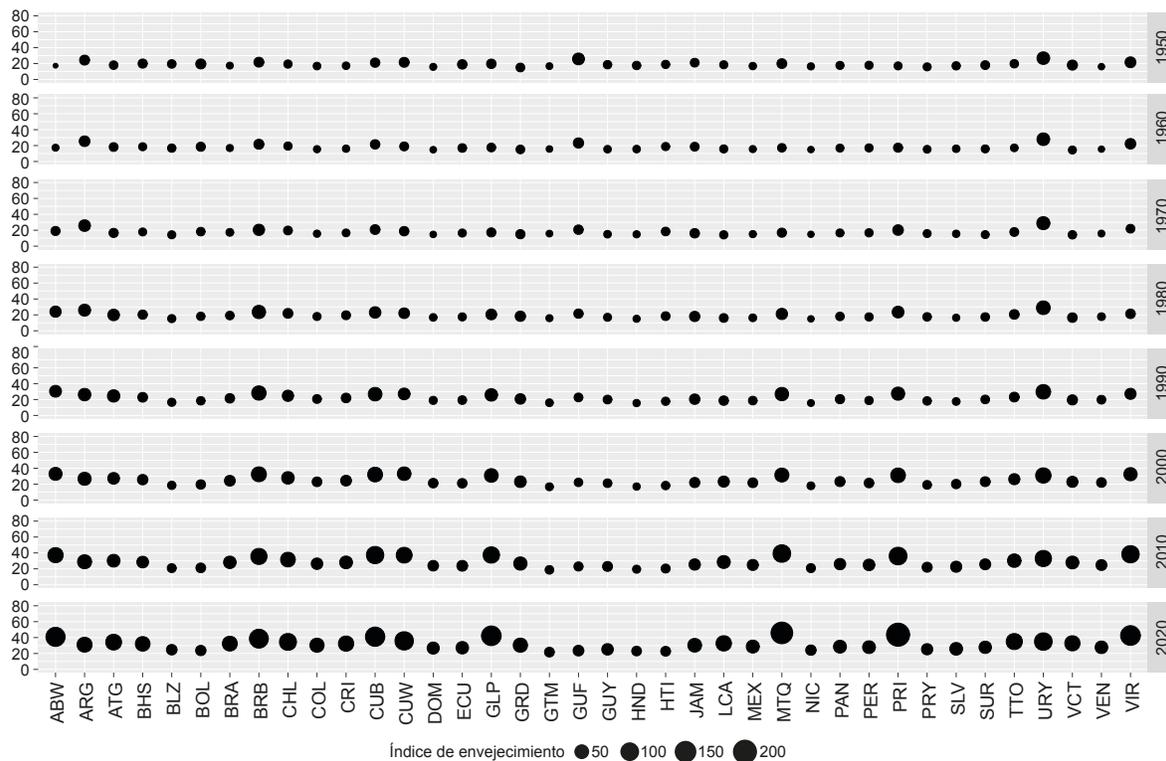




Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^a Índice de envejecimiento = (población de 65 y más dividida por la población de 0-14, multiplicada por 100). Número de personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años.

Gráfico 13
América Latina y el Caribe: edad mediana por índice de envejecimiento por decenios, 1950-2020



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Cuadro 10
América Latina y el Caribe: edad mediana por decenios, 1950-2020

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Antigua y Barbuda	19,19	18,52	17,4	20,98	25,23	28,08	31,08	33,98	36,86	39,68	41,28
Argentina	25,35	26,56	27,14	27,17	27,04	27,65	29,61	31,53	33,83	35,98	38,17
Aruba	18,48	18,11	20,82	26,03	31,22	34,36	38,43	41,03	40,70	42,03	43,25
Bahamas	20,72	19,27	19,08	20,20	23,57	27,02	29,4	32,25	35,44	38,67	41,3
Barbados	24,56	22,37	21,19	24,35	28,37	33,66	37,27	40,49	43,15	45,27	47,26
Belize	20,79	17,79	16,33	16,38	17,92	19,20	21,94	25,48	29,24	32,92	36,23
Bolivia (Estado Plurinacional de)	20,58	19,34	19,34	19,5	19,99	21,12	22,91	25,56	28,52	31,46	34,29
Brasil	19,21	18,59	18,65	20,34	22,58	25,27	29,15	33,48	37,63	41,62	45,06
Chile	20,56	20,55	20,59	22,88	25,67	28,67	32,19	35,34	39,82	43,5	46,08
Colombia	18,07	16,66	16,72	19,11	21,89	24,13	27,53	31,31	35,79	40,14	43,92
Costa Rica	18,33	17,43	17,82	20,54	22,99	25,3	29,13	33,46	38,12	42,43	45,79
Cuba	22,35	22,90	22,25	24,14	27,68	32,81	38,39	42,21	44,69	48,11	50,25
Curaçao	22,57	19,91	19,67	23,26	28,56	35,47	39,56	41,56	42,38	43,64	45,33
Ecuador	20,44	18,42	17,65	18,68	20,47	22,62	25,04	27,93	31,06	34,11	37,01
El Salvador	18,50	17,56	17,06	17,89	19,64	21,97	24,20	27,55	31,66	35,65	39,31
Granada	16,33	15,58	15,36	18,84	20,42	23,87	29,21	31,98	35,32	37,80	39,63
Guadalupe	20,88	19,21	18,08	21,39	27,84	32,22	38,64	43,70	43,82	42,55	44,56
Guatemala	18,37	17,16	16,92	16,80	16,88	17,74	19,68	22,88	26,30	29,63	33,02
Guyana	20,37	16,87	16,27	18,24	21,11	22,73	24,49	26,69	30,21	33,07	35,65
Guyana Francesa	26,60	24,79	21,66	23,14	24,05	23,89	24,56	25,08	27,28	29,21	31,10
Haití	20,19	19,83	19,14	19,29	18,51	19,14	21,48	24,01	26,81	29,71	32,66
Honduras	18,84	16,97	16,08	16,19	16,88	18,21	20,72	24,34	28,38	32,36	36,00
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	21,98	21,11	23,23	22,22	28,25	33,65	39,22	42,58	43,62	44,30	45,92
Jamaica	22,19	19,77	17,17	19,48	22,22	24,92	27,51	30,73	34,68	38,67	41,53
Martinica	21,95	19,23	19,10	23,46	28,34	34,09	40,47	47,03	48,72	47,5	48,68
México	18,57	17,18	16,68	17,41	19,67	22,93	26,18	29,17	32,61	36,07	39,31
Nicaragua	18,25	16,37	15,79	16,36	16,89	19,32	22,88	26,46	29,98	33,46	37,06
Panamá	18,83	18,02	17,83	19,12	21,65	24,47	27,18	29,68	32,31	34,93	37,56
Paraguay	16,48	16,01	16,71	18,39	19,30	20,31	23,12	26,31	29,52	32,44	35,28
Perú	19,17	18,24	17,61	18,49	20,07	22,69	25,47	30,98	34,23	36,81	39,35
Puerto Rico	18,4	18,48	21,70	24,67	28,55	32,34	34,70	44,47	46,5	48,72	50,84
República Dominicana	17,10	15,96	16,01	18,09	20,29	22,54	24,98	28,00	31,27	34,41	37,51
San Vicente y las Granadinas	15,36	15,21	15,14	17,45	20,38	24,16	29,20	32,89	35,63	39,09	41,98
Santa Lucía	20,68	17,67	14,95	17,46	21,42	24,25	30,27	34,5	39,00	44,18	48,43
Suriname	20,14	16,68	15,92	18,88	22,63	24,81	26,69	28,99	31,49	33,93	36,32
Trinidad y Tabago	20,88	18,66	18,80	21,65	24,08	27,75	31,94	36,18	40,56	42,96	44,24
Uruguay	27,85	28,89	29,65	30,15	30,74	31,58	33,89	35,76	37,94	40,49	42,53
Venezuela (República Bolivariana de)	17,20	16,96	17,14	18,88	20,91	23,18	25,84	29,59	32,06	34,89	37,97

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Otro indicador que permite analizar el proceso de envejecimiento de una población es la *relación de apoyo potencial*. Este índice es una alternativa numérica para expresar la relación económica entre las personas potencialmente activas y las personas potencialmente dependientes. Es el cociente entre la población de 15 a 59 años y la población de 60 años y más. Como se observa en el cuadro 11, en 1950, los países que tenían una mayor proporción de personas potencial y económicamente activas eran Aruba, Brasil, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela. El descenso

en la proporción de población en edad de trabajar, en la mayoría de los países, es preocupante, dada la influencia que esta población ejerce sobre los sistemas de protección social. Si bien, en la mayoría de los países, la disminución fue gradual, en la segunda década de 2020, las relaciones de apoyo potencial registraron números inferiores a nueve. Los valores extremos los reportan Honduras y Martinica, donde el primero registró 8,5 personas en edad de trabajar por 1 persona de 60 años y más; mientras que, el segundo reportó 1,8 personas en edad de trabajar por 1 persona de 60 años y más.

Cuadro 11
América Latina y el Caribe: relación de apoyo^a potencial, por decenios, 1950-2020

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
América Latina y el Caribe	9,65	9,01	8,44	8,29	7,79	7,21	6,25	4,86
Antigua y Barbuda	8,08	7,62	6,97	6,31	5,39	6,96	6,05	4,55
Argentina	8,86	6,85	5,62	4,86	4,39	4,39	4,20	3,86
Aruba	18,27	12,28	7,93	6,46	6,15	5,69	4,11	2,79
Bahamas	8,14	9,11	9,62	9,38	9,44	7,65	7,12	5,42
Barbados	6,83	5,14	4,16	3,94	4,57	4,01	3,44	2,60
Belice	9,28	7,51	7,08	7,37	8,33	9,66	9,81	8,27
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5,76	7,68	8,56	8,51	7,55	7,24	6,46	5,73
Brasil	11,01	9,94	9,59	9,52	8,74	7,83	6,40	4,64
Chile	10,44	9,28	8,55	8,07	6,60	5,74	4,86	3,65
Colombia	10,17	10,54	10,30	10,12	9,11	7,85	6,50	4,91
Costa Rica	10,71	10,40	9,71	9,59	8,31	7,42	6,01	4,26
Cuba	8,15	7,96	5,94	5,23	5,26	4,71	3,74	2,96
Curaçao	6,87	7,23	6,62	6,85	5,77	4,19	3,26	2,34
Ecuador	6,43	7,08	7,85	8,62	8,89	8,15	7,06	5,60
El Salvador	8,44	9,50	9,79	9,39	8,18	6,74	5,89	5,09
Granada	5,79	5,61	5,27	5,15	4,43	4,74	4,72	4,13
Guadalupe	8,07	6,69	6,83	5,54	5,43	4,58	3,05	2,12
Guatemala	12,42	11,45	11,14	10,44	9,05	8,70	8,99	8,22
Guyana	8,67	8,90	8,94	9,50	10,10	9,37	8,34	5,66
Guyana Francesa	6,89	5,30	7,12	8,48	10,38	9,57	8,92	6,69
Haití	9,83	10,07	8,61	8,24	8,26	8,45	8,76	7,72
Honduras	8,30	9,29	9,50	9,93	9,76	9,79	9,84	8,42
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	4,57	5,12	9,29	7,58	6,39	4,63	2,88	1,92
Jamaica	10,01	7,77	5,31	5,43	5,59	5,57	5,40	4,78
Martinica	7,17	7,36	6,40	5,14	4,61	3,73	2,90	1,88
México	9,65	9,03	8,51	8,76	8,55	7,97	6,97	5,60
Nicaragua	11,31	11,96	11,81	11,31	9,97	9,85	9,60	7,12
Panamá	9,28	9,04	8,73	8,55	8,28	7,50	6,31	5,01
Paraguay	10,74	9,37	8,95	8,81	8,55	8,54	7,65	6,18
Perú	9,32	9,02	9,04	9,38	9,01	8,10	6,85	5,02
Puerto Rico	8,29	6,31	5,49	5,00	4,44	3,89	3,34	2,04
República Dominicana	11,36	11,56	11,44	10,96	9,44	8,03	7,16	5,53
San Vicente y las Granadinas	7,39	7,15	5,57	5,84	6,26	6,16	5,56	4,32
Santa Lucía	9,52	7,46	6,21	6,40	5,38	5,78	5,47	4,51
Suriname	6,17	7,45	7,94	8,58	7,97	7,18	6,79	5,78
Trinidad y Tabago	9,22	9,27	7,82	7,27	7,05	6,83	5,37	3,72
Uruguay	5,12	5,09	4,58	3,96	3,48	3,35	3,20	2,94
Venezuela (República Bolivariana de)	13,38	13,15	11,67	10,56	9,70	8,77	7,34	5,00

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^aRelación de apoyo potencial = (población de 15-59) dividido por la (población de 60 y más).

Por su parte, una de las medidas que se usa para expresar la demanda familiar de apoyo a las personas más envejecidas es la relación de apoyo a los padres. Esta medida es el cociente entre las personas de 80 y más años y las personas entre 50 y 64 años. En el cuadro 12 se puede apreciar, por un lado, la demanda que se tiene en cuanto a cuidado y, por el otro, la prolongación de la vida y los retos que conlleva alcanzar una calidad de vida. En la década de 1950, la mayoría de los países de la región tenía una esperanza de vida al nacer inferior a 67 años; en tanto, la proporción de personas de 75 años y más no rebasaba el 3%. Por esta razón, no sorprenden los bajos valores que reporta la mayoría de los países. Por ejemplo, Argentina —país que atravesaba la fase de transición avanzada—, reportaba apenas 4 personas de 80 y más años por 100 personas entre 50 y 64 años. Sin embargo, hay algunas excepciones como el caso de Granada, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Uruguay, Suriname, Santa Lucía, Honduras y Antigua y Barbuda, países que registraban entre 10 y 12 personas de 80 y más años por 100 personas entre 50 y 64 años. Estos países registraban, en esa década, valores cercanos al 2% de población de 75 años y más.

Desde la década de 1980, algunos países empezaron a registrar ascensos considerables en su relación de apoyo a los padres. Entre los casos que sobresalen destacan el de Cuba, Martinica, Puerto Rico y Barbados, países donde se aumenta, de manera significativa, la demanda de cuidado entre 1980 y 1990. Hay otros países, como Uruguay, donde el aumento de demanda familiar lo reportan de manera significativa en el año 2000.

En el año 2020, los efectos del proceso de transición demográfica —por el que atraviesan los países de la región de ALC—, se ponen de manifiesto, sobre todo en países como el Uruguay, Martinica, Puerto Rico, Guadalupe y Barbados, donde se reporta una relación de apoyo a los padres que oscila entre 22 y 25,5.

Cuadro 12
América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres^a, por decenios, 1950-2020

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
América Latina y el Caribe	5,57	5,01	6,07	7,34	9,03	10,51	11,80	13,09
Antigua y Barbuda	10,10	7,92	3,41	5,94	14,33	15,74	12,21	9,46
Argentina	4,28	4,90	6,48	8,51	11,97	15,25	17,62	18,89
Aruba	5,84	3,57	3,64	10,41	13,25	10,72	8,48	10,40
Bahamas	6,93	6,69	5,76	6,87	7,29	9,49	8,59	7,45
Barbados	9,26	8,70	9,95	16,90	24,38	27,32	22,81	21,91
Belize	4,03	5,24	7,67	12,70	13,15	12,07	9,94	10,03
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11,85	5,45	5,28	5,47	7,57	9,43	12,71	16,64
Brasil	3,63	4,11	4,92	5,81	6,83	8,13	9,71	12,27
Chile	8,11	5,89	6,72	7,58	9,28	11,33	14,17	16,13
Colombia	6,19	4,79	5,56	6,56	7,97	9,71	10,77	12,39
Costa Rica	3,80	4,50	5,48	6,58	9,00	10,26	11,29	13,31
Cuba	7,09	4,83	6,82	10,90	17,43	17,30	18,00	16,66
Curaçao	9,03	10,77	8,75	10,55	12,98	13,94	14,09	18,28
Ecuador	5,84	6,64	8,00	8,66	9,54	11,43	12,03	12,91
El Salvador	5,53	5,25	5,37	5,94	7,00	8,76	12,27	16,15
Granada	12,37	9,81	10,41	12,45	13,85	14,83	15,14	13,29
Guadalupe	5,54	6,49	10,09	12,34	15,69	19,31	20,37	23,49
Guatemala	3,98	3,87	4,77	5,07	5,78	8,30	11,54	13,42
Guyana	6,53	6,16	5,97	7,23	9,73	6,86	8,58	10,05
Guyana Francesa	4,91	6,85	8,87	8,11	7,25	6,24	9,04	5,54
Haití	6,69	4,45	3,85	4,98	6,49	7,40	7,49	9,13
Honduras	10,19	5,21	5,84	7,44	8,85	10,68	11,48	11,39
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	9,53	10,35	8,27	6,21	5,02	7,88	10,01	17,98
Jamaica	2,97	5,73	8,65	16,35	18,75	21,06	17,06	13,24

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Martinica	5,89	8,21	6,62	13,56	16,66	21,23	21,84	25,90
México	8,28	5,82	7,92	9,59	11,15	12,05	12,66	11,69
Nicaragua	3,20	3,69	4,21	4,58	6,42	9,58	10,44	10,78
Panamá	5,37	6,34	7,36	8,97	10,67	12,10	13,28	14,80
Paraguay	5,47	5,65	5,83	6,41	7,90	9,18	10,32	11,74
Perú	3,77	3,53	4,03	5,17	6,78	8,40	10,88	12,99
Puerto Rico	6,48	11,20	13,54	13,34	18,13	18,49	20,74	25,79
República Dominicana	4,63	4,23	4,46	4,90	6,04	8,61	10,64	12,94
San Vicente y las Granadinas	6,65	10,43	7,09	11,09	14,60	16,46	13,18	13,80
Santa Lucía	10,36	4,75	5,46	5,99	11,87	22,31	16,45	13,88
Suriname	10,53	9,08	7,54	10,25	9,03	8,49	9,60	9,08
Trinidad y Tabago	5,46	5,42	4,49	7,51	9,93	9,88	9,56	10,89
Uruguay	11,26	10,95	11,03	11,82	14,95	20,23	25,45	27,15
Venezuela (República Bolivariana de)	4,08	4,41	4,77	5,67	7,14	8,58	9,05	9,83

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

^a Relación de apoyo a los padres = (población de 80 y más/ población de 50-64 años) * 100.

Cuadro 13
América Latina y el Caribe: población, relación de dependencia demográfica y esperanza de vida al nacer

	Población total (Miles de personas a mitad del año)	Relación de dependencia demográfica (En porcentajes)	Esperanza de vida al nacer (En promedio de años)
	2021	2025	2020-2025
Anguila	15,1	...	...
Antigua y Barbuda	98,7	48,1	77,5
Argentina	45 605,8	55,3	77,2
Aruba	107,2	52,3	76,8
Bahamas	396,9	41,4	74,3
Barbados	287,7	54,3	79,6
Belice	404,9	49,9	75,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11 832,9	57,6	72,3
Brasil	213 993,4	44,8	76,6
Caribe neerlandés	26,4	...	...
Chile	19 212,4	48,9	80,7
Colombia	51 265,8	46,3	77,9
Costa Rica	5 139,1	47,1	80,9
Cuba	11 317,5	48,8	79,2
Curaçao	164,8	59,4	79,4
Dominica	72,2	...	...
Ecuador	17 888,5	54,0	77,7
El Salvador	6 518,5	53,4	74,1
Granada	113,0	51,9	72,6
Guadalupe	400,0	64,3	82,7
Guatemala	18 249,9	58,5	75,0
Guyana	790,3	55,4	70,3
Haití	11 541,7	57,0	65,0
Honduras	10 063,0	51,6	75,9
Islas Caimán	66,5	...	...
Islas Turcas y Caicos	39,2	...	...

	Población total (Miles de personas a mitad del año)	Relación de dependencia demográfica (En porcentajes)	Esperanza de vida al nacer (En promedio de años)
	2021	2025	2020-2025
Islas Vírgenes Británicas	30,4	...	...
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	104,2	70,8	81,2
Jamaica	2 973,5	49,1	74,9
Martinica	374,7	65,4	83,1
México	130 262,2	49,2	75,4
Montserrat	5,0	...	...
Nicaragua	6 702,4	52,3	75,2
Panamá	4 381,6	53,9	79,1
Paraguay	7 219,6	54,2	74,6
Perú	33 359,4	51,0	77,4
Puerto Rico	2 828,3	53,6	80,7
República Dominicana	10 953,7	53,5	74,6
Saint Kitts y Nevis	53,5	...	...
San Martín (parte neerlandesa)	43,4	...	...
San Vicente y las Granadinas	111,3	47,1	73,0
Santa Lucía	184,4	41,2	76,7
Suriname	591,8	50,5	72,1
Trinidad y Tabago	1 403,4	47,6	73,9
Uruguay	3 485,2	56,1	78,4
Venezuela (República Bolivariana de)	28 705,0	50,1	72,3
América Latina y el Caribe	659 743,6	49,0	76,1
América Latina	647 697,5	49,0	76,1
El Caribe	43 762,0	52,7	73,4

Fuente: Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2022).

E. Mortalidad y esperanza de vida al nacer

La mejora en las condiciones de vida de la población, principalmente los adelantos en la medicina y la mayor cobertura de los servicios de salud han derivado en un descenso significativo de la mortalidad humana. Desde 1950, en la región de América Latina y el Caribe se ha reducido, de manera considerable, el número de defunciones reportadas, pasando de tener en promedio una tasa bruta de mortalidad de 15 defunciones por cada mil habitantes en el quinquenio de 1951-1956 a 8 defunciones en el quinquenio de 2016-2021; es decir, la tasa bruta de mortalidad se redujo, aproximadamente, a la mitad durante estas últimas siete décadas.

Teniendo en cuenta que los países de América Latina y el Caribe se encuentran en fase de “en plena transición” y “transición avanzada” —y que, el envejecimiento de la población responde, en gran medida, a los avances en materia de supervivencia—, las tendencias actuales reflejan que la mortalidad, en la mayoría de los países, ha dejado de descender para empezar a aumentar, efecto de la mortalidad de las cohortes más grandes y nacidas en un contexto de elevada fecundidad y de retroceso de la mortalidad.

Si se analizan las tasas brutas de mortalidad de América Latina y el Caribe de manera desagregada, se puede observar que la mayoría de los países de la región presentan tasas cercanas o superiores a las 20 defunciones por mil habitantes en la década de 1950 y que se ha disminuido hasta rondar, en el quinquenio de 2016-2021, en las 10 defunciones por mil habitantes. La tasa de Guyana Francesa es la más baja (4,0 por mil), le siguen otros países como Honduras y Guatemala, países que se encuentran en una etapa de transición demográfica donde el número de nacimientos sigue siendo superior al número de defunciones.

Por otro lado, algunos países, como Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Cuba, Uruguay, San Vicente y las Granadinas y Puerto Rico, reportan el mayor número de defunciones por cada mil habitantes en el quinquenio de 2016-2021; sin embargo, la tasa bruta de mortalidad, al ser una medida resumen, no refleja la mortalidad por edad y sexo. En ese sentido, la mortalidad, en algunos de los países analizados, está vinculada a otro tipo de factores. No obstante, dichas variaciones, en países como Cuba, se explican porque su población ya era más vieja en el quinquenio de 1986-1991. En el caso de Puerto Rico, la alta tasa de mortalidad, al igual que la de otros países, se explica por la marcada reducción que ha tenido su tasa de natalidad, situación que, sumada a otras alteraciones—como la migración internacional—ha arrojado tasas de crecimiento natural por debajo del 0 (-0,2%); es decir, mueren más personas de las que nacen (véanse el cuadro 14 y el gráfico 14).

Cuadro 14
América Latina y el Caribe: tasas brutas de mortalidad, por quinquenios, 1951-2021
(Tasa por mil)

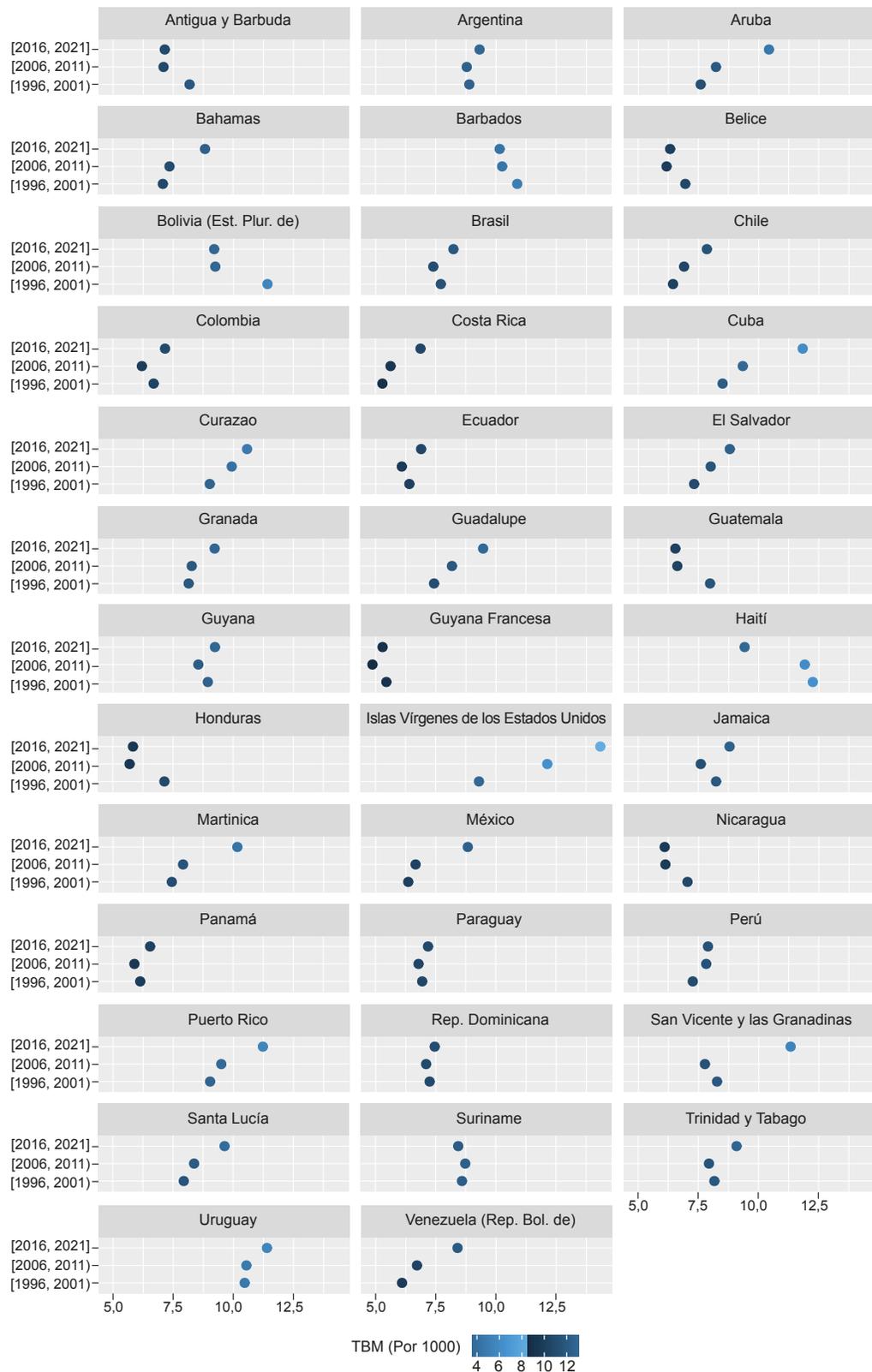
País	1951-1956	1956-1961	1961-1966	1966-1971	1971-1976	1976-1981	1981-1986	1986-1991	1991-1996	1996-2001	2001-2006	2006-2011	2011-2016	2016-2021
América Latina y el Caribe	15,4	13,2	11,5	10,1	9,1	8,4	7,9	7,2	6,8	6,7	6,6	6,6	6,7	7,5
Antigua y Barbuda	11,6	10,2	8,4	6,4	5,8	6,2	6,8	7,5	7,6	6,9	6,1	5,8	5,6	5,9
Argentina	9,2	8,9	8,9	9,2	9,2	8,8	8,6	8,0	7,5	7,6	7,6	7,5	7,5	8,1
Aruba	8,9	7,0	6,3	6,0	5,7	5,9	6,2	6,9	6,5	6,3	6,6	7,0	7,4	9,2
Bahamas	10,2	8,9	7,6	6,9	6,3	6,2	6,1	6,1	5,9	5,8	5,8	6,1	6,5	7,6
Barbados	13,0	10,1	8,7	8,4	8,5	8,3	8,6	9,4	9,8	9,6	9,3	9,0	8,9	8,9
Belice	16,4	13,5	12,1	9,8	8,3	7,4	6,7	5,7	5,6	5,7	5,7	4,9	4,5	5,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	25,2	23,5	21,9	20,1	18,1	16,2	14,5	12,7	11,0	10,2	9,1	8,0	7,3	8,0
Brasil	16,5	14,7	13,0	11,4	10,2	9,2	8,2	7,3	6,9	6,5	6,3	6,1	6,3	7,0
Chile	13,0	11,5	10,4	8,9	7,8	6,5	5,9	5,5	5,3	5,2	5,2	5,6	6,0	6,6
Colombia	15,7	12,9	10,7	9,1	7,7	6,5	6,1	5,8	5,7	5,4	5,2	5,0	5,0	5,9
Costa Rica	12,5	10,9	9,3	7,5	6,0	4,7	4,0	3,9	3,9	4,0	4,1	4,4	4,7	5,6
Cuba	9,9	8,9	8,3	7,3	6,4	6,1	6,4	6,7	7,2	7,3	7,6	8,1	8,7	10,6
Curaçao	10,3	8,7	7,6	7,0	6,4	6,3	6,5	6,8	7,1	7,8	8,4	8,7	8,6	9,3
Ecuador	18,4	16,3	14,2	12,7	10,9	8,9	7,6	6,1	5,5	5,1	4,8	4,8	4,8	5,6
El Salvador	21,1	19,0	16,7	15,8	13,5	13,4	12,9	8,9	6,8	6,1	6,3	6,8	7,1	7,5
Granada	14,5	12,4	9,5	8,4	7,9	8,2	8,2	7,5	7,0	6,9	7,3	7,0	7,3	8,0
Guadalupe	16,1	11,5	9,9	8,9	7,9	7,2	6,7	6,4	6,2	6,2	6,5	6,9	7,1	8,2
Guatemala	23,2	20,5	17,7	16,5	13,7	12,6	11,4	8,9	8,1	6,7	5,8	5,4	5,1	5,3
Guyana	15,2	11,8	10,1	9,2	8,8	8,6	8,5	8,4	8,1	7,7	7,4	7,3	7,5	8,0
Guyana Francesa	19,6	16,0	12,3	9,5	8,3	7,6	6,5	5,3	4,6	4,2	4,0	3,6	3,6	4,0
Haití	24,8	22,0	20,5	18,6	17,3	16,6	15,7	14,5	12,9	11,0	9,9	10,7	8,4	8,2
Honduras	23,2	19,9	16,7	14,1	12,7	10,3	8,8	7,6	6,3	5,9	4,8	4,4	4,2	4,6
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	11,6	10,7	11,0	8,3	6,9	6,4	6,3	6,3	7,1	8,1	9,2	10,9	12,0	13,1
Jamaica	10,5	9,2	8,6	8,5	8,3	8,1	7,7	7,1	7,0	7,0	6,8	6,4	6,1	7,5
Martinica	13,9	11,0	9,1	8,0	7,4	7,0	6,7	6,4	6,4	6,2	6,3	6,7	7,2	8,9
México	18,6	14,6	11,9	10,2	8,9	7,9	6,8	6,0	5,5	5,1	5,0	5,4	5,7	7,6
Nicaragua	22,7	19,8	17,0	13,7	13,0	12,1	10,4	8,6	6,5	5,8	5,7	4,9	4,5	4,8
Panamá	11,9	10,7	9,0	8,0	6,8	6,0	5,6	5,5	5,2	4,9	4,6	4,6	4,8	5,3
Paraguay	11,4	10,7	9,8	9,4	8,9	8,6	7,9	6,8	6,0	5,7	5,6	5,5	5,5	5,9
Perú	19,7	18,1	16,1	15,5	12,8	11,5	10,1	8,0	6,6	6,0	5,8	6,6	6,7	6,7

País	1951-1956	1956-1961	1961-1966	1966-1971	1971-1976	1976-1981	1981-1986	1986-1991	1991-1996	1996-2001	2001-2006	2006-2011	2011-2016	2016-2021
Puerto Rico	8,4	6,9	6,8	6,9	7,0	6,7	6,8	7,2	7,7	7,8	7,7	8,2	8,7	10,0
República Dominicana	20,5	18,0	15,4	12,5	10,5	9,2	7,8	6,5	5,7	6,0	6,1	5,8	5,8	6,2
San Vicente y las Granadinas	19,9	16,1	11,2	7,5	6,7	6,5	6,3	5,9	6,1	7,0	6,7	6,5	7,8	10,1
Santa Lucía	16,6	14,9	12,0	9,2	8,0	7,1	6,1	6,0	6,0	6,7	6,9	7,1	7,6	8,4
Suriname	16,4	13,1	11,6	10,6	9,6	9,4	8,8	8,0	7,2	7,3	8,4	7,5	7,4	7,2
Trinidad y Tabago	11,7	9,1	7,8	7,6	7,3	7,0	6,9	6,6	6,6	6,9	6,7	6,7	6,7	7,8
Uruguay	10,4	9,9	9,6	9,6	9,8	9,7	9,5	9,4	9,4	9,2	9,1	9,3	9,5	10,1
Venezuela (Bolivariana República de)	13,2	11,0	9,0	7,5	6,2	5,5	5,0	4,8	4,8	4,8	5,3	5,5	5,8	7,1

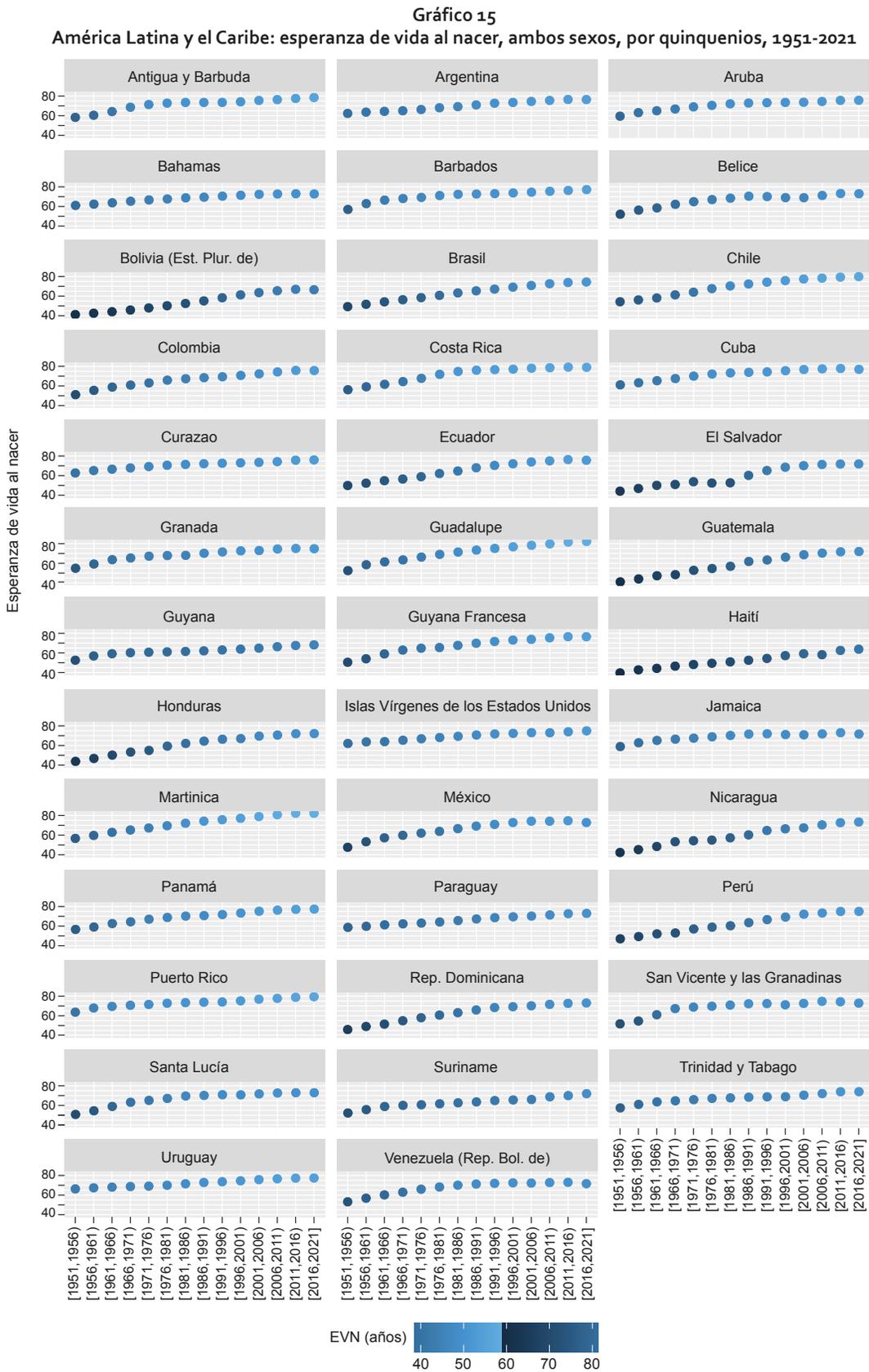
Fuente: Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. (CEPAL, 2022).

Uno de los avances positivos en la región es la disminución de la mortalidad en general, la cual ha llevado a un aumento de la esperanza de vida al nacer, en la mayoría de los países de la región. Este indicador representa la duración media de la vida de los individuos, la que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio. Desde 1951 hasta el año 2021, América Latina y el Caribe experimentó un aumento de 24 años en la esperanza de vida al nacer, en promedio tuvo un aumento de dos años por quinquenio, situación que la llevó a registrar 74.1 años en el quinquenio 2016-2021. Uruguay, Puerto Rico, Curaçao, Argentina, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Cuba y Bahamas, en el año 1950, presentaban esperanzas de vida al nacer superiores a los 60 años. En cambio, países como Haití, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia, Nicaragua, Honduras y El Salvador no rebasaban los 45 años en ese mismo periodo. El promedio general en ese quinquenio fue de 50.7 años. Actualmente, la mayoría de los países de la región superan los 70 años, hay algunos casos como el de Martinica, Guadalupe, Chile, Puerto Rico y Costa Rica que superan los 79 años (véase el gráfico 15).

Gráfico 14
América Latina y el Caribe: tasas brutas de mortalidad, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Cuadro 15
Esperanza de vida en América Latina y el Caribe (2019)
(En años)

País	Esperanza de vida al nacer			Esperanza de vida a los 60 años			Esperanza de vida saludable al nacer			Esperanza de vida saludable a los 60 años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Antigua y Barbuda	76,5	74,9	78	20,6	19,8	21,3	67	66,2	67,7	15,8	15,3	16,3
Argentina	76,6	73,5	79,5	21,1	18,8	23,1	67,1	65,4	68,8	16,3	14,8	17,6
Bahamas	73,2	69,9	76,6	20,8	19,1	22,4	64,4	62,3	66,5	16,2	14,9	17,3
Barbados	76	74,3	77,7	20,9	19,9	21,8	67	66,2	67,7	16,3	15,7	16,9
Belice	74,4	71,4	77,8	21,5	20,3	22,9	65,3	63,5	67,3	16,7	15,9	17,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	72,1	71,1	73,1	18,6	18	19,1	63,3	63,2	63,3	14,2	14	14,4
Brasil	75,9	72,4	79,4	21,9	20,1	23,5	65,4	63,4	67,4	16,4	15,2	17,4
Chile	80,7	78,1	83,2	24,3	22,4	25,9	70	69	71,1	18,4	17,3	19,3
Colombia	79,3	76,7	81,9	24	22,5	25,3	69	67,4	70,5	18,1	17,1	18,9
Costa Rica	80,8	78,3	83,4	25	23,6	26,4	70	68,6	71,3	18,7	17,8	19,5
Cuba	77,8	75,4	80,3	21,6	20	23,2	67,8	66,6	69,2	16,3	15,2	17,4
Ecuador	78,4	76,4	80,5	23,2	22	24,3	68,5	67,7	69,3	17,6	17	18,2
El Salvador	75	70,6	79,1	22,1	20,4	23,6	64,9	61,6	67,8	16,4	15,1	17,4
Granada	72,9	70,6	75,3	18,7	17,2	20,3	63,9	62,6	65,4	14,3	13,1	15,6
Guatemala	72	69	75	20,5	19,4	21,4	62,3	60,5	64,1	15	14,4	15,5
Guyana	65,7	62,5	69,4	16,6	15,1	18,1	57,2	55,1	59,7	12,5	11,5	13,6
Haití	64,1	63,3	64,8	16,8	16,5	17	55,8	55,9	55,8	12,8	12,7	12,9
Honduras	71,9	70,7	73,2	18,3	17,5	19,1	63	62,7	63,3	13,8	13,4	14,2
México	76	73,1	78,9	21,8	20,5	23,1	65,8	64,3	67,2	16,1	15,3	16,8
Nicaragua	75	72,1	77,9	20	18	21,9	65,5	63,7	67,2	15,1	13,7	16,3
Panamá	79,3	76,6	82,1	24,3	22,6	26	68,7	67,4	70	18,1	17,1	19,2
Paraguay	75,8	73,1	78,8	21,8	20,2	23,5	65,8	64,5	67,3	16,5	15,4	17,6
Perú	79,9	78,5	81,3	24,4	23,7	25,1	69,5	69,2	69,8	18,5	18,3	18,7
República Dominicana	72,8	69,8	76,2	20,6	19	22,4	64	62,1	66,1	16	14,8	17,2
Santa Lucía	74,3	71,3	77,7	20,9	19,2	22,9	64,7	63	66,6	15,8	14,7	17,1
San Vicente y las Granadinas	73,2	71,3	75,3	20,9	20,2	21,6	64	62,9	65,1	15,9	15,4	16,4
Suriname	71,5	68,5	74,6	18,5	16,4	20,5	62,4	60,7	64,2	14,1	12,6	15,4
Trinidad y Tabago	76,1	72,5	79,9	22,7	20,4	25	66,2	64	68,6	17,2	15,6	18,9
Uruguay	77,1	73,5	80,6	21,7	19	24	67,5	65,4	69,5	16,6	14,9	18,2
Venezuela (República Bolivariana de)	73,9	69,9	78,2	21,7	19,7	23,6	64,4	61,9	67,1	16,3	15	17,5

Fuente: World Health Organization (2022). Global Health Observatory data repository. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>.

Cuadro 16
América Latina y el Caribe (32 países): carga de enfermedad atribuible al medio ambiente, 2012

País	Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al medio ambiente			AVAD estandarizados por edad atribuibles al medio ambiente (Por 100.000 habitantes)			AVAD atribuibles al medio ambiente (En porcentajes)		
	Total	Infecciosas, parasitarias, neonatales y nutricionales	Enfermedades crónicas no transmisibles	Accidentes	Total	Infecciosas, parasitarias, neonatales y nutricionales	Enfermedades crónicas no transmisibles	Accidentes	Total
Antigua y Barbuda	3 614	161	2 613	840	4 022	183	2 894	946	13
Argentina	1 747 127	150 200	1 146 157	450 770	4 044	369	2 598	1 078	14
Bahamas	12 215	888	7 687	3 639	3 318	264	2 074	979	11
Barbados	10 603	695	7 369	2 539	3 337	279	2 243	815	12
Belice	13 075	2 270	5 560	5 245	4 811	685	2 302	1 824	16
Bolivia (Estado Plurinacional de)	787 586	220 263	312 512	254 810	8 118	1 776	3 983	2 360	19
Brasil	9 968 425	1 173 341	5 901 830	2 893 254	5 132	631	3 060	1 441	16
Chile	529 101	23 094	403 140	102 867	2 824	141	2 117	566	13
Colombia	2 000 813	298 949	1 142 670	559 194	4 473	612	2 678	1 183	16
Costa Rica	170 403	18 297	111 024	41 082	3 623	405	2 392	826	16
Cuba	576 653	31 615	377 445	167 593	4 198	315	2 637	1 246	16
Dominica	3 479	366	2 041	1 072	4 813	513	2 802	1 498	15
Ecuador	709 454	118 779	330 403	260 272	4 821	720	2 409	1 692	16
El Salvador	357 394	48 046	178 442	130 906	6 338	737	3 339	2 263	17
Guatemala	927 237	367 942	305 997	253 298	6 541	1 809	2 991	1 741	18
Guyana	65 093	15 544	27 718	21 830	10 236	1 874	5 305	3 057	19
Haití	1 338 795	619 441	392 961	326 393	13 915	4 998	5 639	3 278	23
Honduras	425 402	114 939	202 951	107 512	6 283	1 325	3 552	1 406	19
Jamaica	143 703	25 353	77 396	40 954	5 320	912	2 885	1 523	16
México	4 396 375	703 897	2 323 377	1 369 101	3 962	580	2 212	1 170	15
Nicaragua	316 647	69 801	172 371	74 475	6 256	1 009	3 941	1 305	19
Panamá	156 316	31 055	81 695	43 565	4 233	795	2 294	1 144	15
Paraguay	338 755	57 423	190 058	91 274	5 775	773	3 612	1 391	18
Perú	1 233 399	193 441	714 504	325 454	4 439	626	2 695	1 118	17
República Dominicana	523 659	86 274	245 383	192 003	5 460	755	2 755	1 950	18
Saint Kitts y Nevis	1 810	157	1 008	646	3 348	293	1 849	1 206	10
Santa Lucía	10 324	736	5 628	3 959	5 678	420	3 076	2 183	17

País	Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al medio ambiente				AVAD estandarizados por edad atribuibles al medio ambiente (Por 100.000 habitantes)				AVAD atribuibles al medio ambiente (En porcentajes)
	Total	Infecciosas, parasitarias, neonatales y nutricionales	Enfermedades crónicas no transmisibles	Accidentes	Total	Infecciosas, parasitarias, neonatales y nutricionales	Enfermedades crónicas no transmisibles	Accidentes	Total
San Vicente y las Granadinas	5 625	675	3 233	1 717	5 337	642	3 111	1 584	16
Surinam	24 948	3 376	12 043	9 529	4 879	642	2 418	1 819	16
Trinidad y Tabago	64 050	3 409	40 514	20 127	4 528	274	2 816	1 437	12
Uruguay	122 269	5 226	92 178	24 866	3 122	149	2 272	701	12
Venezuela (República Bolivariana de)	1 517 594	206 225	730 540	580 829	5 320	676	2 748	1 896	18

Fuente: World Health Organization, The Global Health Observatory. Explore a world of health data. Edición online. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years)).

F. Factores que influyen en el aumento de las necesidades de cuidado a largo plazo

El aumento de la demanda de cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe se encuentra relacionado con otros fenómenos que se han gestado en las últimas décadas y que, a partir de la pandemia ocasionada por la COVID-19, podrían acentuarse. El aumento en la esperanza de vida es, sin duda, un indicador de salud y desarrollo socioeconómico; sin embargo, algunos de los indicadores regionales ponen en evidencia este incremento.

1. Prevalencia de enfermedades crónicas en la región

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Tienen la característica de ser prevenibles, a través de la implementación o modificación de los estilos de vida. Existen factores de riesgo que están asociados con la alimentación inadecuada, el consumo de sustancias, la falta de actividad física y la exposición a contaminantes, entre otros. Dichas enfermedades incluyen, entre muchas otras, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, trastornos de la salud mental y, también, aquellas asociadas a lesiones.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que, en América Latina y el Caribe, las ECNT son responsables de la muerte de 5.5 millones de personas cada año (OPS, 2022). Además, dichas enfermedades representan el 80.7% del total de muertes en la región y la tasa regional de mortalidad por ECNT es de 411.5 por cada 100000 habitantes, siendo más elevada en el caso de los hombres.

Cuadro 17
América Latina y el Caribe: Indicadores de salud, 2022
(En porcentajes)

	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, total	Prevalencia de actividad física insuficiente, total	Prevalencia de fumadores actuales de tabaco en adultos, total	Consumo de alcohol per cápita (15 años y más), total	Prevalencia de hipertensión arterial, total	Prevalencia de glucosa elevada/diabetes mellitus en adultos, total
Anguila					29,3	7,6
Antigua y Barbuda	48,0			9,9	23,4	11,5
Argentina	62,7	41,6	25,1	9,3	22,6	9,7
Bahamas	64,4	43,3	10,8	4,9	20,9	12,5
Barbados	52,4	42,9	7,4	10,3	24,4	12,2
Belice	54,8		8,9	6,3	22,7	12,7
Bermuda	74,6	27,1			33,4	12,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	56,1		13,8	3,8	17,9	8,0
Brasil	56,5	47,0	13,3	7,2	23,3	8,3
Chile	63,1	26,6	30,1	8,9	20,9	10,5
Colombia	59,0	44,0	8,9	5,4	19,2	8,5
Costa Rica	61,6	46,1	9,2	3,9	18,7	8,9
Cuba	58,5	36,9	18,9	6,3	19,0	8,4
Curaçao	64,9				21,3	8,4
Dominica	60,3	21,6		7,1	22,5	11,1
Ecuador	56,0	27,2	10,6	3,3	17,9	8,0
El Salvador	59,9		8,4	4,2	18,7	10,1
Granada	51,4	28,7		9,0	24,3	11,1
Guatemala	55,9	37,1	11,3	1,6	21,2	9,7

	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, total	Prevalencia de actividad física insuficiente, total	Prevalencia de fumadores actuales de tabaco en adultos, total	Consumo de alcohol per cápita (15 años y más), total	Prevalencia de hipertensión arterial, total	Prevalencia de glucosa elevada/diabetes mellitus en adultos, total
Guyana	49,4		12,9	5,3	23,1	10,9
Haití	54,9		8,3	2,8	24,5	8,7
Honduras	55,8			3,9	21,4	9,3
Jamaica	55,5	32,6	10,1	4,1	21,8	11,9
México	64,9	28,9	13,5	5,0	19,7	11,2
Nicaragua	58,2			4,9	20,8	10,1
Panamá	58,8		5,4	7,7	19,9	9,3
Paraguay	53,5	37,4	12,3	7,0	24,6	8,1
Perú	57,5		8,8	6,7	13,7	7,7
República Dominicana	61,2	39,0	9,4	6,7	21,5	10,1
Saint Kitts y Nevis	52,3	32,2		6,4	25,3	14,5
San Vicente y las Granadinas	55,0			7,0	23,3	10,6
Santa Lucía	48,1	39,8		9,5	27,1	14,5
Suriname	58,9	44,4		8,0	22,4	12,3
Trinidad y Tabago	46,0	38,2		6,7	25,8	11,7
Uruguay	62,9	22,4	22,1	6,5	20,7	9,5
Venezuela (República Bolivariana de)	63,4	31,4		3,2	18,6	9,5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2022) Enfermedades no transmisibles. Indicadores de progreso 2022. Resultados para las Américas. <https://www.paho.org/es/documentos/enfermedades-no-transmisibles-indicadores-progreso-2022-resultados-para-americas>.

A pesar de la existencia de importantes avances en la prevención y control de ECNT, la pandemia ocasionó interrupciones de programas y servicios para su atención, circunstancia que genera importantes problemáticas relacionadas con una reducción en la estrategia de prevención y de control de enfermedades, como el cáncer y la diabetes, algo que tendrá graves repercusiones en los sistemas de salud en el corto, mediano y largo plazo (Luciani et al, 2022).

Cuadro 18
América Latina y el Caribe: factores de riesgo, indicadores recientes

País	1	2	3	4	5 Tabaco					6 Alcohol			7 Alimentación saludable				8	9	10	Completamente alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado
	Metas	Mortalidad	Encuestas	Planes de ETN	a	b	c	d	e	a	b	c	a	b	c	d	Actividad física	Directrices sobre ENT	Drogas y consejería ECV			
Antigua y Barbuda	○	●	○	○	○	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	NS	4	2	12
Argentina	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●	○	○	○	○	NS	8	5	5
Bahamas	●	●	●	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	NS	2	5	11
Barbados	●	●	●	●	SR	●	●	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4	5	9
Belice	●	●	○	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4	2	13
Bolivia (Estado Plurinacional de)	●	○	●	○	○	●	●	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	4	6	9
Brasil	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	1	5	3
Canadá	●	●	●	●	○	●	●	●	●	○	SR	SR	○	●	●	○	○	○	○	1	5	1
Chile	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	2	6	1
Colombia	●	●	●	●	○	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	8	2
Costa Rica	●	●	●	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	3	5	1
Cuba	●	●	○	●	SR	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7	3	8
Dominica	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	1	3	15
Ecuador	○	○	●	○	○	●	●	○	○	○	SR	○	○	○	○	○	○	○	○	4	11	3
El Salvador	●	○	○	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	8	6	5
Estados Unidos de América	●	●	●	●	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	NS	9	4	5
Granada	○	●	○	○	SR	○	○	○	○	○	○	○	○	SR	○	○	○	○	○	1	3	13
Guatemala	●	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5	6	8
Guyana	●	●	○	●	○	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7	4	8
Haití	○	○	○	○	SR	○	○	○	○	SR	SR	SR	○	○	○	○	○	○	○	1	1	13
Honduras	●	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5	5	9
Jamaica	○	●	○	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	6	4	9
México	○	●	○	○	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	8	6	5
Nicaragua	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	3	6	10
Panamá	○	●	○	●	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	8	6	5
Paraguay	●	○	○	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5	9	5

País	1	2	3	4	5 Tabaco					6 Alcohol			7 Alimentación saludable				8	9	10	Completamente alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado
	Metas	Mortalidad	Encuestas	Planes de ETN	Impuestos	ALH	Advertencias Sanitarias	Prohibición PPP	Campañas en medios	Disponibilidad	Restricciones publicidad	Impuestos	Sal/Sodio	Grasa trans	Publicidad hacia niños	Sucedáneos leche materna	Actividad física	Directrices sobre ENT	Drogas y consejería ECV			
Perú	●	●	●	○	●	●	●	○	●	●	○	●	●	●	●	●	●	●	○	7	9	3
República Dominicana	●	●	●	●	○	●	○	○	○	●	○	●	○	○	○	●	●	○	○	3	7	9
Saint Kitts y Nevis	○	●	○	○	SR	○	○	○	○	●	○	●	○	○	○	○	●	●	○	5	0	13
Santa Lucía	○	●	●	●	●	●	●	○	●	●	○	●	○	○	○	○	○	●	●	7	4	8
San Vicente y las Granadinas	●	●	●	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●	●	●	6	3	10
Suriname	○	●	●	●	○	●	●	●	○	●	○	●	○	○	○	○	○	●	○	5	3	11
Trinidad y Tabago	●	●	●	●	○	●	●	○	○	●	○	●	○	○	○	●	●	●	●	4	7	7
Uruguay	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	○	○	●	●	●	●	○	NS	NS	9	5	4
Venezuela (República Bolivariana de)	●	●	●	○	●	●	●	●	○	●	○	●	○	NS	○	●	●	○	○	6	7	5
Completamente alcanzado	21	24	5	18	3	24	22	9	6	5	2	8	3	6	12	2	13	20	9			
Parcialmente alcanzado	3	9	23	3	11	3	4	9	10	28	4	16	15	4	0	16	4	13	1			
No alcanzado	11	2	7	14	16	8	9	17	19	1	26	9	17	24	22	17	18	1	20			

● Completamente alcanzado ● Parcialmente alcanzado ○ No alcanzado SR Sin respuesta NS No se sabe

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, OPS (2022). Tablero de indicadores básicos.

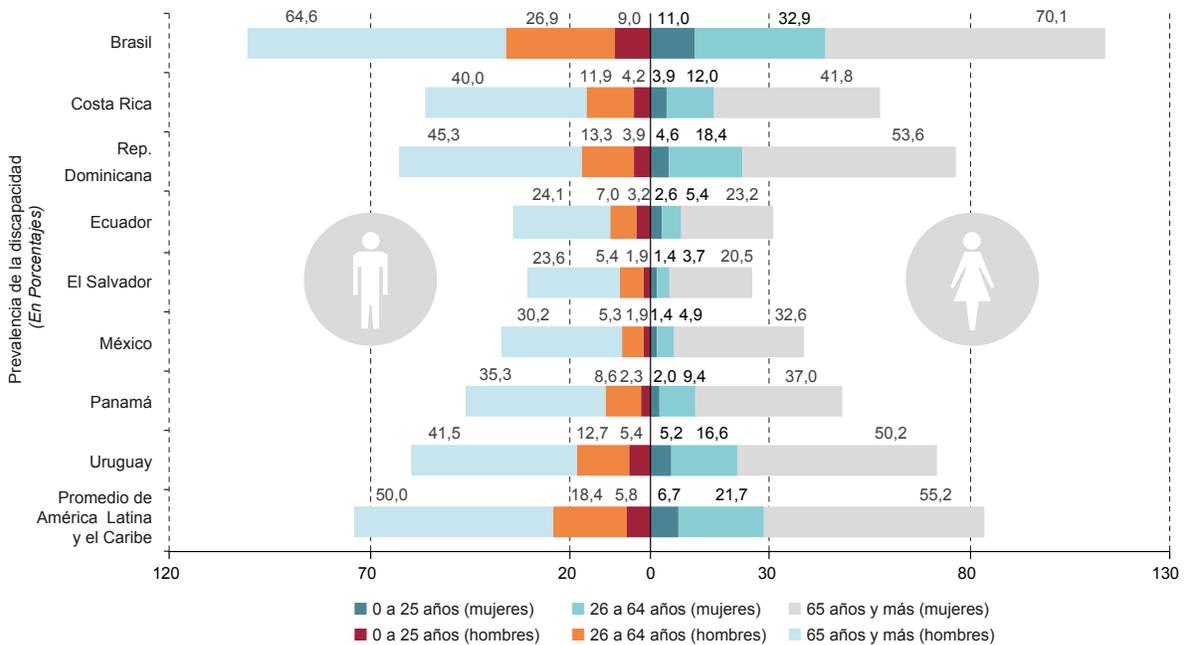
Nota: Para más información sobre los indicadores y las fechas de corte, consulte la página siguiente

2. Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece, en su Artículo 1, que: “las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (Naciones Unidas, 2006).

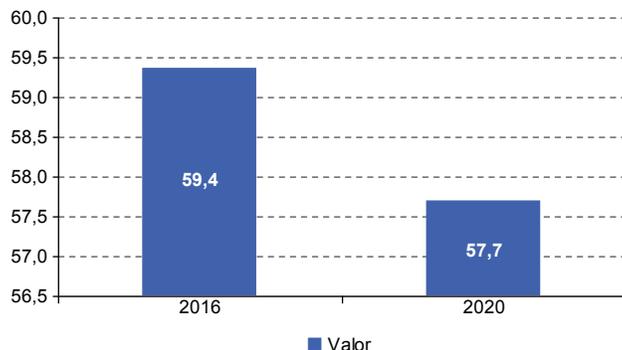
El Informe Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe (García Mora et al. 2021) menciona que, de acuerdo con los censos de 21 países, en la región habitan alrededor de 85 millones de personas con discapacidad (14.7% de la población total), de las cuales, 16.9 millones tienen una discapacidad severa (5.9% del total de la población). Las principales causas de discapacidad en América Latina y el Caribe son las enfermedades crónicas no transmisibles, el envejecimiento de la población y las lesiones causadas por violencia, accidentes y desastres naturales, aunque se señala que algunas condiciones, como enfermedades mentales y trastornos por abuso de sustancias, contribuyen de manera importante a la discapacidad, aunque hoy existe un subregistro a ese respecto (García Mora et al. 2021).

Gráfico 16
América Latina y el Caribe: prevalencia de la discapacidad por sexo y grupo de edad



Fuente: García Mora, M., S. Schwartz Orellana y G. Freire (2021), Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: un camino hacia el desarrollo sostenible, Washington, D.C., Banco Mundial, con base en cálculos del autor utilizando datos censales (IPUMS). Nota: El promedio de América Latina y el Caribe (LAC) representa un promedio ponderado de la población de Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, México, Panamá y Uruguay.

Gráfico 17
América Latina y el Caribe: Proporción de la población con discapacidades severas que percibe prestaciones por discapacidad
(En porcentajes)



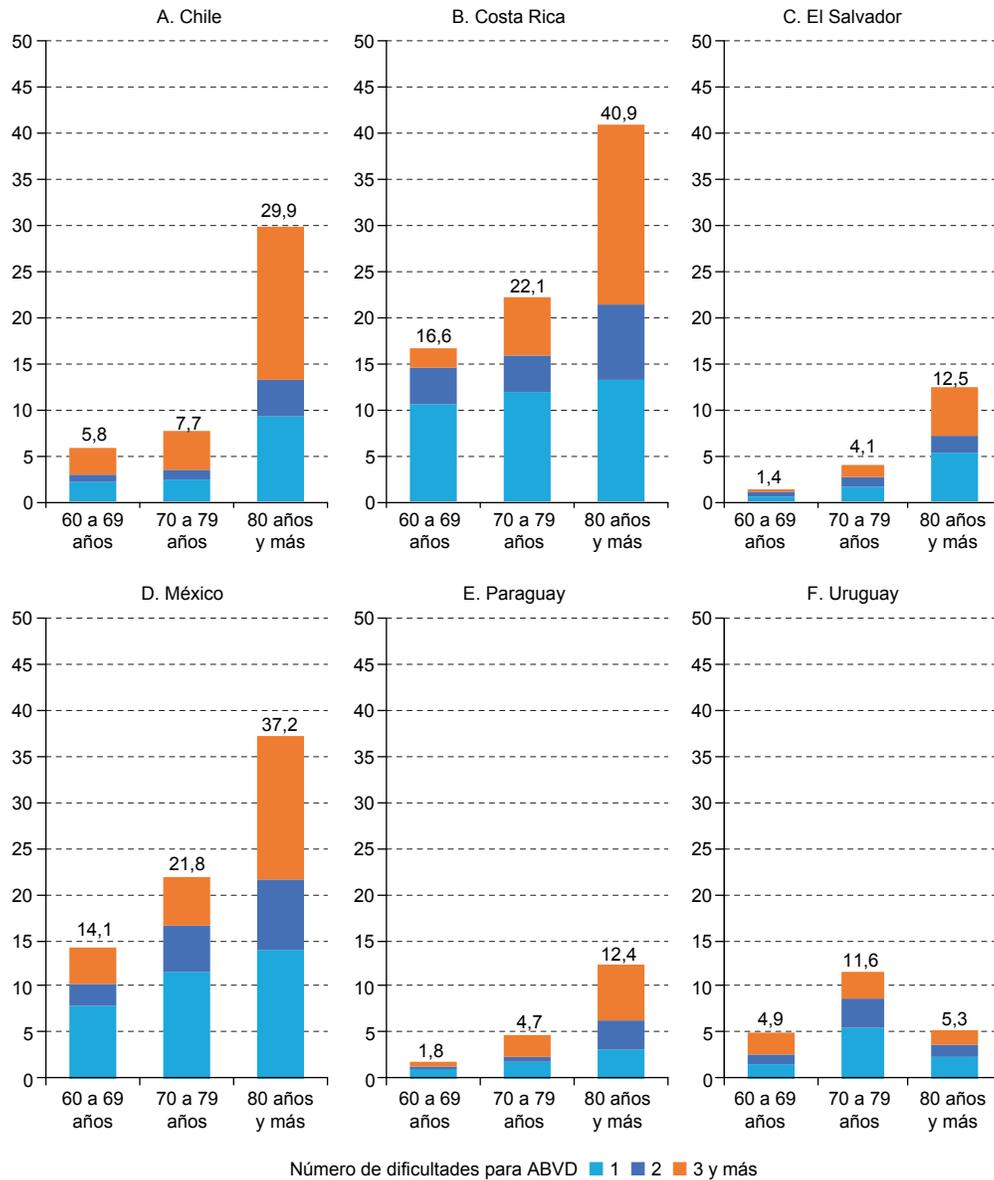
Fuente: Elaborado con datos de OIT basado sobre los datos de cada país completado a través de la Encuesta de Seguridad Social con base sobre los datos de país completados a través de la Organización Internacional del Trabajo.

G. Personas mayores que requieren cuidados a largo plazo en la región

En América Latina y el Caribe, como ya se ha mencionado antes, se estima que alrededor de ocho millones de personas mayores requieren ayuda para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria, tales como comer, vestirse o bañarse, cifra que podría triplicarse alcanzando 27 millones, hacia 2050. El 1% de la población total de la región (12% de las personas mayores de 60 años) son dependientes por motivos de enfermedad o discapacidad, requiriendo de cuidados a largo plazo (Cafagna, et al, 2019).

Aranco et al (2018) realizaron un cálculo de personas con necesidades de cuidado en la región utilizando tasas de dependencia en las que multiplicaron la proporción de personas dependientes por sexo y edad y por el número de personas en cada grupo. De esta manera, encontraron que su estimación del 12% de población con requerimientos de cuidado coincidía con la estimación de 13% de la OCDE, en 2017. A partir de esta información, formularon dos escenarios posibles sobre la situación de la dependencia en 2050 para la región: uno optimista, donde las tasas de dependencia disminuirían en 20%, pero las presiones demográficas harían que las personas mayores en dependencia alcancen 22 millones en los países analizados (11% del total de personas mayores); y otro pesimista, en donde las tendencias epidemiológicas y sus factores de riesgo harían que el mismo porcentaje alcanzara el 17% de las personas mayores de 60 años en tales países (Aranco et al., 2018).

Gráfico 18
Prevalencia e intensidad de la dependencia funcional
(En porcentajes)



Fuente: Datos extraídos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de Chile (Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile, 2015), Paraguay (Secretaría Técnica de Planificación, 2015), El Salvador (Sistema de Protección Social Universal, 2013) y Uruguay (Banco de Previsión Social, 2013), así como el Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable de Costa Rica (Centro Centroamericano de la Población de la Universidad de Costa Rica e Instituto de Investigaciones en Salud, 2009) y el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Para la comparación debe tenerse en cuenta que en México se consideran cinco ABVD, mientras que en los otros países cuatro, incrementando la probabilidad de que los encuestados seleccionen al menos una ABVD de la lista disponible. En Costa Rica, se consideran los individuos a partir de los 62 años. Adaptado de Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe (p. 24), de N. Aranco et al., 2018 (<https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>). Derechos de autor (2018) del Banco Interamericano de Desarrollo.

Cuadro 19
América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la estructura de la población, 2000-2100
(En miles a mitad del año)

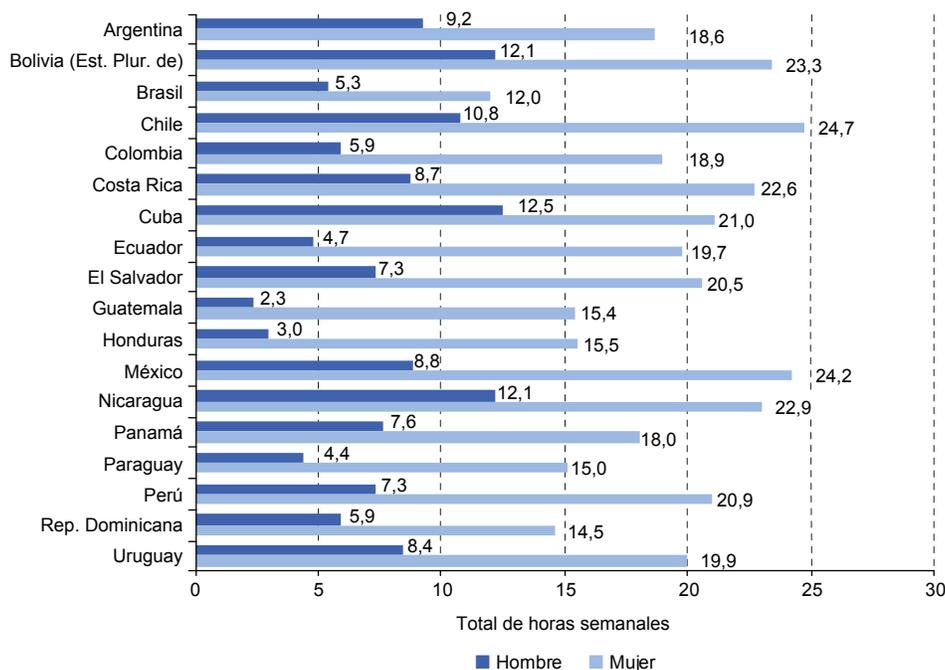
Indicadores demográficos	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Ambos sexos	510 564	578 204	639 387	684 842	719 247	737 036	739 233	727 722	704 358	673 352	639 146
Hombres	252 937	285 748	315 264	336 728	353 068	361 682	363 154	358 160	347 365	332 695	316 296
Mujeres	257 627	292 456	324 123	348 114	366 179	375 354	376 079	369 562	356 993	340 658	322 849
Edad mediana de la población	23,1	26,3	29,9	33,5	37,1	40,3	43,2	45,3	46,9	48,2	49,2
Porcentaje de la población											
0 a 14 años	32,2	27,7	24,0	20,7	18,5	16,9	15,6	14,7	14,1	13,7	13,3
15 a 59 años	59,6	62,3	63,3	63,0	64,0	58,1	55,1	52,6	50,7	49,6	48,5
15 a 64 años	62,2	65,4	67,3	67,7	66,4	64,2	61,5	59,0	57,0	55,8	54,7
60 años y más	8,2	9,9	12,8	16,4	20,5	25,0	29,3	32,7	35,2	36,8	38,2
60 a 74 años	6,2	7,3	9,5	11,9	14,0	16,4	18,0	18,6	18,8	18,5	18,7
65 años y más	5,6	6,8	8,7	11,6	15,0	18,9	22,9	26,3	28,9	30,6	31,9
75 años y más	2,0	2,6	3,3	4,5	6,5	8,7	11,3	14,1	16,4	18,2	19,5
80 años y más	1,0	1,3	1,7	2,3	3,4	5,0	6,7	8,8	10,8	12,3	13,7
Relación adultos mayores/ jóvenes (por 100)	17,4	24,6	36,4	56,2	81,1	111,9	146,7	178,6	204,8	223,9	239,3
Relación niños/mujeres (por 100)	40,8	33,7	29,3	26,0	25,2	24,5	24,1	24,2	23,9	23,9	24,0
Porcentaje de mujeres en edad fértil	52,6	53,3	52,3	50,5	47,0	43,5	40,9	38,6	37,4	36,3	35,5
Relación de dependencia (por 100)											
Edad de referencia 60 años y más											
Menores de 15 años/ 15 a 59 años	54,1	44,5	37,9	32,8	30,4	29,1	28,3	27,9	27,8	27,5	27,5
De 60 y más	13,7	15,9	20,2	26,0	33,6	43,1	53,2	62,0	69,5	74,2	78,7
Total (60 y más)	67,8	60,4	58,0	58,9	64,0	72,2	81,5	90,0	97,4	101,7	106,3
Edad de referencia 65 años y más											
Menores de 15 años/ 15 a 64 años	51,9	42,4	35,6	30,5	27,9	26,3	25,3	24,9	24,7	24,5	24,4
De 65 y más	9,0	10,4	13,0	17,2	22,6	29,4	37,2	44,5	50,6	54,8	58,3
Total (65 y más)	60,9	52,8	48,6	47,7	50,5	55,7	62,5	69,4	75,3	79,3	82,7
Índice de envejecimiento (por 100)	25,3	35,8	53,2	79,2	110,7	148,3	188,0	222,0	249,9	269,3	286,1
Relación de apoyo potencial	7,3	6,3	5,0	3,8	3,0	2,3	1,9	1,6	1,4	1,3	1,3
Relación de apoyo a los padres (por 100)	10,0	11,2	11,8	13,9	18,9	25,5	34,4	45,8	58,2	66,9	75,1
Razón de sexos (por 100)											
Total	98,2	97,7	97,3	96,7	96,4	96,4	96,6	96,9	97,3	97,7	98,0
0 a 14 años	103,5	103,8	103,9	103,9	104,0	104,0	104,1	104,2	104,2	104,2	104,2
15 a 59 años	97,6	97,7	98,3	99,1	100,0	100,8	101,5	102,0	102,5	102,8	103,0
15 a 64 años	97,3	97,4	97,7	98,4	99,2	100,1	100,9	101,6	102,1	102,4	102,8
60 años y más	83,2	82,3	81,3	80,4	80,9	82,3	84,4	86,3	87,9	89,0	89,9
60 a 74 años	87,2	87,6	85,9	85,6	87,2	89,5	92,2	94,7	96,5	97,8	98,8
65 años y más	79,8	79,1	78,1	77,0	77,5	79,1	81,4	83,7	85,6	86,9	88,0
75 años y más	71,9	69,0	69,1	67,8	68,5	70,2	73,1	76,3	78,9	80,8	82,1
80 años y más	66,0	63,1	62,2	61,4	62,1	64,0	67,2	70,8	73,9	76,0	77,7

Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2019 (Naciones Unidas, 2019a).

H. Estadísticas regionales sobre el tiempo de trabajo doméstico y del cuidado remunerado y no remunerado

Entre los avances en la medición y análisis estadísticos del uso del tiempo, en la región de América Latina y el Caribe, se observan grandes disparidades¹¹ en el indicador de seguimiento de los ODS 5.4.1.¹² (tiempo dedicado al trabajo no remunerado doméstico y de cuidado que refiere al tiempo que las mujeres y los hombres dedican en promedio a la provisión de servicios domésticos para el consumo de los hogares). Se puede apreciar, por ejemplo, que Chile (2015), México (2019) y Bolivia (2001) son los países, donde las mujeres dedican un mayor porcentaje de su tiempo a la realización de quehaceres domésticos y cuidados no remunerados. Otro dato relevante es que las mujeres, en la mayoría de los países de la región, invierten, por lo menos, una décima parte de su tiempo semanal a desarrollar este tipo de actividades (véase el gráfico 19).

Gráfico 19
América Latina y el Caribe (18 países)^a: tiempo dedicado a quehaceres domésticos y de cuidados no remunerados^b, según sexo, último periodo disponible
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPALSTAT. [En línea] Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [Acceso: 20 de septiembre de 2022].

^aArgentina (2013), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2001), Chile (2015), Colombia (2017), Costa Rica (2017), Cuba (2016), Ecuador (2012), El Salvador (2017), Guatemala (2019), Honduras (2009), México (2019), Panamá (2011), Paraguay (2016), Perú (2010), República Dominicana (2016) y Uruguay (2013).

^bEl cálculo del indicador es el siguiente: El tiempo promedio = (tiempo dedicado al trabajo doméstico no remunerado para el hogar u otros hogares + tiempo dedicado al trabajo de cuidados para el hogar u otros hogares) / población. El indicador considera a la población de 15 años y más. La información contempla el último periodo de información disponible.

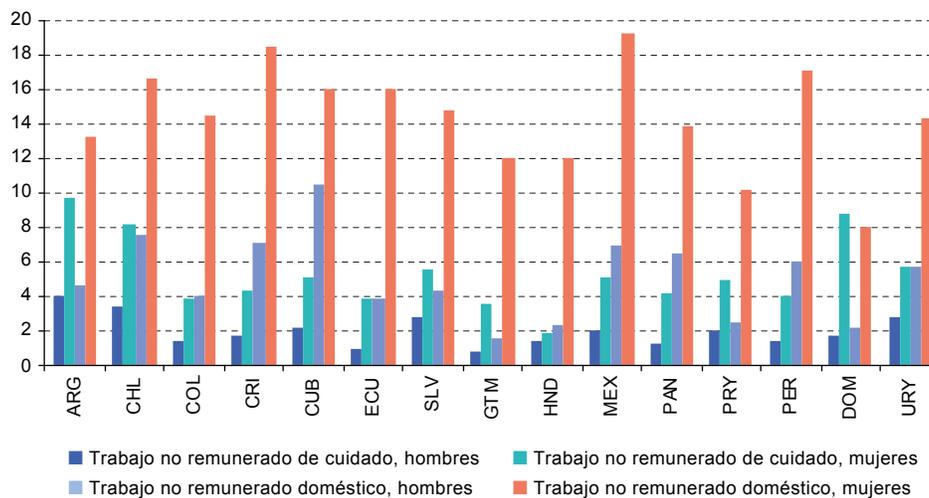
¹¹ El trabajo doméstico y de cuidado incluye, entre otros, la preparación de alimentos, lavado de vajilla, limpieza y mantenimiento de la vivienda, lavar y planchar ropa, jardinería, cuidado de mascotas, compras para el hogar, instalación, mantenimiento y reparación de bienes personales y de uso doméstico, y cuidado de niños, enfermos, ancianos o discapacitados. El indicador 5.4.1 sólo considera las actividades relacionadas con los servicios domésticos no remunerados y los servicios de cuidado no remunerado que realizan los hogares para el consumo de su hogar u otros hogares.

¹² Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Indicador 5.4.1: Proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y asistencial no remunerado, desglosada por sexo, edad y ubicación.

Sobre la brecha que existe entre hombres y mujeres, en todos los países de la región, se observa en la población femenina una sobrecarga de tales trabajos; por ejemplo, de los países mencionados, el porcentaje de tiempo invertido por las mujeres fue, aproximadamente, el doble con respecto al de los hombres y, en el caso de México, casi el triple. Hay otros países donde la diferencia por sexo es más marcada; por ejemplo, Honduras (15,5% mujeres vs. 2,9% hombres), Guatemala (15,4% mujeres vs. 2,2% hombres), El Salvador (20,5% mujeres vs. 7,2% hombres), Ecuador (19,7% mujeres vs. 4,7% hombres), Colombia (18,1% mujeres vs. 5,2% hombres) y Argentina (22,3% mujeres vs. 7,7% hombres).

Al analizar el tiempo dedicado a los quehaceres domésticos y cuidados no remunerados por hombres y mujeres se puede observar que el trabajo doméstico es la actividad a la que le proporcionan una mayor parte de su tiempo, tanto las mujeres como los hombres, pero son ellas quienes sobrepasan la dedicación a esta actividad. La brecha entre sexos llama la atención por la gran heterogeneidad que muestran los datos: Cuba, Panamá, Chile, Costa Rica, México, Perú y Argentina reportan las brechas más bajas. Mientras que Guatemala, Honduras, Paraguay y Ecuador las más altas. Esto se debe a la concepción feminizada del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, condición que lleva a invisibilizar la contribución de este trabajo femenino al desarrollo económico familiar y social como al de los países. En el caso del trabajo no remunerado de cuidado, Argentina, República Dominicana y Chile son los países que dedican un porcentaje de tiempo mayor a cuidar niños y niñas, personas enfermas, mayores y con discapacidad. Por su parte, México y Costa Rica son los países que le dedican más tiempo a la semana al trabajo doméstico, aproximadamente una quinta parte (véase gráfico 20).

Gráfico 20
América Latina y el Caribe (15 países)^a: Proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados, según tipo de trabajo no remunerado y sexo, último período disponible
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPALSTAT. [En línea] Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [Acceso: 20 de septiembre de 2022].

^a Argentina (2013), Chile (2015), Colombia (2017), Costa Rica (2017), Cuba (2016), Ecuador (2012), El Salvador (2017), Guatemala (2019), Honduras (2009), México (2019), Panamá (2011), Paraguay (2016), Perú (2010), República Dominicana (2016) y Uruguay (2016).

Recuadro 2**El trabajo de cuidado y las personas cuidadoras**

La economía feminista ha sostenido que la producción del mercado y la acumulación de capital dependen de la economía del cuidado, un trabajo históricamente invisibilizado, devaluado económica y socialmente y relegado a los cuerpos feminizados (Carrasco et al., 2011; Pérez, 2019). Los estereotipos tradicionales sobre la división sexual del trabajo y las normas formales e informales con que opera el mercado laboral están en la base de la desigual inserción de hombres y mujeres al mercado laboral y al trabajo de cuidados (CEPAL, 2022a).

A continuación, se examina como inciden las reglas del mercado en la estructuración de la economía de cuidados no remunerada al interior de los hogares y remunerada en tres ámbitos: en los hogares, la salud y la educación.

Trabajo de cuidado no remunerado

Históricamente, el trabajo de cuidados no remunerado, desarrollado al interior de los hogares, ha sido delegado en las mujeres como una obligación moral. Se calcula que, en la región, las mujeres destinan en promedio entre 22 y 42 horas semanales al trabajo de cuidados no remunerado mientras que, los varones sólo dedican una tercera parte de este tiempo (CEPAL, 2022a, p. 46). En la base de esta desigual distribución del trabajo de cuidados no remunerado, que se desarrolla al interior de los hogares, se encuentra, además de los estereotipos tradicionales sobre la división sexual del trabajo, la institucionalidad y la normatividad con la que opera el mercado laboral.

Con respecto a la dimensión institucional del mercado, se ha destacado que opera a través de un conjunto de presupuestos que incluyen: la separación natural del ámbito de la producción y de la reproducción social, la asunción de que se puede disponer de la totalidad del tiempo de los trabajadores, sin considerar sus necesidades de autocuidado o sus responsabilidades de cuidado y, muchas veces, sin respetar las jornadas laborales establecidas por la ley (las cuales fluctúan entre 48 y 40 horas semanales en la región) (CEPAL, 2022a), que la familia heteropatriarcal es la responsable central de la reproducción social y, dentro de ella, las mujeres son las cuidadoras por naturaleza. Se calcula que las mujeres dedican entre 6.3 y 29.5 horas más por semana que los hombres al trabajo doméstico y de cuidados, lo cual genera que el total de horas de trabajo realizadas por las mujeres supere a las realizadas por los hombres entre 2.4 y 20.8 horas por semana (CEPAL, 2022a, p. 100).

Además, en la región, el mercado laboral es altamente excluyente, lo cual ha dado lugar a una alta prevalencia de trabajo informal altamente precarizado. En este ámbito, se requiere de jornadas más largas de trabajo para conseguir la subsistencia del núcleo familiar y, por consiguiente, se dedica menor tiempo al trabajo de cuidados. Asimismo, las restricciones del acceso a la seguridad social, servicios médicos y/o a otros servicios de cuidados, en el mercado, hace que la carga de cuidados en los hogares sea más elevada.

Con respecto a la normatividad, las licencias de maternidad han buscado garantizar los derechos laborales de las mujeres, sin discriminación, aunque, a su vez, continúan delegando en las mujeres el trabajo de cuidados de su descendencia. En la región, hay 17 países que han establecido alguna normatividad para garantizar el derecho a una licencia posnatal para los hombres o licencia de paternidad remunerada; sin embargo, el periodo que establecen es muy corto, ya que va de 2 a 14 días. Por su parte, las licencias parentales que se extienden a madres o padres, posteriores a la licencia de maternidad, solo se encuentran vigentes en cuatro países de la región: Chile, Cuba, Colombia y Uruguay. Tales derechos solo han sido garantizados a personas del sector formal de la economía, además de que no contemplan permisos para el cuidado por motivos de enfermedad o para personas dependientes mayores de edad (CEPAL, 2022a).

Trabajo de cuidados remunerado

Los diferentes ámbitos de trabajo de cuidados remunerado se encuentran, altamente, feminizados y requieren de habilidades y conocimientos que no siempre se valoran ni económica ni socialmente. Al respecto, se calcula que "las mujeres representan el 72,6%, el 69,6% y el 90,7% de la población ocupada en los sectores de la salud, la educación y el trabajo doméstico remunerado, respectivamente" (CEPAL, 2022a, p. 112). En consecuencia, una forma de cerrar las brechas de género en el mercado laboral es el impulso de mejores condiciones laborales en estos sectores, además de reconocerlos como sectores centrales para dinamizar la economía.

Trabajo de cuidados remunerado en el hogar

El trabajo de cuidados remunerado que se desempeña al interior de los hogares es realizado, casi en su totalidad, por mujeres y continúa siendo devaluado económica y socialmente. Se calcula que el 9.8% de las mujeres ocupadas, en la región, se desempeñan como trabajadoras domésticas remuneradas, entre ellas persiste una alta proporción de mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes y migrantes (CEPAL, 2022a, p. 49). Este tipo de empleo suele prevalecer en condiciones de informalidad, con uno de los salarios más bajos en la escala salarial y se calcula que el 76% de estas trabajadoras no cuenta con cobertura previsional.

El Convenio 189 de la OIT sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos (OIT, 2011) ha sido firmado por 18 países de la región y ha impulsado el desarrollo de legislación a nivel estatal para la protección de los derechos de las trabajadoras del sector, entre las que se incluyen: el tener un contrato de trabajo escrito que especifique las condiciones laborales, el acceso a la seguridad social, una jornada laboral igual a la estipulada para otros trabajos en general y el derecho a un salario mínimo digno. A pesar de estos avances normativos, el trabajo doméstico y de cuidados remunerado prevalece en la informalidad; es decir, sin el reconocimiento de los derechos laborales estipulados. Por tanto, se hace necesaria la intervención de los Estados para mejorar la legislación en esta materia y supervisar su cumplimiento.

Trabajo de cuidados a la salud

En la región, una parte importante de los cuidados a la salud es asumida por los propios hogares, ya sea a través de servicios privados que pueden pagar los hogares de mayores ingresos o a través de arreglos familiares y comunitarios no remunerados, llevados a cabo, principalmente, por mujeres que administran los hogares con menores ingresos. Se calcula que el trabajo de cuidados a la salud que realizan las mujeres, en el mundo, equivale al 5% del PIB; sin embargo, la mitad de este es realizado sin remuneración ni reconocimiento (CEPAL, 2022a, p. 119).

En el ámbito de los cuidados remunerados a la salud, el sector se encuentra feminizado, ya que las mujeres representan el 72,6% de las personas trabajadoras en este ámbito. Sin embargo, persiste una brecha salarial del 39,2% con respecto a los hombres (CEPAL, 2022a, p. 119). Además, los hombres suelen ocupar los puestos de liderazgo y de mayor profesionalización; mientras que, las mujeres se concentran en los grupos de profesionalización media o baja y aún persiste un sector de estos trabajadores que laboran a domicilio de manera informal y, por tanto, bajo condiciones de mayor precarización.

Trabajo de cuidados en la educación

Los espacios educativos representan un sector importante de corresponsabilidad estatal y privada en las labores de cuidados. Sin embargo, es hasta los 6 o 7 años de edad de las personas que los Estados adquieren responsabilidades con su educación hasta por 12 años. Por consiguiente, en los primeros años de vida, la inserción en espacios educativos depende más del nivel de ingresos de las familias, ya que mientras los hogares de quintiles más altos pueden pagar servicios educativos para estas edades, los quintiles más bajos suelen establecer arreglos familiares y comunitarios de cuidados para solventar el cuidado en estas edades (CEPAL, 2022a, p. 123).

Por otro lado, la educación emplea al 9,1% de las mujeres ocupadas; sin embargo, al igual que el sector de la salud presenta una alta segmentación ocupacional. Mientras que, en los niveles de preescolar y primaria, se emplea predominantemente a mujeres (83,4%), en el sector de secundaria la prevalencia de mujeres es de 58,8% y en el nivel de preparatoria representan el 45,1% (CEPAL, 2022a, p. 124). Aun cuando los primeros niveles de educación requieren de habilidades de cuidados especiales, con énfasis en el trabajo afectivo, el salario por hora que reciben quienes se emplean en este nivel es menor que el de los niveles subsecuentes. A este respecto, se ha recomendado mejorar las condiciones laborales de los empleos en los niveles de preescolar y primaria, valorando el trabajo de cuidados que se desempeña en estas áreas y no únicamente en el nivel de profesionalización requerido.

Para gestar una sociedad del cuidado que haga posible la sostenibilidad de la vida se requiere “adecuar la institucionalidad y la organización del mercado laboral para que todas las personas [independientemente de su género y condición socioeconómica] puedan generar ingresos, cuidar a quienes lo necesitan, autocuidarse y cuidar al planeta” (CEPAL, 2022a, p. 98).

Fuente: Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. In *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 13–97). Catarara. CEPAL. (2022a). *La sociedad del cuidado. Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48363/5/S2200704_es.pdf. OIT. (2011). *Convenio 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos*. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189. Pérez, A. (2019). *Subversión feminista de la economía. Sobre el conflicto capital-vida. Traficantes de Sueños*.

IV. Marco jurídico y política regional en materia de cuidados de largo plazo en la región

El derecho a recibir cuidados y a cuidar se incluyó, de manera explícita, en los instrumentos internacionales de derechos humanos (Pautassi, 2007), con el surgimiento de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada en 2015 en el marco de la Organización de Estados Americanos, OEA. Sin embargo, en el cuadro 20 podemos observar, de manera tácita, una diversidad de instrumentos que —desde la mirada de la protección social, la búsqueda de la igualdad de género, de la protección a los derechos humanos de las personas con discapacidad, de la ampliación de los derechos laborales y de la búsqueda del reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos—, incorporan el cuidado, en general, y el cuidado a largo plazo en particular. A continuación, en el cuadro 20 se describen, de manera sintética, las principales contribuciones de los instrumentos internacionales vigentes en materia de cuidado a largo plazo.

Cuadro 20
América Latina y el Caribe (34 países): adhesión, firma y ratificación de pactos, convenciones y convenios relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales (a diciembre 2021)

Instrumento Internacional	Año	Total
C097 - Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado) (núm. 97)	1949	14
C102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)	1952	13
C105 - Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso (núm. 105)	1957	33
C111 - Convenio sobre la Discriminación (Empleo y Ocupación), OIT	1958	33
C118 - Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social) (núm. 118)	1962	8
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966	31
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	1979	33
C157 - Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social (núm. 157)	1982	0
Convención Americana sobre Derechos Humanos "Protocolo de San Salvador"	1988	17
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares	1990	19
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	2006	33
C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (núm. 189)	2011	16

Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPALSTAT. [En línea] Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat> [Acceso: 20 de septiembre de 2022].

A. Marco jurídico internacional y regional

Como ya se ha mencionado, la regulación jurídica internacional vinculada con los cuidados a largo plazo ha avanzado gracias a las luchas sociales para lograr la protección de los derechos humanos de las mujeres, de las personas con discapacidad y de las personas mayores. En este contexto, existen tres tipos de instrumentos que regulan el cuidado a largo plazo: i) relacionados con la protección de las personas trabajadoras, ii) enfocados en la progresividad del derecho a la protección social y iii) relacionados con aquellos grupos que enfrentan algún tipo de vulneración social.

1. Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares

Este Convenio, que fue adoptado el 23 de junio de 1981, reconoce los derechos laborales de las y los trabajadores que tienen responsabilidades con familiares directos que requieren cuidado o asistencia. Es un antecedente relevante, pues establece que tanto hombres como mujeres deben gozar de las mismas oportunidades para mantenerse vinculados a las actividades laborales y, además, insta a los Estados, en la medida de sus posibilidades, a garantizar y “desarrollar o promover servicios comunitarios, públicos o privados, tales como los servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar”. Por otro lado, establece que la responsabilidad familiar —que no se expresa como tal, pero se refiere al trabajo de cuidados—, nunca será una causa justificada para poner fin a la relación de trabajo.

2. Protocolo de San Salvador

El Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fue suscrito en la ciudad de San Salvador el 17 de noviembre de 1988. La relevancia de este documento radica en la obligación que asumen los Estados Partes de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos consagrados en dicho instrumento. La expresión “hasta el máximo de recursos disponibles” usada en el texto implica, por un lado, el reconocimiento de la diversidad de realidades de los países de la región, pero también el compromiso de esforzarse al máximo para garantizar el cumplimiento de tales derechos (Salvioli, 2004).

En su artículo 17, este instrumento se refiere a la protección de los ancianos y, en materia de cuidados, establece en su apartado A, que los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas de manera progresiva para “proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionarse por sí mismas” (OEA, 1988).

Por su parte, el artículo 18 está dedicado a la protección de las personas con discapacidad. Sin embargo, a diferencia de las personas mayores, en este caso la responsabilidad de los Estados Partes vinculada al cuidado, se refiere a “proporcionar formación especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos”.

3. Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

El Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) pone al centro la necesidad de que los Estados reconozcan el importante papel que desempeñan las mujeres en el cuidado de otros miembros de la familia. Igualmente establece que “el cuidado de los hijos, los enfermos y las personas de edad son una responsabilidad que recae desproporcionadamente sobre la mujer debido a la falta de igualdad y a la distribución desequilibrada del trabajo remunerado y no remunerado entre la mujer y el hombre” (ONU, 1995, p. 13). En este documento, se visibiliza la participación e importancia del papel de las mujeres en el cuidado a largo plazo de las personas con enfermedades como el VIH/SIDA, las infancias, las vejeces y las personas con discapacidad. También, la necesidad de incluir el trabajo de cuidados en las cuentas nacionales, desarrollar estadísticas y generar un nuevo paradigma de desarrollo, para visibilizar la contribución de las mujeres al desarrollo de los cuidados.

4. Consenso de Quito

En el marco de la Décima Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, llevada a cabo en Quito, Ecuador, en 2007, los Estados de la región se comprometieron a adoptar medidas en cinco áreas específicas vinculadas con el cuidado:

- i) Procurar la promoción de relaciones y responsabilidades igualitarias entre mujeres y hombres con apoyo de los medios de comunicación.
- ii) Favorecer la corresponsabilidad familiar y laboral entre hombres y mujeres.
- iii) Garantizar el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte al bienestar de las familias y al desarrollo económico de los países, y promover su inclusión en las cuentas nacionales;
- iv) Desarrollar instrumentos de medición del trabajo no remunerado y encuestas de uso del tiempo.
- v) Redistribuir el trabajo de cuidado logrando que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública.

5. Consenso de Brasilia

En el marco de la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, que se llevó a cabo durante el mes de julio de 2010, los países de la región suscribieron el Consenso de Brasilia, hecho que permitió el avance, de manera explícita, en el tema del cuidado.

En este instrumento se plantea establecer una serie de acciones específicas con la finalidad de promover la autonomía de las mujeres y la igualdad de género. En materia de cuidado, se insta, como parte de las disposiciones para conquistar una mayor autonomía económica e igualdad en la esfera laboral, la necesidad y urgencia de acciones y medidas de política social y económica enfocadas a reconocer y revalorar el trabajo no remunerado que realizan las mujeres en las esferas domésticas y de cuidado. Igualmente, se enfatiza la necesidad de desarrollar y fortalecer políticas y servicios universales de cuidado, adopción de políticas para establecer o ampliar licencias parentales, impulsar el establecimiento de una cuenta satélite sobre trabajo no remunerado y de cuidado, junto con fortalecer las políticas para la inclusión de las mujeres en el mercado laboral con perspectiva de interseccionalidad.

En el mismo documento se señala, también, que las acciones y políticas estarán basadas “en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas” (CEPAL, 2010a, p. 4).

6. Consenso de Santo Domingo

En el marco de la Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en la ciudad de Santo Domingo, en 2013 y, ratificando el compromiso de los Estados Partes establecido en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, se establece, nuevamente, la necesidad de continuar trabajando en la promoción del empleo decente, haciendo especial énfasis en que esto solo se logrará “redistribuyendo las tareas de cuidado entre Estado, mercado y sociedad y entre hombres y mujeres, y facilitando la capacitación y uso de la tecnología, el autoempleo y la creación de empresas en el sector científico-tecnológico, así como aumentar la proporción de mujeres que ocupan puestos en áreas en que se encuentran infrarrepresentadas, como los ámbitos académico, científico, tecnológico y de las tecnologías de la información y las comunicaciones” (CEPAL, 2013a, p. 5).

Por otro lado, en el apartado dedicado a la ‘Igualdad de género y empoderamiento económico de las mujeres’ se insta a los Estados a reconocer el valor del trabajo doméstico no remunerado a través de medidas legislativas y de políticas públicas, así como la creación de instrumentos de medición periódica sobre el trabajo no remunerado y sobre el cuidado señala, específicamente:

“Reconocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, las empresas privadas y el Estado, adoptando medidas, políticas y programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la vida familiar, laboral y social que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo, al estudio y a la política y disfrutar plenamente de su autonomía” (CEPAL, 2013a, p. 7).

Adicionalmente, establece la necesidad de consolidar sistemas públicos de protección y seguridad social con carácter universal e integral, con financiamiento solidario orientado al fortalecimiento del pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres, incluyendo aquellas que han dedicado su vida al trabajo reproductivo.

7. Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de niños y niñas

En el año 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció la resolución AG/64-142, titulada Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños, cuyo objeto es promover la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, alentando a los gobiernos a asumir sus responsabilidades y obligaciones, orientando sus políticas sobre protección social para las infancias, así como las acciones de los sectores privados y de la sociedad civil, cuando existen dificultades, riesgos o imposibilidad para recibir cuidado parental. Estas directrices son aplicables en centros de cuidado como instituciones de acogida para niños con discapacidad mental o física u otras necesidades especiales, internados u hospitales, entre otros.

En este sentido, se determina que los Estados deberán establecer medidas para: (1) apoyar el cuidado prestado en entornos familiares, cuya capacidad resulte limitada; (2) atender al cuidado y protección apropiados de los niños vulnerables, como es el caso de los niños afectados por enfermedades graves; y, (3) atender a la promoción y salvaguardia de todos los demás derechos, especialmente, pertinentes para la situación de los niños privados del cuidado parental.

Un aspecto relevante de dicho instrumento son las diferentes estrategias que establece para garantizar el apoyo a las familias, las que van desde políticas para el fortalecimiento de la infraestructura y de los servicios de apoyo y atención, como escuelas de jornada completa y de cuidado temporal para infantes con necesidades especiales.

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

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM), aprobada en 2015 en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), es un instrumento internacional vinculante que, por primera vez en la historia, centra su atención en este grupo poblacional. El objeto de la CIPDHPM es “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor” (Artículo 1). Sus principios establecen, entre otros, la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades de las personas mayores, la dignidad, independencia y autonomía, la igualdad y no discriminación, la participación e inclusión plena, el bienestar, el cuidado, la seguridad física, económica y social, la equidad e igualdad de género, el buen trato y la atención preferencial y judicial efectiva.

Uno de los grandes logros de este instrumento es el reconocimiento de los derechos de las personas mayores que reciben servicios de cuidado a largo plazo. Aunque este derecho está establecido en el artículo 12 de la Convención, son muchos los artículos de la CIPDHPM que se encuentran vinculados con los cuidados a largo plazo: i) derecho a la no discriminación (Art. 6); ii) a la vida y a la dignidad, adoptando medidas especiales para garantizar el acceso sin discriminación al cuidado integral, incluidos los cuidados paliativos (Art. 7); iii) derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia o maltrato, estableciendo mecanismos de capacitación, judiciales y administrativos, para prevenir la violencia dentro de la familia,

la unidad doméstica y los lugares donde se reciben cuidados a largo plazo (Art. 9); iv) derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 10); derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, de manera previa, voluntaria, libre y expresa, así como a modificar o revocar, recibiendo información adecuada, clara, oportuna, accesible y comprensible, de acuerdo con su identidad cultural, su nivel educativo y sus necesidades de comunicación (Art. 11); derecho a la libertad y seguridad personal y a que la edad nunca justifique la privación o restricción arbitraria de la libertad (Art. 13); derecho a la privacidad y a la intimidad y a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales, particularmente en el caso de las personas que reciben servicios de cuidado a largo plazo (Art. 16); derecho a la seguridad social, incluidos mecanismos flexibles de protección social (Art. 17); derecho a la salud, a través de la atención preferencial y acceso universal, equitativo y oportuno de servicios integrales de salud, del desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados y especializados para atender enfermedades que generan dependencia, como las demencias, enfermedades crónico-degenerativas y el Alzheimer, además de la promoción de medidas para establecer servicios de cuidados paliativos y de apoyo a las familias (Art. 19); derecho a la vivienda, promoviendo el acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidado domiciliario para poder residir en su propio domicilio, según su voluntad (Art. 24); en situaciones de riesgo o emergencias se establecerán medidas de atención específica para su atención (Art. 29); igual reconocimiento ante la ley (Art. 30); acceso a la justicia (Art. 31).

En el artículo 12, titulado 'Derechos de la persona mayor que recibe cuidados de largo plazo' se establece:

- El derecho de las personas mayores a contar con un sistema integral de cuidados que "provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía" y que esté fundado en la perspectiva de género y el respeto a la dignidad física y mental de la persona mayor".
- La obligación de los Estados Parte de "diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión".
- El compromiso de los Estados para asegurar que los servicios de cuidado a largo plazo estén sujetos a la voluntad libre y expresa de la persona mayor, cuenten con personal especializado para ofrecer atención adecuada, establecer marcos regulatorios para el funcionamiento, evaluación y supervisión de los servicios de cuidado a largo plazo, garantizando acceso a la información, evitando injerencias ilegales a la vida privada, promoviendo la interacción con la familia y la sociedad, protegiendo la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de las personas mayores y protegiendo la integridad, privacidad e intimidad en sus actividades.
- La necesidad de actualizar la legislación nacional 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"
- La importancia de adoptar medidas para que las personas que requieren cuidados paliativos cuenten con servicios que incluyan al paciente, su entorno y su familia.

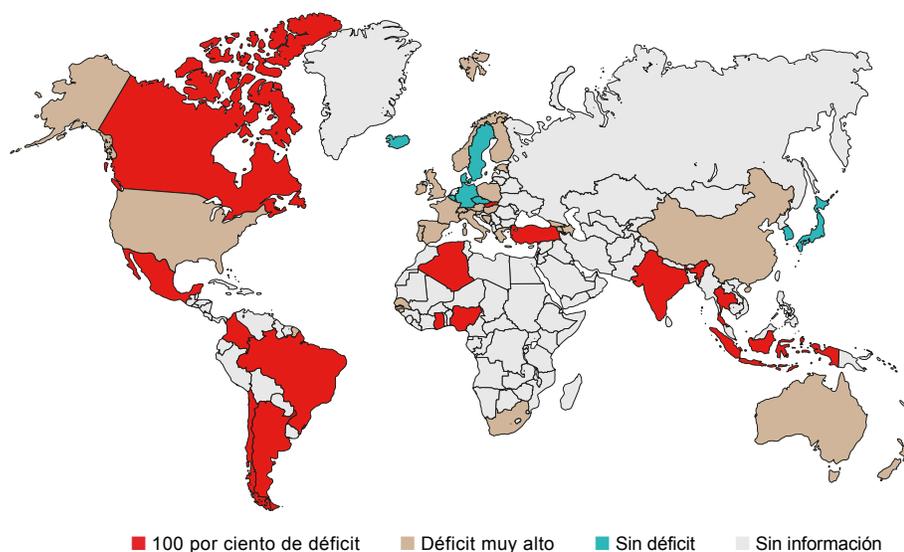
Cuadro 21
América Latina y el Caribe (33 países): mención^a y cobertura de temas sociales
y protección de grupos específicos en las normativas constitucionales
(A diciembre de 2021)

País	Año de Creación Constitucional	Vivienda Social	Trabajo y Seguridad Social	Salud Pública	Educación Pública	Desarrollo Social	Protección Integral a la Familia	Niños y adolescentes	Jóvenes	Mujeres	Personas de Edad	Personas con discapacidad	Afrodescendientes	Indígenas	Personas migrantes
Antigua y Barbuda	1981		1	1			2								
Argentina	1994	1	1		1	2	2	1		1	1	1	1	2	2
Bahamas	1973														
Barbados	1966		2												
Belice	1981		2	2	2		2	1							
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2008	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Brasil	1988	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Chile	1980		1	1	1	2	1								2
Colombia	1991	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1		2
Costa Rica	1949	1	1		1		1	1		1	1	1			1
Cuba	1976	2	1	1	1		1	1	1	1	1	1			1
Dominica	1978		2												
Ecuador	2008	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
El Salvador	1983	2	1	1	1	1	1	1		1			2	2	2
Granada	1973														
Guatemala	1985	2	1	1	1	2	1	1		1	1	1	1	1	2
Guyana	1980	1	2	1	1			1	1	1	1	1	1		
Haití	1987	1	1	1	1	2	1	1		2	2	1			1
Honduras	1982	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
Jamaica	1962						2								
México	1917	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1
Nicaragua	1948	1	1	1	1		1	1			1	1		1	2
Panamá	1972	1	1	1	1	1	1	1		2	1	1	1		1
Paraguay	1992	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2
Perú	1993		1	1	1		1	1		2	1	1	2	2	2
República Dominicana	2010	1	1	1	1		1	1	1	2	1	1			2
San Cristóbal y Nieves	1983		2	2	2										
San Vicente y las Granadinas	1979						2								
Santa Lucía	1978		2				2								
Surinam	1987	1	2	1	1	2		1	1			1			
Trinidad y Tabago	1976						2								
Uruguay	1997	1	1	1	1		2	2	2	2	2				2
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2

Fuente: Observatorio de Desarrollo Social. Institucionalidad Social para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021) <https://dds.cepal.org/bdips/dim12.php>.

^a1 Mención directa, 2 Mención indirecta.

Mapa 1
Déficit en la cobertura de los cuidados de largo plazo hacia la
cobertura universal basada en la legislación nacional, 2015
(Total de la población y porcentajes)



Fuente: Estimaciones de la OIT 2015, Banco Mundial, 2015.

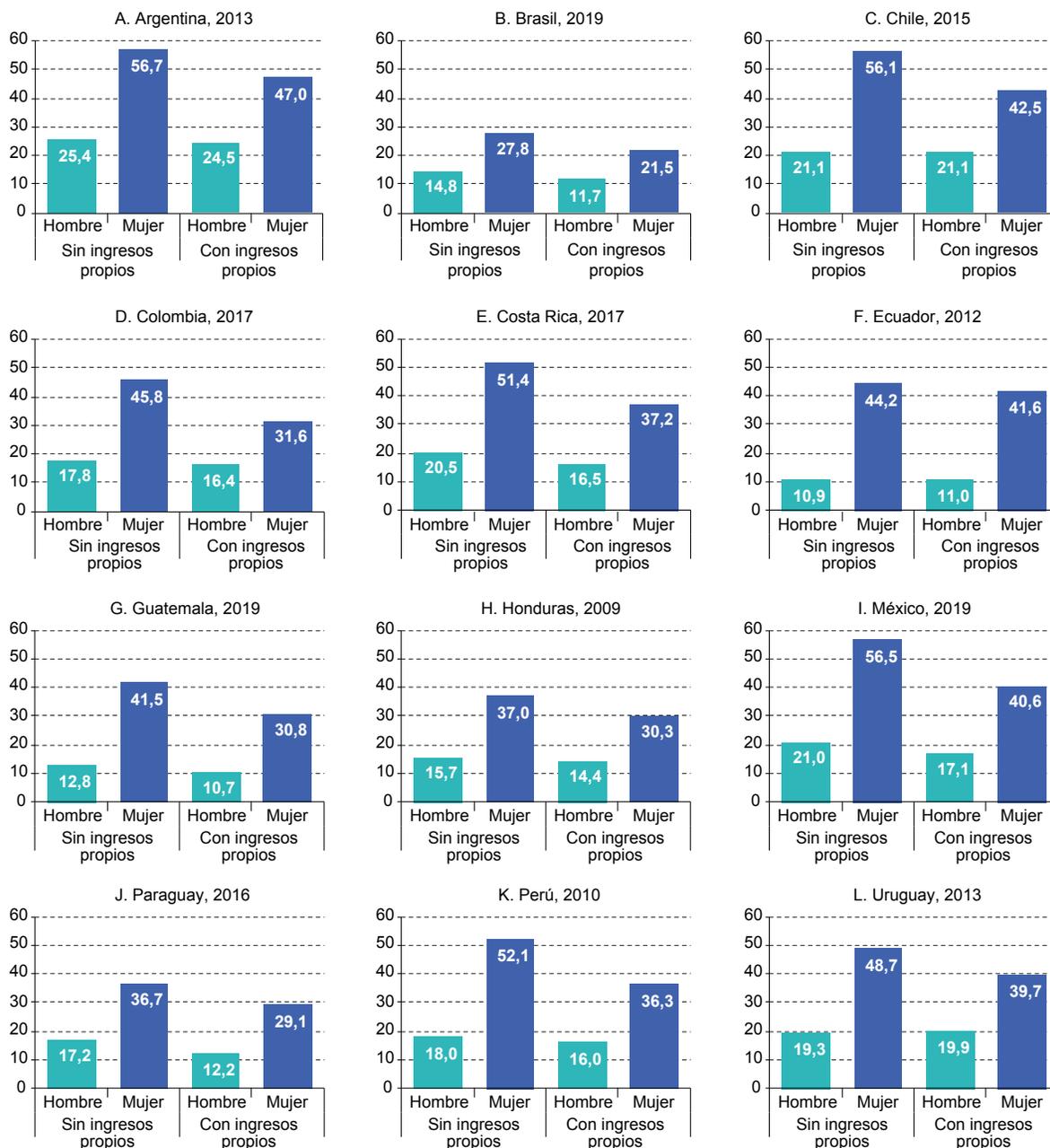
Nota: Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Cuadro 22
América Latina (10 países): métodos de valorización económica
del trabajo no remunerado de los hogares utilizados

País	Año	Insumos	Costos	Salarios
Argentina	2020	Encuesta de Uso del Tiempo 2013 + Encuesta Permanente de Hogares	Reemplazo	Generalista
Chile	2020	Encuesta Nacional del Uso del Tiempo 2015 + Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017 + Encuesta Nacional de Empleo (ENE 2015 y 2020)	Reemplazo	Generalista
Colombia	2017	Encuesta Nacional del Uso del Tiempo 2016-2017 + Gran Encuesta Integrada de Hogares	Reemplazo	Ambos y compara
Costa Rica	2017	Encuesta Nacional del Uso del Tiempo 2017 + Encuesta Continua de Empleo (ECE) 2017 + Cuadro de oferta y utilización (COU) del Sistema de Cuentas Nacionales	Reemplazo	Híbrido
Ecuador	2017	EUT + Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo + Directorio de Empresas	Reemplazo	Híbrido
El Salvador	2010	Módulo del uso del tiempo de Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2010	Reemplazo	Híbrido
Guatemala	2014	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI)	Reemplazo	Generalista
México	2019	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2019 + Encuesta Nacional de Empleo (ENE) + Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)	Reemplazo	Híbrido
Perú	2010	Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2010 + Cuadro de Oferta y Utilización y la Matriz de empleo equivalente	Reemplazo	Híbrido
Uruguay	2013	Encuesta Continua de Hogares	Reemplazo	Híbrido

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de información oficial de los países de la región. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC) (2019). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo ENUT 2017, Costa Rica. 17a. Reunión Internacional de Especialistas sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado, Aguas Calientes, México, 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/eventos/2019/rut/Sesion2/S2M1.AidaChavesfn.pdf>; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) (2013) Metodología de la Encuesta Específica de Uso del Tiempo — 2012. M-EUTDINME-MN. Quito, Ecuador. [en línea] https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Usos_Tiempo/Metodologia_EUT_2012.pdf; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020) Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Diseño conceptual.pdf; INAMU (2017) [en línea] <https://www.inamu.go.cr/valoracion-del-trabajo-domestico-no-remunerado>.

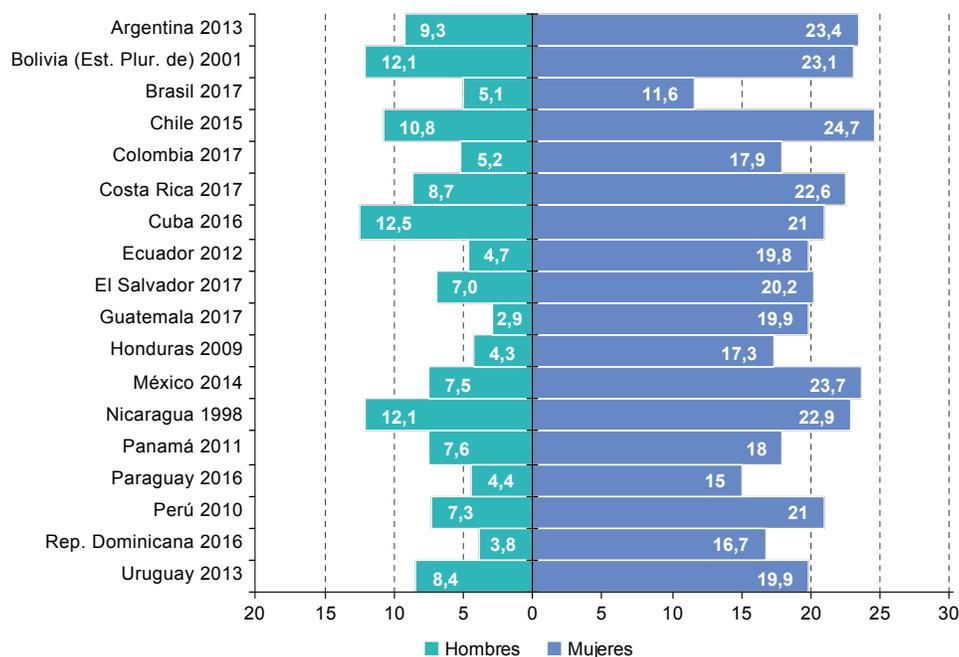
Gráfico 21
América Latina (12 países): tiempo de trabajo no remunerado,
según sexo e ingresos propios, último año disponible
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Repositorio de Información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe.

Nota: La heterogeneidad de las fuentes de datos no permite la comparabilidad entre países, el objetivo de este gráfico es mostrar las tendencias al interior de cada país.

Gráfico 22
América Latina (18 países): proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados
(indicador 5.4.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), según sexo
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas sobre el uso del tiempo de los respectivos países. Información actualizada al 26 de septiembre de 2019.

Calculado sobre la base de los metadatos publicados en División de Estadística de las Naciones Unidas [en línea] <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-04-01.pdf> al 13 de julio del 2018.

Nota: Se consideran el trabajo doméstico y de cuidado realizado para el propio hogar, otros hogares o la comunidad, y el trabajo voluntario, excepto en los casos de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Cuba, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Los datos corresponden al total nacional, excepto en los casos de Costa Rica, en que se refieren a la Gran Área Metropolitana, y Cuba, en que se limitan a la Habana Vieja. Los datos se refieren a la población de 15 años o más, excepto en los casos de Argentina, en que se limitan a la población de 18 años y más, y Nicaragua en que se considera a la población de 6 años o más.

V. Las políticas de cuidado de largo plazo en América Latina y el Caribe

A. La necesidad de la ampliación de la cobertura de protección social

La alta informalidad existente en América Latina y el Caribe impacta con fuerza en los niveles de protección social que cada país brinda a sus habitantes. Dichas diferencias tienen su origen en las características propias de los mercados de trabajo y que los países han buscado fortalecer mediante el impulso de la formalización, la valorización del salario mínimo, el fortalecimiento de las instancias de negociación colectiva, la creación de seguros de desempleo, el establecimiento de políticas para favorecer la autonomía económica de las mujeres y la articulación de sistemas de capacitación y educación. Como estrategia fundamental, es necesario avanzar en la región hacia la universalización de la protección social, incluyendo, además de la ampliación de cobertura y calidad de las prestaciones, la creación y el fortalecimiento de infraestructura, de los sistemas de transferencias y, desde una mirada más reciente, considerar al cuidado como un pilar de la protección social (Minoldo y Peláez, 2023).

De acuerdo con Cecchini et al. (2019), “la protección social busca garantías de bienestar básicas, aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida y moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales” (p. 15). Las pensiones, la protección de la salud y los servicios sociales para la autonomía son pilares básicos para garantizar el respeto a los derechos económicos y sociales de las personas durante su curso de vida.

Sin embargo, el Informe Mundial Social sobre la Protección Social 2020-2022, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2021a), menciona que la protección social de las personas mayores continúa presentando problemas de cobertura y adecuación. Según Huenchuan (2013), la protección social en la vejez cuenta con tres pilares: las pensiones, la atención básica de salud y los servicios sociales para la autonomía. Para la autora, los pilares de pensiones y salud constituyen un peldaño de la protección social que recae en la responsabilidad del Estado; mientras que, los servicios sociales para la atención de la autonomía parten de una responsabilidad compartida entre la sociedad y el Estado para construir prestaciones sociosanitarias que fortalezcan la atención de las personas mayores.

Cuando existen sistemas de protección social consolidados al interior de los Estados, las probabilidades de que las personas mayores vivan en hogares en situación de pobreza monetaria son inferiores. En cambio, la pertenencia a grupos indígenas y afrodescendientes las sitúa en condiciones de mayor vulnerabilidad. Por otro lado, las brechas de cobertura entre zonas rurales y urbanas, sumadas al hecho que las existentes entre mujeres y hombres siguen siendo altas y el tipo de gasto en pensiones y otras prestaciones, muestra importantes variaciones entre los países de la región.

En ALC, las altas tasas de informalidad laboral impactan directamente en los alcances de la protección social contributiva y, a la vez, incrementan la necesidad de establecer medidas de protección social no contributiva. Casali, et al. (2020) mencionan que, previo a la aparición del COVID-19, en América Latina y el Caribe la cobertura de la protección social contributiva alcanzaba el 46.5% de la población ocupada. Pero, en algunos países como Uruguay, Brasil, Chile, Costa Rica y Argentina superaron el 50%. La OIT (octubre 2021) menciona, además, que la cobertura efectiva de las prestaciones no contributivas alcanzó al 39.2% de la población vulnerable, mientras que el gasto público en protección social rondaba el 10% del PIB regional.

La ampliación de la cobertura en protección social requiere una revisión de los determinantes de la falta de acceso, tales como la informalidad laboral, la falta de reconocimiento del trabajo de cuidados, la brecha de género, la pertenencia étnica, el lugar de residencia (urbano o rural), la condición migratoria, de salud y discapacidad, entre otros.

El entendimiento de la protección social como un derecho debe constituir el impulso para establecer mecanismos que coadyuven en la ampliación de las coberturas, de tal forma que —los grupos que, históricamente, han sido excluidos, total o de manera parcial, de los beneficios de este derecho—, alcancen dicha protección.

En el caso de las personas mayores, la ampliación de la cobertura implica: (1) el reconocimiento de la diversidad de vejezes; es decir, considerar las distintas trayectorias laborales presentes y pasadas del grupo etario; (2) procurar la ampliación de la protección social hacia la economía informal; (3) desarrollar acciones específicas para garantizar la protección social de las vejezes en zonas rurales; (4) desarrollar acciones específicas para garantizar la protección social de las vejezes que cuidan; y, (5) considerar al cuidado como un pilar fundamental al interior de los sistemas de protección social, al igual que lo son la salud y las pensiones.

B. Gasto social dedicado al cuidado a largo plazo en la región

El aumento acelerado de la población de personas mayores en los países de América Latina y el Caribe es todo un reto porque implica distribuir de manera óptima el gasto social dedicado al cuidado a largo plazo y la posibilidad de ampliar las posibilidades de apoyo en esta etapa de la vida. Podemos observar en el cuadro 23 como el gasto social público en discapacidad relacionado con el cuidado son muy bajos con respecto al porcentaje del PIB, en rubros muy acotados para algunos países, donde se distribuye, principalmente a través de prestaciones monetarias y en especie; sin embargo, sabemos que la población de personas mayores es muy diversa y en ese tenor los apoyos también tendrían que responder a dicha diversidad.

Resalta que el gasto social público dedicado al cuidado a largo plazo no se distribuye ni al cuidado residencial ni a los servicios de ayuda a domicilio, salvo en Uruguay que es uno de los países más envejecidos en la región. Estos servicios se encuentran más relacionados con la población mayor en situación de mayor dependencia, pero desde el gasto público son inexistentes en la mayoría de los países, aunque sabemos que muchas personas mayores son cuidadas al interior de sus hogares, principalmente por mujeres que fungen como cuidadoras primarias o bien mujeres que realizan trabajos de cuidados desde la informalidad, con ingresos precarios y sin seguridad social.

El gasto social en cuidados a largo plazo es una demanda creciente, necesaria como compromiso de los Estados, pero también una obligación que haga justicia distributiva ante la demanda de población en dependencia. El gasto social debe considerarse una inversión social que libere a las mujeres de estas tareas y brinde la posibilidad de contribuir al desarrollo de sus países, si así lo desean. El derecho al cuidado a largo plazo deberá ir acompañado de justicia presupuestal con perspectiva de género, de derechos humanos hacia quienes son cuidados y quienes cuidan. La posibilidad de un desarrollo más justo está en juego. Los países de la región no pueden continuar pasando la factura de los cuidados en domicilio a las mujeres, es un equívoco renunciar al capital social que representan las mujeres para el desarrollo de sus comunidades y países.

Cuadro 23
América Latina y el Caribe (10 países): gasto social público en
discapacidad relacionada con cuidado de largo plazo, 2018
(Porcentaje del PIB)

	Cuidado residencial / Servicios de ayuda a domicilio	Licencia remunerada por enfermedad (lesiones y enfermedades profesionales)	Licencia remunerada por enfermedad (otras asignaciones diarias por enfermedad)	Otras prestaciones en especie	Otras prestaciones monetarias	Pensiones (lesiones y enfermedades profesionales)	Pensiones de invalidez	Prestaciones en especie	Prestaciones monetarias	Servicios de rehabilitación
Argentina							0,86		0,86	
Brasil		0,06	0,41		0,02	0,03	1,33		1,86	
Colombia		0,09							0,09	
Costa Rica					0,02		0,04		0,04	0,06
El Salvador		0,02	0,08	0,22			0,01	0,22	0,11	
Guatemala		0,05			0,03		0,03		0,10	
Perú			0,04	0,03				0,03	0,04	
República Dominicana			0,02						0,02	
Trinidad y Tabago		0,01		0,03	0,04	0,03	0,62	0,03	0,70	
Uruguay	0,05		0,34					0,05	0,34	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. División de Desarrollo Económico, sobre la base de cifras oficiales https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4405&area_id=2314&lang=es.

Cuadro 24
América Latina y el Caribe (10 países): gasto social privado en
discapacidad relacionada con cuidado de largo plazo, 2018
(Porcentaje del PIB)

	Cuidado residencial / Servicios de ayuda a domicilio	Licencia remunerada por enfermedad (lesiones y enfermedades profesionales)	Licencia remunerada por enfermedad (otras asignaciones diarias por enfermedad)	Otras prestaciones en especie	Otras prestaciones monetarias	Pensiones (lesiones y enfermedades profesionales)	Pensiones de invalidez	Prestaciones en especie	Prestaciones monetarias	Servicios de rehabilitación
Argentina								0,68		0,68
Brasil										
Colombia						0,24			0,24	
Costa Rica										
El Salvador							0,03		0,03	
Guatemala										
Perú							0,04	0,06	0,04	0,06
República Dominicana										
Trinidad y Tabago										
Uruguay		0,01							0,01	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. División de Desarrollo Económico, sobre la base de cifras oficiales https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4405&area_id=2314&lang=es.

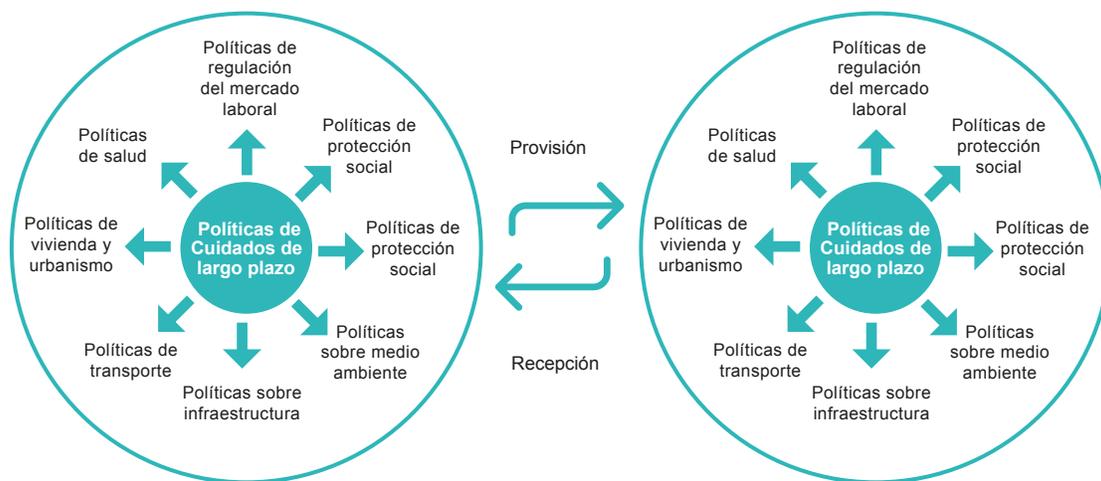
C. Características de las políticas de cuidado a largo plazo

El Plan del Decenio del Envejecimiento Saludable establece que “todos los países deben contar con un sistema capaz de atender las necesidades de las personas mayores en lo que respecta a la atención crónica, y en particular unos servicios de asistencia y apoyo social que les ayude en la vida cotidiana y el cuidado personal y les permita mantener sus relaciones, envejecer en un lugar adecuado, no ser víctimas de maltrato, acceder a los servicios comunitarios y participar en actividades que den sentido a sus vidas” (OPS, 2019).

De acuerdo con la CEPAL, las políticas de cuidado abarcan aquellas acciones públicas referidas a la organización social y económica del trabajo destinado a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia. Según el Informe Avances y Retos legislativos en materia de Autonomía y Empoderamiento Económico de las mujeres en Iberoamérica (ONU Mujeres, SEGIB, 2020), existen grandes desafíos legislativos para lograr la disminución de las brechas que impiden avanzar, de manera equitativa, hacia una organización social del cuidado en la región. Entre tales desafíos se encuentra la falta de legislación sobre igualdad salarial; la persistente presencia de legislación, que en la práctica restringe la libertad de elección de empleo de las mujeres y promueve la segregación ocupacional; la carencia de legislación sobre el reconocimiento y necesidad de redistribución del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados; la ausencia de regulación y protección del trabajo doméstico y de legislación para prevenir la discriminación por sexo en las coberturas de pensiones.

En este contexto, se ha señalado que, para lograr el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030, es indispensable eliminar leyes discriminatorias y avanzar, legislativamente, hacia la protección de los derechos de las personas, especialmente de las mujeres que realizan trabajos de cuidado tanto remunerados como no remunerados. Por otro lado, en la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, los Estados parte se comprometieron a “implementar políticas contracíclicas sensibles a las desigualdades de género para mitigar los efectos de crisis y recesiones económicas en la vida de las mujeres, y promover marcos normativos y políticas que dinamicen la economía en sectores clave, incluido el de la economía del cuidado” (CEPAL, ONU Mujeres, 2020).

Diagrama 4
Vinculación con otras políticas públicas y relación bidireccional de las políticas de cuidado con otras políticas



Fuente: Elaboración propia.

Diagrama 5
Clasificación de las políticas de cuidado



Fuente: Elaboración propia con base en Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales y Rossel, C. (2016). Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas. CEPAL, Cooperación Alemana Deutsche Zusammenarbeit. Rico, N. y Robles, C. (2016) Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad. Serie Asuntos de Género, N° 140 (LC/L.4226), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre, 2016.

D. Avances legislativos en materia de cuidados a largo plazo

Los países de América Latina y el Caribe han buscado normar sobre los cuidados a largo plazo para articular las acciones y soportarlas financieramente. Los avances legislativos en los países de la región son diferentes en virtud de las discusiones nacionales y las temáticas insertadas en el ámbito político y social. La información constata un entrecruzamiento de temas vinculados a los cuidados, donde las personas mayores viviendo con dependencia son receptores de cuidados mediante conceptualizaciones variadas y donde se involucran trabajadoras domésticas y personas trabajadoras del cuidado. Algunas iniciativas han buscado visibilizar a las personas trabajadoras remuneradas y no remuneradas. Las diversas temáticas que reportan los países de la región obedecen a su propia formación sociocultural, así como a la perspectiva social de ciertos grupos políticos predominantes.

Desde este punto de vista, la lista que se presenta en el cuadro A.1 del anexo 1, amerita un cuidadoso análisis y balance que, si bien no está escrito en piedra, tiene la virtud de mostrar la evolución de un debate emergente en la región que llegó para quedarse a raíz de la transformación demográfica que viven los países de la región.

E. Políticas, programas y acciones en materia de cuidados a largo plazo en la región

La construcción de sistemas y políticas de cuidado a largo plazo en la región son aún limitadas en la mayoría de los países. Esto se debe fundamentalmente a: i) la variabilidad de las aproximaciones al concepto de dependencia; ii) la falta de recursos económicos para brindar asistencia sanitaria a quienes requieren cuidado de largo plazo; iii) la carencia de datos confiables y actualizados respecto a la población con necesidades de cuidado de largo plazo, la infraestructura existente y requerida, sobre el personal calificado para hacer frente a este reto y sobre las personas cuidadoras familiares o no profesionales; iv) la construcción social del cuidado a largo plazo que mantiene en muchos países una perspectiva familista (o familiarista) y; v) a la carencia de una perspectiva de derecho al cuidado.

El MIPAA menciona la importancia de mejorar la atención a largo plazo de las personas de edad, especialmente de quienes viven con discapacidad, con enfermedades mentales o terminales. Ello fue retomado en la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana, que instó a los Estados a que mejoren y respalden el bienestar de las personas de edad avanzada y a quienes cuidan de ellas, mediante una provisión adecuada y equitativa de servicios y de asistencia (OMS, 2016).

Si bien, es cierto que las necesidades de cuidados a largo plazo no son exclusivas de las personas mayores o de las personas con enfermedades no transmisibles, las condiciones demográficas, epidemiológicas y la aparición de la COVID-19, han puesto de manifiesto la necesidad de establecer políticas dirigidas a este sector. La Agenda 2030 y la Década del Envejecimiento Saludable han establecido entre sus metas la creación de sistemas de protección social que garanticen el acceso a este derecho.

Los diversos informes de país que reportaron acciones durante 2018-2022 permiten conocer avances legislativos, pero también la creación de infraestructura que permite identificar al mismo tiempo, los desafíos en materia de cuidados a largo plazo. A continuación, en el cuadro 25 se describen algunos de los avances en esta materia en la región.

Cuadro 25
Países que reportan acciones y legislación en materia de cuidados de largo plazo, 2018-2022

	Acciones de cuidado a largo plazo	Ley especial sobre funcionamiento de las instituciones de larga Estadía
Argentina	X	X
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X	X
Brasil	X	X
Colombia		X
Costa Rica	X	X
Cuba	X	X
Chile	X	X
Guatemala		X
México	X	
Paraguay		X
Perú	X	X
República Dominicana	X	
Uruguay	X	X
Venezuela (República Bolivariana de)	X	

Fuente: Elaboración propia con información proveniente de Informes de País para la elaboración del Informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL, 2022).

De acuerdo con la OPS (2021a), la relevancia del tema de los cuidados de largo plazo en la región se justifica en tres necesidades: i) determinar un consenso sobre las definiciones, normas y herramientas para evaluar la dependencia; ii) el desarrollo de un catálogo de estrategias e intervenciones para prevenir la discapacidad, mejorar la capacidad funcional y disminuir la dependencia y; iii) construir un proceso para el diseño e implementación de sistemas de cuidado a largo plazo financieramente sustentables, asequibles, basados en derechos humanos y de naturaleza multisectorial.

Los informes de país reflejan que persisten importantes áreas de oportunidad, en materia de cuidados a largo plazo, particularmente en lo relativo a la consolidación de registros nacionales de instituciones de cuidado a largo plazo (ICLP) públicas, privadas y administradas por organizaciones de la sociedad civil (véase el cuadro 26). Argentina, Brasil y Chile reportan interesantes estrategias para el registro y seguimiento de la ICLP. Sin duda, para la región, la carencia de registros nacionales actualizados impide la realización de un diagnóstico del estado que guarda la infraestructura, la calidad de los servicios y de las capacidades de respuesta frente a emergencias como la COVID-19.

Cuadro 26

América Latina y el Caribe (10 países): programas y estrategias de formación a personas cuidadoras, 2018-2022

País	Nombre	Objetivo
Argentina	Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios, de la DiNaPAM	Ha formado a más de 50.000 cuidadores/as domiciliarios/as.
	Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios	El Registro se encuentra alojado en la página https://www.argentina.gob.ar/registrocuidadores y para la acreditación se solicita contar con un certificado de cuidador/a domiciliario/a de 200 horas o más o título similar como auxiliar gerontológico, siempre que correspondan a un perfil sociosanitario, no terapéutico.
	Programa Nacional de Formación en Cuidados de Personas Mayores	La formación de recurso humano calificado en la atención y cuidado de personas mayores con algún grado de dependencia.
Brasil	Programa ISupport para su uso en el contexto brasileño	Se trata de una plataforma digital interactiva desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para apoyar y proporcionar educación sanitaria a los cuidadores familiares de personas con demencia en Brasil.
	Guía práctica para los cuidadores	La versión actualizada está disponible en los sitios web oficiales del Ministerio de Sanidad desde 2021.
Colombia	Política Nacional de Cuidado en Colombia	El Departamento Nacional de Planeación, DNP, lidera la construcción de la Política Nacional de Cuidado, trabaja a nivel intersectorial para su formulación, en la cual se implementará un sistema nacional de cuidados como un elemento fundamental para el cierre de brechas entre la demanda y la oferta de cuidado en el país y, también, como un mecanismo para el reconocimiento, redistribución y reducción del trabajo de cuidado no remunerado, asumido, principalmente, por las mujeres, la cual se está construyendo de manera intersectorial y donde el MSPS, como ente rector de los servicios sociosanitarios, aportará herramientas para los estándares, el sistema de información y seguimiento de los centros de atención a personas mayores.
	Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá D.C.	A cargo de la Secretaría de Integración Social, el cual tiene como objetivo contribuir a la igualdad de oportunidades para las mujeres, a través de la ampliación y cualificación de la oferta institucional de servicios del cuidado, con el fin de: i) reducir su tiempo total de trabajo ii) redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado con los hombres y iii) contar con mecanismos para su valoración y reconocimiento. Se fortalece la oferta de servicios de cuidado para atender a población con mayor nivel de dependencia funcional (primera infancia, población con discapacidad y vejez). Sus servicios son brindados por el Estado, el sector privado y el sector comunitario, bajo un modelo de corresponsabilidad.
Costa Rica	Capacitación	La Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, cuenta con un grupo de profesionales interdisciplinarios que ofrece capacitación a quienes cuidan de personas en situación de dependencia. Por su parte, el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social y los servicios de trabajo social de diferentes hospitales, desarrollan actividades educativas para personas cuidadoras. En el 2018, 62 áreas de salud brindaron capacitaciones de este tipo para un total de 1 185 personas cuidadoras.
Cuba	Escuelas de Cuidadores	La Resolución No. 355, de fecha 6 de diciembre de 2018, del ministro de Salud Pública, establece el PROCEDIMIENTO por el cual el personal de salud encargado ejecutará las acciones de control que permitan evaluar la calidad de los cuidados que se brindan a personas enfermas, con discapacidad o ancianos, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud
	Solicitud al Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) para incluir en las capacitaciones a personas que realizan labores de cuidado con Personas Mayores	Capacitaciones a personas que realizan labores de cuidado con Personas Mayores, específicamente a cuidadoras del programa de cuidados domiciliarios, y de esta manera, poder mejorar los servicios brindados. El año 2018, se volvió a capacitar a 50 cuidadoras/es, mediante la misma modalidad. El 2020 se postularon 5 cursos, para capacitar a 75 personas, pero debido a la pandemia estos aún no han podido ser ejecutados. Los cursos postulados en estos años fueron: atención y cuidados sociosanitarios para el adulto mayor, Servicio de asistencia domiciliaria y cuidados primarios básicos a personas con dependencias, en especial adultos mayores y Servicios de cuidados básicos integrales para Personas Mayores.

País	Nombre	Objetivo
	Capacitación Manual Yo me Cuido y Te Cuido	Elaboración de material digital e impreso para personas cuidadoras. Ofrece una guía para el autocuidado de la persona cuidadora.
	Curso virtual nivel inicial para Cuidadoras/es de Personas Mayores de Establecimientos de Larga Estadía ELEAM	El objetivo del curso es que cuidadores/as formales, a lo largo del país, puedan adquirir nuevas competencias y herramientas que les permitan apoyar su autocuidado y brindar un mejor cuidado a la persona mayor, según sus necesidades y capacidades. El curso fue implementado en abril de 2021 por la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile, patrocinado por el Ministerio de Salud y el Campus Virtual de la OPS /OMS, en colaboración con SENAMA.
	Ciclo Cursos Webinar SENAMA y Universidad SEK	Fortalecer conocimientos y habilidades en los cuidadores/as informales y formales que prestan atención directa a Personas Mayores con dependencia en instituciones públicas y privadas, y/o que realizan estas labores en casa particular, a técnicos y profesionales de la red SENAMA y otros profesionales del campo de la Gerontología Social.
	Ciclo Capacitaciones en plataforma de Hospital Digital	En el mes de junio 2020 se realizan capacitaciones en línea a través de la plataforma del Hospital Digital del Ministerio de Salud, con el fin de promover el Autocuidado en cuidadores formales e informales. Las sesiones estuvieron a cargo de profesionales del Ministerio de Salud y de SENAMA y se contó con un equipo en línea para responder consultas de los asistentes.
	Capacitación autocuidado en Plataforma NODO Siempre Aprendiendo: La plataforma "Siempre Aprendiendo"	Ofrece a la comunidad cuatro cursos e-learning que ayudan a conocer y resolver las principales problemáticas, preocupaciones y dudas que existen en relación con el cuidado de las Personas Mayores. Los cursos son gratuitos y solo se requiere de un dispositivo móvil o computador con conexión a internet.
	Plataforma NODO Cuidadores "Me cuido te cuido"	Contribuir a incrementar los niveles de inclusión y protección social de las Personas Mayores, mediante el fortalecimiento de las redes comunitarias y la mejora en el acceso a diversos programas, servicios y beneficios sociales, tanto del ámbito público como privado.
Guatemala	Capacitación de personas cuidadoras	Basado en principios gerontológicos y geriátricos, el programa fue elaborado bajo el aval del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y busca que reconozcan los principales cambios en el envejecimiento y el autocuidado. Es impartido bajo el aval de dicho Ministerio. Incluye que el cuidador reconozca el grado de dependencia de la persona mayor.
México	Curso: "Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio" con base en el estándar de competencia ECo669	INAPAM lo imparte de manera presencial y está dirigido, principalmente, a la población interesada en el tema.
	Curso " Cambia, todo cambia: Una etapa más de cambios"	Dicho curso forma parte de un trayecto formativo compuesto por 9 cursos, quienes lo aprueban se hacen acreedoras o acreedores a constancias de participación y, hasta ahora, se han llevado a cabo, al menos, 2 emisiones con 31 personas aprobadas.
Perú	Proyecto de Ley que crea el Sistema Nacional de Cuidados	Concebido como el conjunto de políticas, estrategias, programas, acciones y servicios orientados a garantizar el derecho de las personas a recibir cuidados, cuidarse y a cuidar, con especial énfasis en las mujeres que brindan cuidados, niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores, que requieren atención prioritaria dada su condición y nivel de dependencia, con la finalidad de contribuir al bienestar, la calidad de vida y desarrollo integral de las personas, especialmente de aquellas que requieren cuidados y de las/los cuidadoras/es, así como la superación de la actual división sexual del trabajo, considerada en la Política General de Gobierno 2021-2026.

Fuente: Elaboración propia con información proveniente de Informes de País para la elaboración del Informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL, 2022).

Como señala Villalobos et. al. (2021), la asistencia sanitaria de larga duración es un tema importante para todos los países de la región, independientemente del grado de envejecimiento poblacional. Por ello, es importante avanzar en el próximo quinquenio en la preparación de los sistemas de salud y de seguridad social para atender estas crecientes necesidades.

F. Países que avanzan en la construcción de sistemas de cuidados

Los sistemas de cuidados son un componente central del sistema de protección social y se definen como el conjunto de acciones públicas y privadas intersectoriales que se desarrollan de forma articulada, para brindar atención directa a las personas y apoyar a las familias en el cuidado de los miembros del hogar. Esto incluye la atención de personas dependientes, tales como menores de edad, personas con algún tipo de discapacidad, ancianos y enfermos (Batthyány, 2015, p. 25).

En el mundo y en nuestra región, la construcción de sistemas integrales de cuidados es un factor fundamental para el logro del empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, y un elemento clave para la recuperación socioeconómica al convertirse en un generador directo e indirecto de empleo y un facilitador de que otros sectores de la economía funcionen adecuadamente (ONU Mujeres/CEPAL, 2020). Para lograr sistemas integrales de cuidados, es necesario desarrollar políticas de cuidado universales, solidarias, autónomas y basadas en la corresponsabilidad social. Es decir, los sistemas deben diseñarse bajo esquemas de participación equilibrada entre los diferentes actores implicados: el Estado, el mercado, las familias y la comunidad, pero también, deben sostenerse en un principio de equidad entre hombres y mujeres para su organización (véase el cuadro 27).

Cuadro 27
América Latina y el Caribe (9 países): avances en la creación de sistemas públicos de cuidados en la región, 2018-2022

País	Avance
Argentina	Desde 2020, y a partir de la creación del Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, está trabajando en la generación de políticas para el reconocimiento del cuidado como una necesidad, un trabajo y un derecho, poniendo énfasis en la perspectiva intersectorial, mediante la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado.
Brasil	A través del Grupo de Trabajo emanado de la Orden Interministerial No. 1 del 12 de marzo de 2021, crea un órgano colegiado temporal, consultivo, de estudio articulación y trabajo, que será el encargado de la creación de la Política Nacional de Cuidados, los proyectos de ley y la sistematización de información para lograrlo.
Chile	En 2016 crea el Sistema Nacional de Apoyo y Cuidado (SNAC) como un sistema de protección integral que tiene la misión de acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes, así como a su red de apoyo. Comprende acciones públicas y/o privadas, coordinadas intersectorialmente, que consideran los distintos niveles de dependencia y ciclo vital.
Costa Rica	Se encuentra en fase de diseño la Política Nacional de Cuidados 2021-2031, medida que buscará implementar de manera progresiva un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia para procurar cerrar las brechas de género y desde un enfoque centrado en los derechos humanos y la corresponsabilidad social de los cuidados, avanzar hacia un sistema integrado de servicios sociales para la atención de personas dependientes.
México	En la actualidad se están discutiendo dos importantes iniciativas de ley, una que busca crear un Registro Nacional de Cuidados con el objetivo de sistematizar la información sobre las instituciones que brindan servicios de cuidados tanto en el sector público como privado y, otra que fue aprobada por el pleno de la Cámara de Diputados por la que se reforman los artículos 4º y 73º constitucionales reconociendo el derecho al cuidado digno bajo un principio de corresponsabilidad entre hombres y mujeres y crea el Sistema Nacional de Cuidados que prioriza la atención de las personas que requieren cuidados por enfermedad o discapacidad, niñas, niños, adolescentes y personas mayores en condiciones de pobreza, además de proteger a las personas que realizan trabajo de cuidado sin remuneración.
Paraguay	Ha institucionalizado el Grupo Impulsor Interinstitucional para la elaboración de la política mediante el cual se espera que se establezcan medidas normativas y acciones para garantizar la protección de quienes necesiten cuidado y a la vez garantizar, adecuadamente, el ejercicio de los derechos laborales de los trabajadores con responsabilidades familiares.
Perú	Se encuentra discutiendo la Ley que crea el Sistema Nacional de Cuidados, el que es concebido como el conjunto de políticas, estrategias, programas, acciones y servicios orientados a garantizar el derecho de las personas a recibir cuidados, cuidarse y a cuidar, con especial énfasis en las mujeres que brindan cuidados, niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores, que requieren atención prioritaria dada su condición y nivel de dependencia, con la finalidad de contribuir al bienestar, la calidad de vida y desarrollo integral de las personas, especialmente de aquellas que requieren cuidados y de las/los cuidadoras/es, así como la superación de la actual división sexual del trabajo, considerada en la Política General de Gobierno 2021-2026.

País	Avance
República Dominicana	Se encuentra trabajando en el diseño de políticas e identificación de intervenciones orientadas al establecimiento de un sistema público de cuidados con enfoque de género apoyado por PNUD, OIT y ONU Mujeres.
Uruguay	Cuenta desde el 2015 con un Sistema Nacional Integrado de Cuidados formalizado por la Ley no 19.553 de 2015 que tiene el objetivo de impulsar un modelo de prestaciones integrales de cuidado para personas en situación de dependencia. En la actualidad, el sistema ha implicado la mejora en la regulación de estos servicios y la profesionalización de la tarea de cuidados, así como también la promoción de la corresponsabilidad en los cuidados entre el Estado, el mercado y las familias, y entre hombres y mujeres, buscando transformar la matriz familista de los cuidados basada en importantes desigualdades sociales y de género. Actualmente, la estructura del Sistema está compuesta por tres órganos: Junta Nacional de Cuidados, Secretaría Nacional de Cuidados (SNC) y Discapacidad, y Comité Consultivo de Cuidados.

Fuente: Elaboración propia con información proveniente de Informes de País para la elaboración del Informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL, 2022).

CEPAL y ONU Mujeres, señalan que las políticas de cuidado deben construirse a partir de cinco componentes: (1) los servicios; (2) las regulaciones que se establecen; (3) la formación de las personas que cuidan de manera formal y no formal; (4) las acciones de gestión de la información y generación de conocimiento público sobre los cuidados; y (5) las acciones de comunicación para la promoción del derecho al cuidado y para la promoción del cambio cultural.

Según María Noel Vaeza: “para que las políticas de cuidados puedan conformarse como un Sistema es necesario desarrollar, además, un modelo de gobernanza que incluya la articulación interinstitucional -a nivel nacional y territorial-, entre todas las instituciones que implementan acciones orientadas al cuidado de distintas poblaciones objetivo, como forma de aprovechar de manera eficiente las capacidades instaladas a nivel estatal y a nivel social, desarrollando así un modelo de gestión que tienda a pasar de la lógica de los servicios a la lógica de las personas” (CEPAL, 16 de noviembre de 2021). Por ello, los sistemas de cuidado deben basarse en las perspectivas de género, de derechos, de interculturalidad e interseccionalidad.

La inclusión del cuidado en la agenda pública y su materialización en políticas públicas es reciente en la región. Sin embargo, a partir del posicionamiento del tema a nivel internacional, y del reconocimiento de la relevancia del cuidado para el desarrollo de los países, en los últimos años, se han registrado importantes avances a nivel legislativo, de políticas, acciones y de registro de información, que han permitido en muchos países sentar las bases para la creación de sistemas públicos de cuidados (véase el cuadro 28).

Cuadro 28
Avances en la creación de sistemas públicos de cuidados en la región, 2018-2022

Sistemas de Cuidados		
País	Formalizado	En proceso
Argentina		Sí
Colombia	Sí	
Costa Rica		Sí
Cuba	Sí	
Chile	Sí	
México		Sí
Paraguay		Sí
Perú		Sí
Uruguay	Sí	

Fuente: Elaboración propia con información proveniente de Informes de País para la elaboración del Informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL, 2022).

Bibliografía

- Anderson, J. (2020), "Cuidados multiculturales", Miradas latinoamericanas a los cuidados, K. Batthyány (coord.), Buenos Aires/Ciudad de México, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)/Siglo XXI.
- Aranco, N. y Sorio, R. (2019), *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*, Nota Técnica No. IDB-TN-1615, Uruguay, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/ División de Protección Social y Salud.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (2018), Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*, 96.
- Araujo, N. y Pereira, P. (2020), As "ajudas": o cuidado que não diz seu nome. *Estudos Avançados*, 34, 7-24.
- Bango, J. y Cossani, P. (2021), "Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación", [en línea], Santiago de Chile, 30 de agosto 2022, [https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field Office Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/HaciaConstruccionSistemaCuidados_15Nov21-vo4.pdf](https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/HaciaConstruccionSistemaCuidados_15Nov21-vo4.pdf) Oficina Regional para las Américas y el Caribe de ONU Mujeres y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre 2021.
- Barry, U. and C. Conlon (2010), "Elderly care in Ireland: provisions and providers", UCD School of Social Justice Working Papers series, vol. 10, N° 1, Dublin, University College Dublin, April.
- Batthyány, K. (2020), "Cuidados, derechos y pandemia". *Revista Electrónica Del Consejo de DDHH*. <http://rec.defensoria.org.ar/2020/12/10/cuidados-derechos-y-pandemia/>.
- _____. (2020a), "Miradas latinoamericanas al cuidado", en K. Batthyány (Ed.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 11—52), CLACSO, Siglo XXI. [en línea], <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20201209035739/Miradas-latinoamericana.pdf>.
- _____. (2015), Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales.
- Boo, S., Lee, J., and Oh, H. (2020), Cost of Care and Pattern of Medical Care Use in the Last Year of Life among Long-Term Care Insurance Beneficiaries in South Korea: Using National Claims Data. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9078. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17239078>.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M., Medellín, N. y Stampini, M. (2019), *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011), Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales", *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 13—97), Los libros de La Catarata / Fuhem Ecosocial, Madrid.

- Casalí, P., O. Cetrángolo y A. Pino (2020), "Panorama laboral en tiempos de la COVID-19: protección social en América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia", Nota Técnica Regional, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Cecchini, S., Holz, R., y Soto de la Rosa, H. (2021), Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/55), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cecchini, S. (2019), Protección social universal en América Latina y el Caribe, Textos seleccionados 2006 a 2019 (LC/M.2019/5), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3), Santiago.
- _____ (2022a), La sociedad del cuidado. Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/CRM.15/3), Santiago.
- _____ (2022b), Panorama Social de América Latina, 2021 (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____ (2021), Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/115), Santiago.
- _____ (2020), Compromiso de Santiago (LC/CRM.14/6), Santiago.
- _____ (2017), Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1), Santiago.
- _____ (2017a), "Declaración de Asunción. Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos", documento de la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe (17-00615), Santiago.
- _____ (2013), Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (LC/L.3697), Santiago.
- _____ (2013a), "Consenso de Santo Domingo", documento de la Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (PLE.1-ES), Santiago.
- _____ (2012), Carta de San José de Costa Rica sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (LC/G.2537), Santiago.
- _____ (2010), ¿Qué Estado para qué igualdad? (LC/G.2450/Rev.1), Santiago.
- _____ (2010a), "Consenso de Brasilia", informe de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (LC/L.3309), Santiago.
- _____ (2010b), Panorama social de América Latina, 2009 (LC/G.2423-P), Santiago.
- _____ (2009), Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? (LC/W.263), Santiago.
- _____ (2007), "Consenso de Quito", documento de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (DSC/1), Santiago.
- _____ (2004), Población, envejecimiento y desarrollo (LC/G.2235(SES.30/16)), Santiago.
- _____ (1995), "América Latina y el Caribe: Dinámica de la población y desarrollo", *Cuadernos de la CEPAL* Núm. 74 (LC/G.1862-P), Santiago, agosto.
- Chackiel, Juan (2006), "América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida?", *Papeles de Población*, vol.12, n.50, pp.37-70.
- _____ (2004) "La dinámica demográfica en América Latina", serie Población y Desarrollo, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2000). "El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?", serie Población y Desarrollo, N° 4 (LC/L.1411-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Choi, Y. (2014), Long-Term Care for Older Persons in the Republic of Korea: Development, Challenges and Recommendations (SDD-SPPS Project Working Papers Series). *Bangkok, Thailand: UNESCAP*.
- Choi, J., Park, E., Lee, S., Park, S., Ryu, H. y Kim, T. (2018), Does long-term care insurance reduce the burden of medical costs? A retrospective elderly cohort study. *Geriatrics & gerontology international*, 18 (12), 1641-1646. DOI:https://doi.org/10.1111/ggi.13536 Epub 2018 Oct 11. PMID: 30311345.
- Chon, Y. and Kim, Y. (2020), Reasons for Turnover Intention among Direct Care Workers in Korea's Long-Term Care Insurance. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 395). MDPI. DOI: 10.3390/healthcare8040395
- Comas d'Argemir, D. (2015), "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar", *Revista de Antropología Social*, 24, 375—404.

- Comas d'Argemir, D. y Bofii-Poch, S. (eds.) (2021), *El cuidado importa. Impacto de género en los y las cuidadoras de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, [en línea], Tarragona, España, fecha de consulta, en www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade.
- Comisión Europea. (2021). Libro Verde sobre Envejecimiento, Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones. <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1>.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2018), *¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?* Guías prácticas de políticas públicas, Ciudad de México, México.
- Crenshaw, K. (1989), "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," *University of Chicago Legal Forum*: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Available at: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
- Fraser, N. (2016), "El capital y los cuidados", *New Left Review* 100 (septiembre - octubre), 111—132, [en línea], en <https://newleftreview.es/issues/100/articles/nancy-fraser-el-capital-y-los-cuidados.pdf>.
- Ga, H. (2020), "Long-term care system in Korea". *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 181.
- García Guzmán, B. (2019), "El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(2), 237—267 [en línea], en <https://doi.org/10.24201/edu.v34i2.1811>.
- García Mora, M., S. Schwartz Orellana y G. Freire (2021), *Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: un camino hacia el desarrollo sostenible*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Gascón, S y Redondo, N. (2014), "Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia", *Serie Políticas Sociales*, N° 207 (LC/L.3875), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Güezmes García, A. y M. N. Vaeza (coords.) (2023), "Avances en materia de normativa del cuidado en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad del cuidado con igualdad de género", *Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/175/Rev.1)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) / Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).
- Guimarães, N. A. (2019), Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro. Comunicação ao painel "El trabajo de cuidado. Relaciones, significados, derechos. Miradas Latinoamericanas", Congress of the Latin American Studies Association (LASA), Boston, 24-27 may 2019.
- Holman, D. and Walker, A. (2021), "Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses", *European Journal of Ageing*, 18, 239—255 (2021), [en línea], 16 febrero [https://www.researchgate.net/publication/344682779_Understanding_unequal_ageing_towards_a_synthesis_of_intersectionality_and_life_course_analyses/link/5fb93226458515b7975ccb9b/download].
- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____(2013), "Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013", *Documentos de Proyectos (LC/W.566)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. (2010), "Envejecimiento y derechos humanos situación y perspectivas de protección" Documento de proyecto (LC/W.353), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población (CELADE).
- Jeon B. and Kwon, S. (2017), Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons, *Health Systems & Reform*, 3:3, 214-223, DOI: 10.1080/23288604.2017.1345052
- Juanillo-Maluenda, H. (2021), Una breve aproximación histórica a los albores del cuidado a largo plazo institucional en Chile. *Temperamentvm*, e17020-e17020.
- Kang, I., Park, C. and Lee, Y. (2012), Role of healthcare in Korean long-term care insurance. *Journal of Korean medical science*, 27 Suppl (Suppl), S41—S46. <https://doi.org/10.3346/jkms.2012.27.S.S41>.
- Kim, Y. and Kang, M. (2022), The Triangular Axes of Universal Health Coverage Achievement: The Success Factors Behind Korean Community-Based Health Insurance Expansion. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 00469580221093723.

- Kim, H. and Kwon, S. (2021), A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries. *Health Policy*, 125(1), 22-26.
- Korean Legislation Research Institute (KLRI) (2019), Long Term Care Insurance Act. https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawDownload.do?hseq=49788&type=PDF.
- Kwon, S. (2021), Republic of Korea. Case Study. En Barber, S., Van Gool, K., Wise, S., Wood, M., Or, Z., Penneau, A., y Lorenzoni, L. *Pricing long-term care for older persons*. World Health Organization. 202-218.
- _____. (2009), Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health policy and planning*, 24(1), 63-71.
- López-Ortega, M. y Aranco, N. (2019), *Envejecimiento y atención a la dependencia en México*, Nota Técnica No. IDB-TN-1614, México, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/ División de Protección Social y Salud.
- Luciani S, Agurto I, Caixeta R, and Hennis A. (2022), Prioritizing noncommunicable diseases in the Americas region in the era of COVID19. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 46:e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.83>.
- Maags, C. (2020), Long-Term Care Insurance Adoption in East Asia: Politics, Ideas, and Institutions. *Politics & Policy*, 48(1), 69-106. DOI: <https://doi.org/10.1111/polp.12339>.
- Medellín, N., Jara, P., y Matus-López, M. (2019), *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*, Co-publicación BID y el Programa de la Unión Europea EUROSociAL+, noviembre.
- Ministerio de la Mujer, Géneros y Diversidad (2022), *Cuidar en Igualdad: se envió al Congreso de la Nación el proyecto de ley para la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina*. Gobierno de Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/cuidar-en-igualdad-se-envio-al-congreso-de-lanacion-el-proyecto-de-ley-para-la-creacion>.
- Minoldo, S. y Peláez, E. (2023). "La seguridad social en América Latina desde un enfoque de derechos: evolución conceptual en el marco de acuerdos internacionales", *Notas de Población*, Vol. 49, No. 115 (LC/PUB.2022/22-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Molina, H., Sarmiento, L., Aranco, N. y Jara, P. (2020), *Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile* Co-publicación BID y el Programa de la Unión Europea EUROSociAL+, noviembre, septiembre.
- Montes de Oca, V. (2022), "Sistemas de cuidados a largo plazo para personas mayores", documento presentado en el Taller "Oportunidades y desafíos de la transición demográfica y el envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 05 diciembre.
- Moon B. (2022), Financial Integration Scenario for Community Integrated Care: Focusing on the Case of Korea. *International Journal of Integrated Care*. 22(18). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.6465>.
- Naciones Unidas (2022), *World Population Prospects 2022: Summary of Results* (UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
- _____. (2021), Resolución 76/138 aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2021. Documento de Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/RES/76/138), Nueva York.
- _____. (2020), Resolución 75/152 aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2020. Documento de Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/RES/75/152), Nueva York.
- _____. (2019), Resolución 74/125 aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2019. Documento de Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/RES/74/125), Nueva York.
- _____. (2019a), *World Population Prospects 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/423), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.
- _____. (2018), Resolución 73/143 aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2018. Documento de Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/RES/73/143), Nueva York.
- _____. (2015), *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development* (A/RES/70/1), Nueva York.
- _____. (2006), *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*, Nueva York.
- _____. (2002), "Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento", documento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Nueva York.
- National Assembly Budget Office (NABO) (2018), *Fiscal Projection of Long-Term Care Insurance Over 2018-2027*. Social Cost Estimates Division of the Estimates & Tax Analysis Department. <https://korea.nabo.go.kr/naboEng/bbs/BMSR00154/view.do?boardId=2571&menuNo=17700026>.
- National Health Insurance System (NHIS) (2020), *2020 Long-Term Care Insurance System in South Korea*. [Video]. <https://olc.worldbank.org/content/2020-long-term-care-insurance-system-south-korea>.

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). (2005). Long-term Care for Older People. Secretary-General of the OECD. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page3.
- Oddone, M. J. (2020), El sistema de cuidados a largo plazo para personas mayores. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/134569>.
- Oliveri, L. (2020), *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. Nota Técnica No. IDB-TN-2044, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/ División de Protección Social y Salud.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2015), *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. AG/RES. 2875 (XLV-O/15) [en línea], http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.
- _____(1988), *Protocolo de San Salvador. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales*. <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021), Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022. La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor. Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, abril.
- _____(2011a), *Convenio 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos*, https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189.
- _____(2011b), Recomendación 201 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R201#:~:text=16.-
- _____(1981), *Convenio 156 Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/genericdocument/wcms_114194.pdf.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020), “Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030”, 14 de diciembre [en línea] https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25.
- _____(2016), “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”, Ginebra, 69ª Asamblea Mundial de la Salud, 23 a 28 de mayo [en línea] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf.files/WHA69/A69_R3-sp.pdf.
- _____(2015), Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>.
- _____(2002), “El maltrato de las personas mayores”, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- ONU Mujeres (1995), *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. https://beijing20.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf
- ONU Mujeres y CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020), “Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación”. [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>.
- ONU-Mujeres/SEGIB (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres/Secretaría General Iberoamericana) (2020), Avances y retos legislativos en materia de autonomía y empoderamiento económico de las mujeres en Iberoamérica [en línea] disponible en <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/03/avances-y-retos-legislativos-en-materia-de-autonomia-y-empoderamiento-economico>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023), *Cuidados paliativos en América Latina — ECHO*, <https://www.paho.org/es/cuidados-paliativos-america-latina-echo>.
- _____(2022). Enfermedades no transmisibles, Indicadores de progreso 2022, Resultados para las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56037/OPSNMHN220008_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- _____(2019), El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. Comunicado de prensa. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es.

- _____ (2019a), Plan de Acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable. Informe Final. CD57/INF/9.
- Pautassi, L. (2018), "El cuidado como derecho. *Un camino virtuoso, un desafío inmediato*", *Revista de La Facultad de Derecho de México*, 272, 717—742, [en línea], <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>
- _____ (2015), Inaugurando un nuevo escenario: el derecho al cuidado de las personas adultas mayores. *Argumentos: revista de crítica social*, 17, 257-280. Recuperado de: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1322/1215>.
- _____ (2007), "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos", *Serie Mujer y Desarrollo No. 87*. CEPAL y Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Santiago de Chile, octubre.
- Pérez, A. (2019), *Subversión feminista de la economía*. Sobre el conflicto capital-vida. 4a edición, Madrid, Traficantes de Sueños, mayo.
- Presidential Committee on Ageing Society and Population Policy (PRECAP) (2022), Committe's Role. http://18precap.pa.go.kr/english_link.lo?path=/content/english/role_en.
- Rea, P., Montes De Oca, V. y Pérez, K. (2021), "Políticas de cuidado con perspectiva de género", *Revista Mexicana de Sociología* 83, núm. 3 (julio-septiembre, 2021) ISSN: 0188-2503 (versión impresa).
- Rico, N. y Robles, C. (2017), "El cuidado, pilar de la protección social: derechos, políticas e institucionalidad en América Latina", R. Martínez (Ed.), *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe* (pp. 219—248), CEPAL [en línea], <https://doi.org/10.18356/6fa8e2fe-es>.
- _____ (2016), Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad. Serie Asuntos de Género, N° 140 (LC/L.4226), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre.
- Rico, M. N. y O. Segovia (eds.) (2017), ¿Quién cuida en la ciudad?: aportes para políticas urbanas de igualdad, *Libros de la CEPAL*, N° 150 (LC/PUB.2017/23-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodríguez, C. (2012), "La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?", *Revista CEPAL*, No. 106, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 23—36 abril.
- Rossel, C. (2016), *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. CEPAL, Cooperación Alemana Deutsche Zusammenarbeit.
- Salvioli, F. (2004), "La protección de los derechos económicos, sociales y culturales en el sistema interamericano de derechos humanos". *Revista IIDH*, 39, 101-167.
- Scheil-Adlung, X. (2015), *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*. Geneva, Switzerland: ILO.
- Sohn, M. and Jung, M. (2016), "Effects of public and private health insurance on medical service utilization in the National Health Insurance System: National panel study in the Republic of Korea". *BMC health services research*, 16(1), 1-11.
- Statistics Korea (KOSTAT) (2022), Population Prospects of Koreans and Foreigners based on the 2021 Population Projections: 2020~2040. En línea 14 de abril <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=418570>.
- _____ (2022), Preliminary Results of Birth and Death Statistics in 2021. febrero <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=417980>.
- _____ (2021), Results of the 2020 Population and Housing Census (regarding population and households). <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=414672> octubre.
- _____ (2021a), Statistics on the Aged. <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/11/3/index.board> septiembre
- _____ (2021b), Population Projections for Korea (2020-2070). <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/8/1/index.board?bmode=list&bSeq=&aSeq=&pageNo=3&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=> septiembre.
- _____ (2020), Life Tables for Korea, 2020. <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=415656> diciembre.
- Tak, Y., Woo, H., Han Yi, L. and Kim, A. (2019), Useful lessons for the provision of services in long-term care facilities in South Korea: operators' experiences illuminate the phenomenon of working with the elderly in the field. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1565238.
- Tomasini, Marina Edith; Bertarelli, Paula y Morales, María Gabriela (2017), Género, racialización de la clase e identidades: Las categorías 'negros' y 'negras' en jóvenes de sectores populares de Córdoba *Psicoperspectivas*, vol. 16, núm. 2, pp. 9-19. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

- Tronto, J. (1993), *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York, Routledge.
- Turra, C. y Fernandes, F. (2021), "La transición demográfica: oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe", Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/105), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Villalobos Dintrans P, Mathur M, González-Bautista E, Browne J, Hommes C, Vega E. (2021), Implementing long-term care systems in the Americas: a regional strategy. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021;45:e86. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.86>.
- Villalobos Dintrans, Pablo (2017), Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE [Aging and long-term care in Chile: challenges in the OECD context]. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 41. e86. [10.26633/RPSP.2017.86](https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.86).
- World Health Organization (WHO) (2002), *Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?* Suiza, WHO Publications.
- _____(2000), "Home-based long-term care", *World Health Organization (WHO) - Technical Report Series* (Issue 898). <https://doi.org/10.1191/0969733002ne485xx>.
- Yoon, H. (2021), Policy Issues of Long-term Care for Older People in the Republic of Korea. *Coping with Rapid Population Ageing in Asia*, 21.
- Zavala de Cosío, María Eugenia (2014), "La transición demográfica en México (1895-2010)". En Cecilia Rabell. *Los mexicanos Un balance del cambio demográfico*, Fondo de Cultura Económica, pp.80-114, Sección de Obras de Sociología, 978-607-16-1780-4.
- _____(1992), "La transición demográfica en América Latina y en Europa" en *Notas de Población*, No.56, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.

Anexo

Anexo 1

Avances legislativos en materia de cuidados de largo plazo

Cuadro A1
Regulación en materia de cuidados de largo plazo (leyes)

País	Legislación	Año	Descripción
Argentina	Proyecto de Ley Cuidar en Igualdad	2022	El poder ejecutivo presentó el proyecto de Ley Cuidar en Igualdad al Congreso de la Unión (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2022).
	Ley 15.171 (Provincia de Buenos Aires)	2020	La ley declara el estado de emergencia sanitaria en los establecimientos geriátricos, de gestión pública y privada mientras persista el estado de emergencia declarada. Establece que el poder ejecutivo debe empadronar, fiscalizar, regularizar, clausurar cuando proceda y coadyuvar al fortalecimiento de todos los establecimientos geriátricos.
	Resolución 309/2020	2020	Créase la "Comisión redactora de un anteproyecto de ley para un sistema integral de cuidados con perspectiva de género" cuyo objetivo es la elaboración de un anteproyecto de ley nacional para la regulación de un sistema integral de cuidados con perspectiva de género en un plazo de doscientos cuarenta (240) días corridos desde su conformación.
	Decisión Administrativa 1745/2020	2020	Créase la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado en el ámbito del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, con el fin de diseñar una estrategia integral para ser aplicada por el Poder Ejecutivo Nacional, que contribuya a la promoción de una organización social del cuidado más justa y con igualdad de género. Uno de sus objetivos es el de la contribución a la construcción del Mapa Federal del Cuidado de la República Argentina.
	Ley 27.555, Régimen Legal del Contrato de Teletrabajo	2020	Crea el régimen legal del contrato de teletrabajo, regula en el art. 6 que las personas que trabajen bajo esta modalidad y que acrediten tener a su cargo, de manera única o compartida, el cuidado de personas menores de trece (13) años, personas con discapacidad o adultas mayores que convivan con la persona trabajadora y que requieran asistencia específica, tendrán derecho a horarios compatibles con las tareas de cuidado a su cargo y/o a interrumpir la jornada.
	Ley 27.532	2019	Incluye en el Sistema Estadístico Nacional a la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo que tiene por objeto recolectar y cuantificar con perspectiva de género información sobre la participación y el tiempo destinado por las personas humanas a sus diferentes actividades de la vida diaria, desagregado por género y edad. Define en su artículo 2 letra a el concepto de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.
	Ley 27.360	2017	Ley que ratifica la "Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores".
	Ley 5.671 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)	2017	La ley dispone que la Secretaría de Tercera Edad del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano proporcionará capacitación, acreditación y registro de las personas que son asistentes gerontológicas definidas como quienes "prestan servicios especializados con visión gerontológica de prevención, acompañamiento, apoyo, contención y asistencia en las actividades básicas de la vida diaria a los adultos mayores de sesenta años o más, tanto en el domicilio de éstos o en instituciones" (Art.2).
	Ley 26.994, Código Civil y Comercial	2014	Los artículos 441 y 442 del Código Civil y Comercial reconocen el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y establecen una vía para el establecimiento de compensaciones económicas en caso de divorcio que, en virtud de la desigual carga en materia de cuidado, beneficia a las mujeres.
	Ley 27.044	2014	La ley otorga jerarquía constitucional a los principios de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2006).
Ley 26.921	2013	Ley que aprueba el Convenio sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, en Ginebra - Confederación Suiza.	

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 26.844, Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares	2013	Crea Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, establece derechos y deberes de las partes. Entre ellos establece la protección a la maternidad y al matrimonio. Establece, en caso de despido por motivos de embarazo, una indemnización equivalente a un año de remuneraciones.
	Ley 14.263	2011	Regula el funcionamiento de los establecimientos geriátricos de gestión pública y privada, con o sin fines de lucro en todo el territorio de la provincia de Buenos Aires.
	Ley I - N° 132 Régimen de licencia con goce íntegro de haberes por hijo con discapacidad	2010	El artículo 1 establece un régimen de licencia especial de hasta ciento ochenta (180) días con goce íntegro de haberes por hijo con discapacidad, en los términos del Artículo 2 de la Ley XIX - N° 23 (antes Ley 2707).
	Ley 25.994	2004	Crea un sistema de jubilación anticipada. El monto del haber que percibirán los beneficiarios de la Jubilación Anticipada es el equivalente al cincuenta por ciento (50%) del correspondiente al beneficio de jubilación al que tendrá derecho al cumplir la edad requerida de acuerdo a la ley 24.241, no pudiendo en ningún caso resultar inferior al haber mínimo del Régimen Previsional Público de Reparto.
	Ley 24.901	1997	La ley relativa al "Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad", define acciones de prevención, asistencia, promoción y protección para brindar una cobertura integral a las necesidades y requerimientos de esta población.
	Ley 24.716 Licencia para trabajadoras madres de hijos con Síndrome de Down	1996	En el artículo 1 se establece que el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down otorgará a la madre trabajadora, en relación de dependencia, el derecho a seis meses de licencia y sin goce de sueldo, desde la fecha del vencimiento del período de prohibición de trabajo por maternidad. En el artículo 2 se estipula que, durante el período de licencia, previsto en el artículo 1, la trabajadora percibirá una asignación familiar cuyo monto será igual a la remuneración que ella habría percibido si hubiera prestado servicios. Esta prestación será percibida en las mismas condiciones y con los mismos requisitos que corresponden a la asignación por maternidad.
	Ley 22.431 De Protección Integral para los Discapacitados.	1981	Crea un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan, en lo posible, neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas no discapacitadas.
	Ley Nacional 19.032	1971	Crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, creado en 1971 bajo el Programa de Atención Médica Integral (INSSJYP-PAMI) cuya función es "formular y diseñar políticas globales en materia sanitaria y social, garantizando la equidad en la cantidad y la calidad de servicios ofrecidos por el instituto en todo el territorio nacional" (Art. 4, Ley 25,615).
Bahamas	Act No. 27 of 2001 Employment	2001	<i>An Act to provide for the fixing of wages of workers, the hours of work, their leave and generally for matters pertaining to the welfare of workers.</i>
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Decreto Supremo N° 4589	2021	Reglamenta la Ley N° 2450, de 9 de abril de 2003, de Regulación del Trabajo Asalariado del Hogar, referido a la afiliación de las trabajadoras o trabajadores asalariados del hogar ante la Caja Nacional de Salud. Este decreto establece las definiciones de afiliación de empleadores/as y trabajadores/as asalariados del hogar, los requisitos, las cotizaciones e infracciones.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 380 - Ley Municipal de Corresponsabilidad en el Trabajo del Cuidado no Remunerado	2019	La Ley Municipal de Corresponsabilidad en el Trabajo del Cuidado no Remunerado de Cochabamba con objeto de promover la corresponsabilidad familiar y social y garantizar la corresponsabilidad pública en el trabajo de cuidado no remunerado, para mejorar las condiciones de acceso de las mujeres a la educación, empleo, actividad económica, participación social y la participación política en igualdad de oportunidades. Esta ley beneficia a las mujeres, protege a niñas y niños, a personas adultas mayores y a personas con discapacidad.
	Decreto Supremo N° 3462	2018	Otorga el beneficio de licencia especial para madres, padres, guardadoras, guardadores, tutoras o tutores de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en condición o estado crítico de salud, con el goce del cien por ciento (100%) de remuneración.
	Ley 977	2017	Establece la obligación para instituciones públicas y privadas de insertar laboralmente, a personas con discapacidad, así como de la madre o el padre, cónyuge, tutora o tutor que se encuentre a cargo de una o más personas menores de dieciocho años (18) con discapacidad o discapacidad grave y muy grave.
	Decreto Supremo 1893	2014	Reglamenta la aplicación de los derechos de las personas con discapacidad señalados en la Ley N° 223, General para Personas con Discapacidad, estableciendo mecanismos y procedimientos para su implementación.
	Decreto Supremo N° 1455	2013	Se otorga el beneficio de "licencia especial" a todas las madres, padres, tutores y responsables que trabajen en el sector público y privado que tengan hijos menores de doce (12) años que requieran atención personal con motivo de un accidente grave o enfermedad grave.
	Ley 309	2012	Ley que ratifica el Convenio 189 "Convenio sobre el Trabajo decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos", de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
	Ley 223, Ley General para Personas con Discapacidad	2012	Decreta la Ley General para Personas con Discapacidad, que busca garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral. Reglamentada, posteriormente, a partir del Decreto Supremo 1893/2014.
	Nueva Constitución Política del Estado	2008	Dispone que el Estado debe garantizar el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo. Reconoce el derecho de las mujeres a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal. El artículo 45 dispone la cobertura universal del régimen de seguridad social para la atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras provisiones sociales. Por su parte, el artículo 48 indica que las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas por su estado civil, situación de embarazo, edad, rasgos físicos o número de hijas o hijos. Se garantiza la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo y de los progenitores, hasta que la hija o el hijo cumpla un año de edad. En el artículo 338, el Estado reconoce el valor económico del trabajo del hogar como fuente de riqueza y deberá cuantificarse en las cuentas públicas.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 2450, Regulación del Trabajo Asalariado del Hogar	2003	Ley de regulación del trabajo asalariado del hogar, consagra los derechos y obligaciones de trabajadores y empleadores. En el artículo 21, se estipula que "d) En casos de enfermedad, accidente o maternidad, se deberá proporcionar los primeros auxilios y traslado inmediato por cuenta del empleador al Centro de Salud, si el(la) trabajador(a) no estuviere asegurado por la Caja Nacional de Salud, el empleador, cubrirá los gastos que demande la atención médica". En este mismo artículo, es obligación del empleador "f) Otorgar el descanso pre y post natal de 45 días antes y 45 días después del parto".
	Ley 1678	1995	Regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad. Tiene la finalidad de normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social.
Brasil	Ley 13.982	2020	Modifica la Ley N° 8.742, para establecer parámetros adicionales para caracterizar la situación de vulnerabilidad social a los efectos de la elegibilidad para el beneficio de prestación continua (BPC) y establece medidas excepcionales de protección social que se amplían en caso de personas en estado de dependencia durante el período de enfrentamiento del coronavirus.
	Enmienda Constitucional 103	2019	Modifica el sistema de seguridad social, el párrafo 12 del art. 201, sobre las disposiciones de la seguridad social, señala que la ley establecerá un régimen especial para la inclusión en la seguridad social de los trabajadores de bajos ingresos y de aquellos que no tengan ingresos propios, que se dediquen, exclusivamente, al trabajo doméstico dentro de sus hogares, siempre que sean miembros de familias de bajos ingresos, garantizándoles el acceso a prestaciones iguales a un salario mínimo.
	Ley 13.769	2018	Modifica el Decreto Ley N° 3.689, de 3 de octubre de 1941 (Código de Procedimiento Penal), las Leyes 7.210, de 11 de julio de 1984 (Ley de Ejecución Penal) y 8.072, de 25 de julio de 1990 (Ley de Delitos Inherentes), para establecer la sustitución de la prisión preventiva por el arresto domiciliario de la mujer embarazada o madre o tutor de niños o personas con discapacidad y sancionar al régimen por la ejecución de una pena privativa de libertad de los condenados en la misma situación.
	Decreto Legislativo N°172	2017	Aprueba los textos del Convenio sobre Trabajo Decente para los Trabajadores del Hogar (núm. 189) y la Recomendación sobre Trabajo Decente para los Trabajadores del Hogar (núm. 201), de la Organización Internacional del Trabajo.
	Ley 13.370	2016	Modifica el párrafo 3 del art. 98 de la Ley N° 8.112, para extender el derecho a horario especial al funcionario público federal que tenga cónyuge, hijo o dependiente con cualquier tipo de discapacidad y revocar el requisito de compensación de tiempo.
	Ley Complementaria N°150	2015	Regula los derechos laborales de las y los trabajadores domésticos, estableciendo jornada de trabajo de un máximo de 8 horas diarias y 44 horas semanales, pago adicional por horas extras, pago adicional por horario nocturno, protección del salario, protección contra el despido arbitrario o sin justa causa, auxilio de guardería, seguro contra accidentes del trabajo, entre otros.
	Ley 13146	2015	Ley de Inclusión de las Personas con Discapacidad (Estatuto de las Personas con Discapacidad). Reconoce el derecho a la asistencia social y establece que los servicios de asistencia social implican la provisión de cuidados básicos e instrumentales y se ubican en el ámbito de la protección social básica y especializada (Art. 39).

País	Legislación	Año	Descripción
	Enmienda Constitucional N°72	2013	Enmienda constitucional que equipara los derechos de las y los trabajadores domésticos, con los de otros trabajadores. El párrafo único del art. 7 establece que la categoría de trabajadores domésticos tiene asegurada los derechos establecidos en los sub-párrafos IV, VI, VII, VIII, X, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIV, XXVI, XXX, XXXI y XXXIII, y considerando las condiciones establecidas en la ley y observando la simplificación para el cumplimiento de las obligaciones tributarias principales y accesorias, lo establecido en los sub-párrafos I, II, III, IX, XII y XXV y XXVIII, así como su integración en el sistema de seguridad social. Reforma regulada a través de Ley Complementaria 150/2016, que regula el contrato de trabajo doméstico en relación con los derechos constitucionales implementados con esta reforma.
	Ley 11.304	2006	Permite al contribuyente que paga impuesto sobre la renta y emplear a una trabajadora doméstica, deducir de su declaración de impuesto a las ganancias conseguidas mensual del 12% a la Seguridad Social, en relación con la contribución del empleador. Regula los días de descanso y licencia por maternidad de las trabajadoras domésticas.
	Resolución Colegiada de la Agencia Nacional de Salud (RDC/ ANVISA) número 283	2005	Aprueba la Normativa Técnica que define normas de funcionamiento, bajo el aspecto del riesgo sanitario, para las Instituciones de Larga Estancia para Adultos Mayores (ILPI) gubernamentales o no gubernamentales.
	Ley 10741	2003	Nuevamente, establece la priorización del cuidado de personas mayores a través de sus familias en detrimento del cuidado en asilos. Regula las entidades de cuidado de adultos mayores gubernamentales y no gubernamentales.
	Portaría 1.423	1998	Por la cual el Ministerio de Salud instituye la atención a pacientes que requieran de cuidados prolongados conforme al principio de universalidad.
	Ley 8.842	1994	Establece la priorización del cuidado de personas mayores a través de sus familias en detrimento del cuidado en asilos (Art.4). Plantea el fomento de capacitación a cuidadores y la creación de alternativas al cuidado de ancianos tales como: centros sociales, guarderías, hogares de ancianos, talleres de trabajo protegido, atención domiciliaria y otros. Así mismo dispone la priorización del cuidado de adultos mayores en el ámbito de la seguridad social (Art.10).
	Ley 8.742	1993	Organiza la asistencia social y otras medidas
	Ley 7.853	1989	Proporciona apoyo para las personas con discapacidad y su integración social a través del CORDE (Coordinación Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad).
Chile	Ley 21.380	2021	Ley que modifica el Art. 5° bis de ley 20.584, que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, incorporando a los cuidadores y cuidadoras de personas como titulares del derecho a ser atendidos, preferente y oportunamente, por cualquier prestador de acciones de salud.
	Ley 21.375	2021	Esta ley, en vigencia desde marzo de 2022, consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Esta ley tiene por finalidad reconocer, proteger y regular, sin discriminación alguna, el derecho de las personas que padecen una enfermedad terminal o grave a una adecuada atención de salud, en la forma que dispone la presente ley y un reglamento dictado por el Ministerio de Salud.

País	Legislación	Año	Descripción
	Resolución SERVEL, cuidados en gastos de campaña electoral	2021	Resolución dictada por el Servicio Electoral de Chile que determina que los desembolsos efectuados por candidatos y candidatas para el cuidado de niños, niñas, adolescentes y adultos mayores podrán ser incluidos en los gastos de campaña. Las candidatas y candidatos podrán reembolsar como gasto de campaña lo que deban destinar a pagar por el cuidado de sus hijos, personas dependientes y adultos mayores a su cargo, mientras realizan labores de campaña. Los gastos indicados se han incorporado al Manual de Financiamiento y Gasto Electoral del Servel, dentro del ítem "gastos menores y frecuentes de campaña", a partir del actual proceso eleccionario y para todas las elecciones futuras. Su rendición deberá efectuarse en conformidad a las reglas generales, contempladas en la ley orgánica constitucional N° 19.884, sobre Transparencia, Límite y Control del Gasto Electoral, y las instrucciones impartidas por el Servel, organismo que abordará la revisión de cuentas desde una perspectiva de género, acorde a los tratados internacionales ratificados por nuestro país y la normativa nacional aplicable.
	Ley 21.269	2020	Incorpora a los trabajadores de casa particular al Seguro de Desempleo de la ley n°19.728, con financiamiento de un 3,0% de las remuneraciones imponibles de cargo del empleador, sin distinguir la duración del contrato.
	Decreto 28	2016	Aprueba reglamento para la ejecución de la asignación "Programa Pago Cuidadores de Personas con Discapacidad", el cual establece el pago de una remuneración para quienes ejercen labor de cuidadores no remunerados de personas con dependencia severa o discapacidad, previa inscripción en el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del Ministerio de Salud.
	Decreto 34	2016	Decreto que promulga el Convenio 189 de la OIT sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos.
	Ley 20.535	2011	Extiende el permiso a los padres, contemplado en el artículo 199 bis, para quien tenga a su cuidado personal, o sea cuidador de un menor con discapacidad debidamente inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, o menor de 6 años, con el diagnóstico del médico tratante. También, se extiende el permiso en caso de mayores de edad con discapacidad mental, por causa psíquica o intelectual, multidéficit o que presenten dependencia severa.
	Ley 20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.	2010	Garantiza la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad (Título I, pár.1). Promueve la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, a través de prestaciones o servicios de apoyo. La atención de las personas con discapacidad en situación de dependencia, deberá facilitar una existencia autónoma en su medio habitual y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social (art.12).
	Ley 20.336	2009	Ley que modifica el artículo 150 del Código del Trabajo, relativo al descanso semanal de los trabajadores de casa particular. Establece los días de descanso de los trabajadores que vivan en la casa del empleador (un día completo de descanso a la semana y todos los días que la ley declare festivos).
	Ley 20.255	2008	Para las mujeres, la reforma significa un avance respecto de las injusticias establecidas por el sistema anterior. La creación del bono por hijo, la separación por género del seguro de invalidez y sobrevivencia y la división del saldo acumulado en la cuenta individual en caso de divorcio o nulidad incrementan la cobertura previsional y la disminución de las brechas de pensiones respecto de los hombres. Implica un reconocimiento a la situación de desventaja de las mujeres por las responsabilidades de crianza y cuidado.

País	Legislación	Año	Descripción
	Decreto 1.907, por el que se promulgan los Convenios 42, 103, 115, 136, 156, 159 y 162, adoptados por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.	1998	La norma reemplazará a la Ley 19.325 sobre violencia intrafamiliar, modifica el Código Laboral y establece normas conexas de la OIT: Convenio 103, sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 Convenio 156, sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981.
	Ley 19.505 que concede permiso especial a trabajadores en caso de enfermedad grave de sus hijos	1998	Establece que los padres tendrán permiso para ausentarse de su trabajo por el número de horas equivalentes a 10 jornadas ordinarias de trabajo al año, distribuidas a su elección en jornadas completas, en el caso de que la salud de un menor de 18 años requiera la atención personal en caso de accidente grave o enfermedad terminal. Este permiso podrá ser extendido a uno de los dos progenitores.
Colombia	Decreto 237, Alcaldía Mayor de Bogotá	2010	Crea la Comisión Intersectorial del Sistema Distrital de Cuidado liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer como ente articulador, que contará con una estrategia territorial, por medio de manzanas del cuidado y unidades móviles de servicios del cuidado, las cuales atenderán, a través de una oferta intersectorial de servicios, a distintas poblaciones que requieren de servicios de cuidado y que proveen cuidado en condiciones de desigualdad. El Sistema Distrital de Cuidado, implementado en la ciudad de Bogotá, articula programas y servicios, existentes y nuevos, para atender las demandas de cuidado de manera corresponsable entre el Distrito, la Nación, el sector privado, las comunidades y los hogares.
	Ley 1788	2018	Ley que modifica el artículo 306 del Decreto—ley 2663 del 5 de agosto de 1950, Código Sustantivo del Trabajo, y garantizando el acceso en condiciones de universalidad al derecho prestacional de pago de prima de servicios para los trabajadores y trabajadoras domésticos.
	Ley 1850	2017	Establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se plantea que el estado proporcionará servicios como Granjas para adultos mayores,
	Ley 1618	2013	Ley "por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad". Establece que el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar debe establecer programas de apoyo y formación de cuidadores.
	Decreto 721/2013	2013	Regula la afiliación de los trabajadores del servicio doméstico al sistema de compensación familiar.
	Ley 1.595	2012	Ley por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (número 189)", de la Organización Internacional del Trabajo
	Ley 1.413	2010	La ley tiene por objeto incluir la economía del cuidado conformada por el trabajo de hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales, con el objeto de medir la contribución de las mujeres al desarrollo económico y social del país (Art.1), y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas.
	Ley 1315	2009	La "ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social" (art. 1) en los centros de protección social, centros de día e instituciones de atención.
	Ley 1276	2009	Modifica la Ley 687, de 2001, y se establecen nuevos criterios de atención integral de las personas mayores en los centros de vida (centros de día).
	Ley 1.361 por medio del cual se crea la Ley de Protección Integral de la Familia.	2009	Establece que el Estado y la Sociedad deben garantizar a la familia el ejercicio pleno de, entre otros, el derecho a un trabajo digno e ingresos justos, a la salud plena y a la seguridad social, a la igualdad y a recibir protección y asistencia social cuando sus derechos sean vulnerados o amenazados.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 1346	2009	Por medio de la cual, se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006.
	Ley 1251	2008	Por la cual, se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Se establece que el Estado debe regular los servicios de cuidado prolongado (públicos y privados) a personas mayores, crear programas y capacitar en la materia; mientras que, las familias deben brindar apoyo y ayuda especial al adulto mayor en estado de discapacidad.
	Ley 1.145 por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.	2007	Crea el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), entendido como el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad.
	Ley 82, por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia.	1993	Es mujer jefa de hogar, quien, siendo soltera o casada, ejerce la jefatura del hogar y tiene bajo su cargo, afectiva, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores propios u otras personas incapaces o incapacitadas para trabajar, ya sea por ausencia permanente o incapacidad física, sensorial, síquica o moral del cónyuge o compañero permanente o deficiencia sustancial de ayuda de los demás miembros del núcleo familiar.
Costa Rica	Decreto N° 42878-MP-MDHIS	2021	El decreto tiene por objeto, oficializar y declarar de interés público la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 y su plan de acción 2021-2023, las cuales tienen como objetivo la implementación progresiva de un sistema de promoción de la autonomía, apoyo a los cuidados y atención a la población en situación de dependencia.
	Decreto N° 41087 - MTSS	2018	Reglamento a la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. Establece las obligaciones de las instituciones públicas y privadas para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad. Especifica las reglas de la asistencia personal domiciliaria (cuidados de largo plazo) y la responsabilidad del Estado de desarrollar capacitaciones en la materia.
	Norma 9714	2017	Adición del capítulo VIII, acceso a la justicia, al Título II de la Ley N° 7600, igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, de 2 de mayo de 1996. Ordena al Poder Judicial garantizar el derecho a la igualdad de acceso a la justicia. Las personas responsables de su aplicación deben ofrecer los ajustes razonables y adecuaciones procedimentales que faciliten la autonomía y el ejercicio del derecho de acceso a la justicia a las personas con discapacidad, como participantes directas e indirectas, en todas las etapas del proceso, así como en las diligencias preliminares.
	Ley 9379	2016	Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, establece derechos para las personas con discapacidad y deberes para sus familiares o personas encargadas. Asimismo, Se crea el Programa para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, como una prestación económica estatal, y la Unidad de Autonomía Personal y Vida Independiente del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (Conapdis), que tendrá a cargo dicho programa.
	Ley 9325, Contabilización del aporte del trabajo doméstico no remunerado en Costa Rica	2015	Ley que tiene por objeto medir la economía del cuidado conformada por el trabajo doméstico no remunerado, de acuerdo con lo que establece el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), consagra definición legal de trabajo doméstico no remunerado y economía del cuidado.
	Ley 9169	2013	Ley que aprueba el Convenio sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos de la Organización Internacional del Trabajo.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 8.726 reforma del capítulo octavo del título segundo del Código del Trabajo, Ley 2. Ley del trabajo doméstico remunerado.	2009	Define a las trabajadoras domésticas como aquellas que brindan asistencia y bienestar a una familia o persona, en forma remunerada, y que se dedican a las labores de limpieza, cocina, lavado, planchado y demás labores propias de una residencia o habitación, sin que generen lucro para las personas empleadoras (artículo 101). Al mismo tiempo, indica que las trabajadoras domésticas pueden asumir dentro de sus labores el cuidado de personas, siempre y cuando se acuerde entre las partes (artículo 101). Por tanto, el cuidado no se entiende como inherente al trabajo doméstico remunerado. Regula, la jornada laboral, los salarios, las vacaciones y los permisos laborales y establece que no se podrá contratar a personas menores de 15 años. En el artículo 105, regula la jornada laboral, descansos, vacaciones.
	Ley 8661	2007	Aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo.
	Decreto No. 37165-S	2001	Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores.
	Ley 7935 Integral para la Persona Adulta Mayor	1999	Esta ley establece los derechos de las personas mayores, de los cuales, los que se refieren, implícitamente, al cuidado a largo plazo son: el acceder a un hogar sustituto, a la asistencia social, a una vivienda digna, a una pensión y a vivir libres de violencia. Así mismo establece derechos para las personas usuarias de hogares de larga estadía, centros de día u otras modalidades de atención, a mantener sus vínculos afectivos y decidir sobre su salud y sus finanzas.
	Ley 7.600 Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.	1996	La Ley tiene como objetivos, servir como instrumento a las personas con discapacidad para que alcancen su máximo desarrollo, su plena participación social, así como el ejercicio de los derechos y deberes establecidos en el sistema jurídico nacional; garantizar la igualdad de oportunidades para la población en todo ámbito; eliminar cualquier tipo de discriminación hacia estas personas; establecer las bases jurídicas y materiales que le permitan a la sociedad costarricense adoptar medidas necesarias para la equiparación de oportunidades, y la no discriminación de las personas con discapacidad (art.3).
Cuba	Acuerdo Número IX-109	2022	Aprueba el Proyecto de Ley de Código de las Familias, que en el punto f) del artículo 4 estipula regular los derechos de las personas a "la igualdad plena entre mujeres y hombres, a la distribución equitativa del tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidado entre todos los miembros de la familia, sin sobrecargas para ninguno de ellos, y a que se respete el derecho de las parejas a decidir si desean tener descendencia y el número y el momento para hacerlo, preservando en todo caso el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos". Además, en el artículo 212 se reconoce la valoración económica del trabajo doméstico y de cuidado. " 2. En caso de que exista una división sexual de roles y funciones durante la convivencia de los cónyuges, esta no puede dar lugar a consecuencias económicas perjudiciales para ninguno de ellos. 3. Se reconoce el valor de las contribuciones indirectas, incluidas las de carácter no financiero, en la adquisición de los bienes acumulados durante el matrimonio, por lo que el trabajo doméstico y de cuidado es computable como contribución a las cargas."

País	Legislación	Año	Descripción
	Decreto 56/21	2021	"Decreto-Ley "De la Maternidad de la Trabajadora y la Responsabilidad de las Familias", establece regulaciones relativas a la maternidad de la trabajadora, a los fines de ampliar los beneficios aprobados en esa materia, con los objetivos siguientes: a) Asegurar y facilitar a la mujer trabajadora la atención médica durante el embarazo, el descanso pre y posnatal, la lactancia materna y, a ambos padres, el cuidado del menor; b) regular prestaciones monetarias, económica y social, desde las treinta y cuatro (34) semanas de embarazo o treinta y dos (32) si es múltiple y hasta que el menor arribe a su primer año de vida; c) establecer una protección al padre u otro familiar trabajador de los determinados en el presente Decreto-Ley, a quien se encargue el cuidado del menor, en caso de fallecimiento de la madre; d) otorgar una prestación monetaria a la madre o al padre con hijos enfermos o a la abuela o abuelo, en lo adelante los abuelos, a quien se encargue su cuidado; e) conceder el derecho a disfrutar de la prestación social a los abuelos, al cuidado de un menor, cuya madre es estudiante, para contribuir a garantizar la continuidad de estudios y su autonomía; y f) disponer un tratamiento diferenciado cuando el menor requiera de atenciones especiales."
	Decreto Ley 278	2011	Ofrece protección al trabajador y trabajadora ante la vejez, la invalidez total temporal o permanente, y en caso de muerte a su familia. Se protege especialmente a las mujeres, ya que pueden beneficiarse de la licencia de maternidad, pueden acreditar el tiempo de trabajo en otros sectores y se le aplican contribuciones especiales si arriban a los 50 años de edad, así como pueden jubilarse por la edad anterior establecida, de 55 años para las mujeres.
	Decreto-ley 234 de 2003, de la Maternidad de las trabajadoras.	2003	Concede derechos a la mujer trabajadora y protege su maternidad, asegurando y facilitando su atención médica durante el embarazo, el descanso, pre y post natal, la lactancia materna y el cuidado de los hijos e hijas menores de edad, así como el tratamiento diferenciado en el caso de discapacidad de éstos. Asimismo, contribuye a propiciar la responsabilidad compartida de la madre y el padre en el cuidado y atención de los hijos e hijas, y la del padre en caso de fallecimiento de la madre. Se aplica a la madre y padre adoptivos en todo lo que concierne a la protección de los hijos e hijas.
Dominica	<i>Labour contract Act</i>	1983	<i>An Act to make provisions whereby every employer is required to provide each employee within the application of this Act with a written contract specifying certain particulars of his employment; to provide the contents of a basic labour contract, and for the purposes connected therewith.</i>
	<i>Labour standards Act</i>	1977	<i>An Act to provide for the fixing of wages of workers, the hours of work, their leave and generally for matters pertaining to the welfare of workers.</i>
Ecuador	Ley orgánica de las personas adultas mayores	2019	Establece que "la familia, la comunidad y el Estado son corresponsables en la protección, cuidado y atención de las personas adultas mayores." (Art. 55) Contempla en su artículo 11 que: "la familia tiene la corresponsabilidad de cuidar la integridad física, mental y emocional de las personas adultas mayores y brindarles el apoyo necesario para satisfacer su desarrollo integral, respetando sus derechos, autonomía y voluntad". Así mismo considera la implementación progresiva de: centros gerontológicos residenciales y de atención diurna, espacios de socialización, atención domiciliaria y centros de acogida temporal (art. 89).
	Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar, que reforma el Código del Trabajo, la Ley Orgánica del Servicio Público y la Ley de Seguridad Social	2015	Reconoce el trabajo no remunerado en los hogares: incorpora a las amas de casa al sistema de seguridad social, garantiza a las mujeres su derecho a jubilación, viudez, indemnización por discapacidad. Contempla también cambios al tipo de contratación, bonificaciones, estabilidad laboral, utilidades, da garantías en caso de despido de mujeres embarazadas y dirigentes sindicales, entre otros.
	Dictamen de la Corte Constitucional 10	2013	Aprobación del Convenio 189 de la OIT sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley Orgánica de Discapacidades	2012	Establece la protección y reconocimiento de los cuidadores y cuidadoras de personas con alguna discapacidad (art. 5; 16). Los cuidadores pueden gozar de beneficios de inclusión laboral como "sustitutos" de la persona discapacitada (art. 48). Se amplía el permiso de maternidad por 3 meses adicionales, en el caso del nacimiento de niñas o niños con discapacidad o congénitos graves (art. 52). Los empleados públicos y privados con una jornada de trabajo de 8 horas diarias que tuvieren bajo su responsabilidad a personas con discapacidad severa, debidamente certificada, tendrán derecho a 2 horas diarias para su cuidado, previo informe de la unidad de recursos humanos o de administración del talento humano (art. 52). Los cuidadores (sustitutos) serán beneficiarios de la exoneración del impuesto a la renta (art. 76) y un monto específico del IVA (art. 78). Establece el seguro social como un derecho irrenunciable a los cuidadores, tal como para las personas con discapacidad (art. 82). Ejecución de políticas de promoción y protección social, incluyendo la orientación y capacitación a las personas y las familias que tienen bajo su cuidado a las personas con discapacidad, en el buen trato y atención que deben prestarles (art. 87.2).
	Ley Orgánica reformativa a la Ley Orgánica de servicio civil y carrera administrativa y de unificación y homologación de las remuneraciones del sector público y al Código del Trabajo.	2009	Establece que toda servidora pública tiene derecho a una licencia con remuneración de 12 semanas por el nacimiento de su hija o hijo; en caso de nacimientos múltiples el plazo se extiende por 10 días adicionales. Por otra parte, señala que el servidor público tiene derecho a licencia por paternidad con remuneración por 10 días contados desde el nacimiento de su hija o hijo cuando el parto es normal; en los casos de nacimientos múltiples o por cesárea se ampliará por cinco días más. Al mismo tiempo establece que la madre y el padre adoptivos tendrán derecho a licencia con remuneración por 15 días, los mismos que correrán a partir de la fecha en que la hija o hijo le fuere, legalmente, entregado y que los padres tendrán derecho a 25 días de licencia con remuneración para atender los casos de una hija o hijo hospitalizados o con patologías degenerativas; licencia que podrá ser tomada en forma conjunta o alternada.
	Constitución de la República del Ecuador	2008	En el Artículo 6, inciso 1 y 5 se establece que se promoverá la maternidad y paternidad responsable y la corresponsabilidad materna y paterna en el cuidado de los hijos. Por otra parte, en el artículo 333 se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de auto sustento y cuidado humano que se realiza en los hogares. Y se indica que "el Estado promoverá un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, que facilite servicios, infraestructura y horarios de trabajo adecuados; de manera especial, proveerá servicios de cuidado infantil, de atención a las personas con discapacidad y otros necesarios para que las personas trabajadoras puedan desempeñar sus actividades laborales; e impulsará la corresponsabilidad y reciprocidad de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y en las obligaciones familiares". El art. 325 y 333 incluye, en la definición del sistema económico, el reconocimiento del trabajo doméstico no remunerado de auto sustento y de cuidado humano que se realiza en los hogares, el trabajo familiar y las formas autónomas de trabajo. Reconoce, además, el derecho a la seguridad social a todas las personas y extiende la responsabilidad del Estado a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares.
	Ley 180 sobre las discapacidades	1992	Protege a las personas con discapacidad; establece un sistema de prevención de discapacidades, atención e integración de personas con discapacidad que garantice su desarrollo y evite que sufran toda clase de discriminación, incluida la de género. Establece la creación y funcionamiento del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).
	Reglamento General de la Ley de Servicio civil y carrera administrativa	1985	Considera calamidad doméstica del servidor público: el fallecimiento, accidente o enfermedad grave de su cónyuge o de sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, e igualmente los siniestros que afectan la propiedad o los bienes del servidor, gravemente.

País	Legislación	Año	Descripción
El Salvador	Decreto 717	2002	La Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor tiene por objetivo garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia (art. 1). La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas (art. 3). A falta de una familia, para las personas adultas mayores, el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente, coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin.
Granada	<i>Employment Act No 14</i>	1999	<i>An Act to provide for the fixing of wages of workers, the hours of work, their leave and generally for matters pertaining to the welfare of workers.</i>
Guatemala	Constitución Política de la República de Guatemala (reformado por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de noviembre de 1993)	1993	La constitución establece como garantías del Estado: la protección a la familia (art. 47); la maternidad (art. 52); y la protección a la mujer trabajadora y regulación de las condiciones en que debe prestar sus servicios (art. 102, inc. K).
	Ley 135-96	1996	Ley de atención a las personas con discapacidad, la cual define atención como "atención a la persona con discapacidad, todas aquellas acciones encaminadas a favorecer su desarrollo físico, psicológico, moral, mental, sensorial, social y afectivo, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarquen todas las áreas de desarrollo humano".
Guyana	<i>Chapter 36:05, Person with Disabilities Act</i>	2010	<i>Establishes the rights of persons with disabilities, including equality in employment (Sub-Part I), education (Sub-Part II), health (Sub-Part III) and housing (Sub-Part IV).</i>
	<i>Prevention of discrimination Act, Chapter 99:09</i>	1998	<i>An Act to provide for the elimination of discrimination in employment, training, recruitment and membership of professional bodies and the promotion or equal remuneration to men and women in employment who perform work of equal value, and for matters connected therewith.</i>
	<i>Old age pension Act. Chapter 36:03</i>	1998	<i>An Act to make provision for the payment Old Age Pensions.</i>
	<i>Act 19 - Termination of Employment and Severance Pay Act</i>	1997	<i>Establishes that an employee's continuous employment shall not be treated as interrupted if the employee is absent from work - (a) due to taking annual leave, maternity leave or sick leave or any other leave in accordance with any law or contract or agreement or disability (art. 4.2, inc. A). A female employee's pregnancy or a reason connected with her pregnancy does not constitute good or sufficient cause of dismissal or for imposition of disciplinary action (art. 8.1, inc. C).</i>
	<i>Equal Rights Act No. 19</i>	1990	<i>An Act to make provision for the enforcement of the principles enshrined in article 29 of the Constitution so as to secure equality for women and for matters connected therewith.</i>
	<i>Act 15 - National Insurance and Social Security Act 196</i>	1969	<i>Maternity benefit of a payment or periodical payments to an insured person or to the uninsured spouse of an insured person in the case of her pregnancy or confinement (art. 19(1)(a)(iv)).</i>
	<i>Loi portant sur l'intégration des personnes handicapées</i>	2012	<i>Law on the integration of people with disabilities in Haiti. Only available in French.</i>

País	Legislación	Año	Descripción
Honduras	Decreto Ejecutivo N° PCM-005-2021	2021	Aprueba la "Política Nacional de Envejecimiento y del Adulto Mayor 2021-2050", con el propósito que la población de adultos mayores esté vinculada y sea parte de las dinámicas que ocurren en el País, tanto de naturaleza pública como privada o de índole nacional e internacional teniendo como objetivo primordial mejorar su calidad de vida. Uno de sus principios orientadores es el de la corresponsabilidad. En el numeral VI, se estipula que "La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores públicos y sociales, el Estado, la familia y la propia población de adultos mayores, en cuanto al desarrollo de la política para el envejecimiento, convocando la más alta participación de los actores sociales y comprometiéndolos en el diseño, ejecución y evaluación de programas." En el número VII, Línea Estratégica 3: Propuesta de mecanismos de sensibilización y comunicación sobre el envejecimiento activo y la adultez mayor, propone "Fomentar el cuidado de los adultos mayores en el entorno familiar, como institución natural encargada de la atención integral de todos sus miembros." (3.2).
	Decreto 160, Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las Personas con Discapacidad	2005	Establece garantías de derechos para personas con discapacidad, tales como acceso a la educación (Sección II), a la salud y seguridad social (Sección III). Crea la Dirección General de Desarrollo para las personas con Discapacidad encargada de establecer políticas para la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad.
	Decreto 34/2000 Ley de igualdad de oportunidades para la mujer.	2000	Establece que el Estado está en la obligación de promover al interior de la familia, a través de la educación formal y alternativa, la redistribución de las responsabilidades familiares, derivadas del cuidado y la reproducción de la familia, para cumplir con la igualdad de oportunidades y el correcto sentido de la división del trabajo. Indica que la trabajadora que adopte a un menor o a una menor de cinco años, tendrá derecho a la misma licencia post parto que la mujer en estado de gravidez. Establece que el trabajo asalariado del hombre y la mujer fuera del hogar no tiene que interferir con las responsabilidades familiares, ambos están obligados a compartir en iguales condiciones el trabajo en el hogar. Por su parte los empleadores que tengan a su servicio más de 30 mujeres trabajadoras están obligados a poner a disposición de ellas centros de cuidado infantil.
Jamaica	<i>The employment (equal pay for men and women) Act 34</i>	1975	<i>This Act describes the rights of men and women at work, especially about equal pay.</i>
	<i>Nursing Homes Registration Act and Regulations</i>	1934	Establece que el Instituto de Salud y Unidad de servicios, a través de la División de Estándares y Regulación se encargará de supervisar las casas para ancianos y personas convalecientes, así como los centros de día.
	<i>Poor Relief Act of 1886 (last amendment 1973)</i>	1886	A través de la cual se establece que los gobiernos locales deben proveer, supervisar y vigilar los servicios públicos de cuidado o atención a personas destituidas de medios para su subsistencia, que están incapacitados para trabajar por causas físicas o mentales.
México	Acuerdo que modifica lineamientos del Programa de Apoyo Financiero a Microempresas Familiares	2020	Acuerdo que modifica los lineamientos para la operación del Programa de Apoyo Financiero a Microempresas Familiares, incorporando a las trabajadoras del hogar como beneficiarias de la Modalidad de Apoyo Solidario a la Palabra. El programa considera el acceso a un Apoyo financiero por \$25,000.00 (veinticinco mil pesos 00/100 M.N.).
	Ley Federal del Trabajo (Última reforma 02-07-19)	2019	Incluye reformas a la regulación del trabajo doméstico. En el capítulo XIII del Título Tercero de Condiciones del Trabajo, consagra una definición legal de "trabajadores del hogar" en la que incluye a quienes llevan a cabo tareas de cuidados. Contempla una regulación legal más extensa respecto a las obligaciones del empleador, entre las cuales adiciona la de inscribir a la parte trabajadora al Instituto Mexicano del Seguro Social y pagar las cuotas correspondientes conforme a las normas aplicables en la materia.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad	2011	Tiene por objetivo reglamentar el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableciendo las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.
	Ley General para la igualdad entre mujeres y hombres	2006	Esta ley tiene por objeto regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres y proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el territorio nacional.
	Ley de los derechos de las personas adultas mayores.	2002	A través de esta ley el Estado garantiza las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Dispone que la familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral.
Nicaragua	Ley 870, Código de Familia	2014	Establece la corresponsabilidad de los padres en cuanto a los deberes familiares (artículo 2 letra g, artículo 80). A su vez reconoce el trabajo de cuidados no remunerado como contribución económica a la familia (art. 82)
	Ley 763, Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad	2011	Establece garantías de derechos en igualdad de condiciones para personas con discapacidad, tales como derechos civiles y políticos (Capítulo III), derechos laborales (Capítulo IV), derecho a la educación (Capítulo V), y derecho a la salud (Capítulo VI). Crea la Dirección General de Desarrollo para las personas con Discapacidad encargada de establecer políticas para la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad. Crea el Consejo Nacional de Promoción y Aplicación de los Derechos de las Personas con Discapacidad, encargado de desarrollar políticas en favor de las personas con discapacidad.
	Ley 648 de Igualdad de derechos y oportunidades	2008	Esta ley tiene por objeto promover la igualdad y equidad en el goce de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales entre mujeres y hombres; establecer los principios generales que fundamenten políticas públicas dirigidas a garantizar el ejercicio efectivo en la igualdad real, en la aplicación de la norma jurídica vigente de mujeres y hombres, para asegurar el pleno desarrollo de la mujer y establecer los mecanismos fundamentales, a través de los cuales todos los órganos de la administración pública y demás Poderes del Estado, gobiernos regionales y municipales garantizarán la efectiva igualdad entre mujeres y hombres.
Panamá	Decreto Ejecutivo N° 42	2019	Fija el salario mínimo mensual para el trabajo doméstico para los distritos del país.
	Decreto Ejecutivo 244	2012	Adopta la política pública de igualdad de oportunidades para las mujeres (PPIOM): La PPIOM contiene un eje temático, entre otras, sobre economía, pobreza y trabajo. Algunos de sus lineamientos estratégicos son de reconocer y legitimar el trabajo doméstico no remunerado, como actividad económica que genera riqueza y bienestar social, y elaborar un sistema de valoración del trabajo de cuidado (no. 3) políticas de fomento de la corresponsabilidad del trabajo no remunerado realizado en el ámbito del hogar que facilite el acceso de las mujeres al ámbito productivo (no. 4); y el desarrollo de un nuevo modelo de relaciones laborales y empleo de calidad con enfoque de género, que facilite la corresponsabilidad para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral (no. 6).

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 25	2007	Se aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. Impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores (art. 16, inc. 2). Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados (art. 28, inc. c).
	Decreto Ejecutivo 103	2004	Se crea la Secretaría nacional para la integración social de las personas con discapacidad y el Consejo nacional consultivo para la integración social de las personas con discapacidad. Entre sus funciones está la promoción del fortalecimiento de las asociaciones de personas con discapacidad y sus familias (art. 3, inc. 2) y proponer estrategias destinadas a lograr la integración social de las personas con discapacidad y sus familias (art. 7, inc. 1).
	Ley 4 por la cual se constituye la igualdad de oportunidades para las mujeres	1999	Establece lineamientos para el desarrollo de políticas públicas con perspectiva de género. En el ámbito del cuidado orienta la creación y ampliación de centros de apoyo infantil y comunitario que permitan a las mujeres incorporarse a la vida social y económica. En el ámbito familiar, el Estado favorecerá la distribución equitativa de las responsabilidades entre la pareja.
	Decreto Ejecutivo 3	1999	Regula a través de normas la apertura y funcionamiento de los centros de atención diurna, hogares o albergues para adultos mayores.
Paraguay	Ley 5407	2015	La Ley de Trabajo Doméstico establece la definición legal de trabajadores domésticos e incluye a quienes realizan labores de cuidado de personas enfermas, ancianas o minusválidos (art. 3 letra h). Asimismo, establece la obligación de incorporar a estos trabajadores al régimen general de seguro social obligatorio del Instituto de Previsión Social.
	Ley 3.990 Modifica el artículo 24 del Decreto-Ley N° 1860/50	2010	Art. 24.- Fondo de Enfermedad — Maternidad. Los gastos necesarios para cubrir el costo de los riesgos de enfermedad no profesional y de maternidad, accidente del trabajo y enfermedad profesional y los subsidios correspondientes, serán financiados con el 9% (nueve por ciento) del monto total de los salarios sobre los cuales se abonan las cuotas establecidas en el Artículo 17, incisos a), b), c), ll) y m) modificado por esta Ley.
	Constitución Política de la República de Paraguay	1992	Art. 48: De la igualdad de derechos del hombre y de la mujer. El hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Establece que el Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio y facilitando la participación de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional. El artículo 58 de la Constitución paraguaya establece que "Se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social. El Estado organizará una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran. Se les reconocerá el disfrute de los derechos que esta Constitución otorga a todos los habitantes de la República, en igualdad de oportunidades, a fin de compensar sus desventajas".
Perú	Documento Técnico Marco Conceptual sobre Cuidados	2021	El documento identifica los principales elementos a tener en cuenta para una adecuada toma de decisiones en el proceso de implementación del Sistema Nacional de Cuidados con enfoque de género, derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad, intergeneracional, curso de vida, discapacidad y gerontológico para personas que requieren cuidados y las/ los cuidadoras/es, considerando la superación de la actual división sexual del trabajo, en un contexto en el que Estado, mercado, comunidad y familia contribuyan, activamente, bajo una lógica de corresponsabilidad.

País	Legislación	Año	Descripción
	Resolución Ministerial N° 170-2021-MIMP	2021	Aprueba el Documento Técnico: Marco Conceptual sobre Cuidados.
	Decreto Supremo N° 007-2021-MIMP	2021	Aprueba la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030, la cual hace mención específica en materia de cuidado en su Lineamiento 3.2: "Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población con discapacidad por curso de vida", el que busca coadyuvar al objetivo N° 3 de la política: asegurar el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad.
	Decreto Supremo N° 006-2021-MIMP	2021	Aprueba la Política Nacional Multisectorial para personas adultas mayores al 2030, cuyo Objetivo N° 1 es: Garantizar el derecho al cuidado y buen trato para una convivencia sin discriminación de las personas adultas mayores. Dicho objetivo coadyuvará a la erradicación del problema público identificado: "La Discriminación estructural por motivos de edad contra las personas adultas mayores".
	Reglamento de la Ley N° 31.047	2021	El presente Reglamento regula el trabajo del hogar remunerado en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 31.047, Ley de las trabajadoras y trabajadores del hogar. El presente reglamento establece definiciones y principios, formas de prestación del trabajo del hogar, registro, contratación y su contenido, pago de remuneraciones, entre otros. También crea el Registro del Trabajo del Hogar.
	Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP	2019	Política Nacional de Igualdad de Género (Decreto Supremo N°008-2019-MIMP), establece como meta hacia el año 2030, la implementación del Sistema Nacional de Cuidado con enfoque de género para personas en situación de dependencia. Este lineamiento se encuentra vinculado al Objetivo prioritario 4: "Garantizar el ejercicio de los derechos económicos y sociales de las mujeres", a través del cual se busca el empoderamiento económico y social de las mujeres y niñas peruanas, contribuyendo a la reducción de las brechas generadas por la división sexual del trabajo.
	Decreto Legislativo N°1408	2018	Decreto legislativo para el fortalecimiento y la prevención de la violencia en las familias, establece que las familias asumen un conjunto de funciones respecto de sus miembros, siendo una de ellas, el cuidado. El cuidado, activamente, dirigido a las niñas, niños, adolescentes, gestantes, personas adultas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia, con la finalidad de cubrir sus necesidades y garantizar el ejercicio pleno de sus derechos para lograr su desarrollo integral y el derecho a una vida plena (artículo 7). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ejerce la rectoría en materia de protección y promoción de las familias (artículo 9°); en ese sentido, es competencia del MIMP en coordinación con el Ministerio de Trabajo y los tres niveles de gobierno, impulsar normas, estrategias, servicios (cuidado diurno, vespertino, comunitario, lactarios u otros) y acciones dirigidas a conciliar la vida familiar y el trabajo (artículo 10°). Posteriormente, fue modificado por el Decreto Legislativo 1443.
	Ley 30490	2016	Ley de la persona adulta mayor, además de establecer los derechos de esta población, define los requisitos que deben cumplir los centros de atención residencial, centros de día, nocturnos u otros. Así mismo, ordena que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) sea la instancia encargada de supervisar las políticas dirigidas a las personas mayores.

País	Legislación	Año	Descripción
	Decreto Supremo N°002—2014—MIMP	2014	Decreto supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, realiza precisiones en torno al cuidado a personas en situación de discapacidad. La Rehabilitación Basada en la Comunidad, como estrategia que involucra a las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, comunidades y los servicios relevantes gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, servicios vocacionales, sociales y otros servicios. (Artículo 3.26) Las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a acceder a programas de capacitación y apoyo social. Se brinda especial atención, a las mujeres con discapacidad, con relación a la maternidad y el embarazo; así como a la protección de la niñez con discapacidad frente a la explotación, los malos tratos y la falta de cuidados, entre otros aspectos. Asimismo, se establece que los Gobiernos Regionales y Locales deben implementar cunas, guarderías y centros de cuidado con enfoque inclusivo, con el objetivo que la persona con discapacidad sea atendida y sus familiares puedan realizar actividades laborales y educativas que contribuyan a su bienestar y calidad de vida. (artículo 6°) Implementar de manera progresiva mecanismos de atención basada en la comunidad a fin de que los servicios y programas sociales se brinden en el domicilio de la persona con discapacidad, de acuerdo con sus requerimientos, promoviendo la inclusión social de la persona con discapacidad y su familia en la comunidad. (artículo 9°) Acceso oportuno a los medicamentos de calidad, tecnologías de apoyo, dispositivos y ayudas compensatorias para su atención, habilitación y rehabilitación, considerando la condición socioeconómica, geográfica y cultural de la persona con discapacidad (artículo 32°).
	Decreto Supremo N°056-2014-PCM	2014	Aprueba el Reglamento de la Ley N°29700, Ley que Incluye el trabajo no remunerado en las cuentas nacionales, establece en su artículo 7° que, para la valoración del trabajo doméstico no remunerado o de la producción de servicios que realizan los hogares para su propio uso y que no forman parte de la frontera de posibilidades de producción, se utiliza el criterio del tercero o asignación del valor de mercado al tiempo de trabajo dedicado a las actividades domésticas que realizan las mujeres y hombres del hogar, conforme lo establece el artículo 7°.
	Ley 29.700	2011	Incluye una cuenta satélite del trabajo no remunerado en las cuentas nacionales, con especial énfasis en el trabajo doméstico no remunerado mediante la aplicación de encuestas de uso del tiempo.
	Ley 29973, Ley general de personas con discapacidad	2012	Establece que "la persona con discapacidad tiene derecho a vivir de forma independiente en la comunidad, en igualdad de condiciones que las demás. El Estado, a través de los distintos sectores y niveles de gobierno, promueve su acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento y abandono" (Art, 11).
	Ley Marco 29.344 de aseguramiento universal en salud	2009	La ley tiene por objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.
	Ley 28.983 de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres	2007	Esta ley tiene por objeto establecer el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomías, impidiendo la discriminación en todas las esferas de su vida, pública y privada, propendiendo a la plena igualdad.
	Ley 27.050 Ley general de personas con discapacidad	1998	Establece el régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural, previsto en el Artículo 7 de la Constitución Política del Estado. En el art. 5 señala que, para el logro de los fines y la aplicación de la presente Ley, se crea el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS).

País	Legislación	Año	Descripción
Puerto Rico	Ley 9, Carta de Derechos de la Mujer Trabajadora	2020	Establece un catálogo de derechos de titularidad de la mujer trabajadora (art. 3), entre estos: la prohibición de discriminación, a no ser despedida injustificadamente, protección y aplicación de las normas de licencia y descanso por maternidad, y derechos de lactancia.
	Ley 121	2019	Ley de la Carta de Derechos y la Política Pública del Gobierno a favor de los Adultos Mayores, establece las responsabilidades del gobierno para con las personas adultas mayores. Garantiza extender la expectativa de vida saludable, promoviendo la salud, el envejecimiento activo y la participación social mediante: a. Acceso a servicios de calidad a través de toda la isla, tanto para el sistema público como el privado. b. Un sistema de cuidado integral y continuo que facilite la inclusión social y la vida en comunidad no importa su diversidad funcional o cognitiva en su lugar de preferencia, ya sea su casa o institución. c. Los estudios y especialistas geriátricos y gerontólogos entre los profesionales de la salud y sociales.
	Ley 58, Ley para propiciar el bienestar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores	2018	Crea los Centros de Apoyo y Rehabilitación para Adultos Mayores, entre otros programas orientados al apoyo en los cuidados destinados al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.
	Ley 251	2015	Consagra el derecho de los trabajadores de disponer de hasta un máximo de 5 días acumulados en su licencia por enfermedad para atender situaciones de enfermedad y/o tratamiento de hijos, cónyuges, y de personas de edad avanzada o con impedimentos bajo su cuidado y tutela.
	Ley 408-2000 - Ley de Salud Mental de Puerto Rico (Última modificación 2008)	2008	Establece las necesidades de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental. Los miembros de la familia del adulto que reciben servicios de salud mental, serán tratados con respeto y dignidad. Entre otros servicios, recibirán servicios de sostén disponibles y grupos de apoyo, así como asistencia en estrategias para el manejo de crisis (art. 2.24).
	Ley 190 para enmendar el inciso C del Artículo 7 de la Ley 94 de 22 de junio de 1977, según enmendada, conocida como "Ley de Establecimientos para Ancianos"	2001	Enmienda la "Ley de Establecimientos para Ancianos", a fin de disponer que a la fecha de renovación de licencia la(s) persona(s) encargada(s) del establecimiento, así como el personal que labora en el mismo o presta servicios a éste atendiendo, directamente, a la(s) persona(s) de edad avanzada, deberá(n) presentar evidencia de haber tomado un curso o seminario anual de capacitación sobre nuevos conocimientos en el área de gerontología, con especial énfasis en la atención de las necesidades básicas de salud y de cuidado, alimentación, recreación y socialización de las personas de edad avanzada.
República Dominicana	Constitución de la República Dominicana	2016	Desde el 2010, la Constitución de República Dominicana, reconoce en el numeral 11 del artículo 55 que "El Estado reconoce el trabajo del hogar como actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social, por lo que se incorporará en la formulación y ejecución de las políticas públicas y sociales".
	Decreto 83 - 15	2015	Establece que el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) es la instancia encargada de acreditar y supervisar los centros diurnos y centros permanentes para personas mayores de carácter privado, público o mixto.
	Ley 5	2013	Ley sobre igualdad de derechos de las personas con discapacidad. Establece que entre los servicios de rehabilitación que debe proporcionar el Estado se encuentra la capacitación a las personas con discapacidad en actividades de autocuidado.
	Resolución No. 104-13	2013	Resolución que aprueba el Convenio N° 189, sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y Trabajadores Domésticos, adoptado en Ginebra, por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 352	1998	La ley crea el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), el cual está encargado de desarrollar las políticas para las personas mayores de 65 años que requieran asistencia, Este instituto ha desarrollado: las políticas de transferencias focalizadas a personas mayores con un salario mínimo o menos como ingreso, con alguna discapacidad o problema de salud. También, desarrolla el programa de visitas domiciliarias de asistentes gerontológicos
San Vicente y las Granadinas	<i>Wages Regulation (Domestic Workers) Order</i>	2008	<i>Include those who perform childcare or elder care tasks in the definition of a domestic worker, and it establishes the conditions for accessing maternity leave (3).</i>
Trinidad y Tabago	<i>Equal opportunity Act</i>	2000	<i>This Act prevents women from discrimination at work and presents the Equal Opportunity Commission.</i>
	<i>Counting Unremunerated Work Act</i>	1996	<i>An Act to require the Central Statistical Office and other public bodies to produce and maintain statistics relative to the counting of unremunerated work and to provide a mechanism for quantifying and recording the monetary value of such work.</i>
Uruguay	Ley Nº 19.978	2021	Ley de Teletrabajo. En el artículo 3, se reconoce al teletrabajo como una modalidad necesaria para la generación de empleo y, en particular, para el acceso a puestos de trabajo de personas con responsabilidades familiares, personas con discapacidad o de quien ellos dependan o a cuyo cuidado estén.
	Resolución 134/21	2021	Resolución que crea un régimen especial de subsidio por desempleo, que comprenderá a los trabajadores del servicio doméstico incluidos en el ámbito subjetivo del Decreto-Ley Nº 15.180.
	Ley 19.729	2019	La ley consagra el derecho de todo trabajador que tenga un hijo con discapacidad conforme al régimen previsto en la Ley Nº 19.691, de 29 de octubre de 2018 (ley de promoción del trabajo de personas con discapacidad), a solicitar hasta un total de 10 (diez) días anuales para controles médicos de ese hijo, con goce de sueldo.
	Ley Nº 19.353 que crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados	2015	La presente ley tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado.
	Ley 18.899	2012	Ley que aprueba el Convenio 189 sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.
	Ley 18.651 Protección Integral de personas con discapacidad	2010	Establece un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.
	Ley 18.617	2009	La ley crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el cual debe gestionar políticas para el desarrollo e integración social y económica de las personas mayores, sí como "promover el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de "cuidados progresivos". Para ello se privilegiará la atención con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar. (Art. 4)"

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley 18.395 Beneficios Jubilatorios. Flexibilización de las condiciones de acceso	2008	Otorga a las mujeres para el cómputo jubilatorio un año de trabajo por cada hijo/a nacido/a vivo/a o por cada hijo/a que hayan adoptado siendo este menor o discapacitado.
	Ley 18.227 Asignaciones Familiares	2008	Norma el sistema de asignaciones familiares. En el art. 3 establece que serán tributarios o administradores del beneficio instituido por la ley las personas con capacidad legal o las instituciones, a cuyo cargo estén los beneficiarios. En caso de que dos personas de distinto sexo reúnan tales condiciones, tendrá preferencia la mujer.
	Ley 18.065 Trabajo Doméstico	2006	Dicta las normas para la regulación del trabajo doméstico para incorporar a los y las trabajadoras domésticas al régimen general de fijación de salarios y categorías.
	Ley 17.796	2004	Ley de promoción integral de los adultos mayores, por la cual el Estado debe "garantizar al adulto mayor acceso a atención integral de su salud, en su prevención, en su asistencia y en eventuales procesos posteriores de rehabilitación, tanto en la esfera pública como en la privada. En esta materia deberá seguirse el modelo de "cuidados progresivos" privilegiando la atención con base comunitaria, creando alternativas a la hospitalización y generando, además, condiciones que permitan que, cuando fuere posible, la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar" (Art.5).
Venezuela (República Bolivariana de)	Ley de Sistema de Cuidados para la Vida	2021	Esta Ley tiene por objeto reconocer los cuidados para la vida como actividades indispensables para el desarrollo humano, que crean valor agregado, generan calidad de vida y bienestar social, mediante la implementación de políticas, planes, programas y medidas que garanticen atención y acompañamiento integral a las personas cuidadoras y a las personas sujetas de cuidados, a los fines de contribuir a que alcancen mayores niveles de autonomía, bienestar e integración social como factores claves en el logro de la suprema felicidad social del Pueblo.
	Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores	2021	Esta Ley tiene por objeto garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores y el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, reconociendo su autonomía y libre desenvolvimiento de la personalidad, a través de la atención integral que deben brindarle el Estado, las familias y la sociedad para asegurar su buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz. En el artículo 29, señala que "El Estado promoverá la formación de cuidadoras y cuidadores de personas adultas mayores para la atención domiciliaria, a través de programas educativos donde participen las familias y las comunidades. Así mismo, propiciará la conformación de redes de cuidadoras y cuidadores con participación de profesionales especializados en esta área, en conjunto con el personal del centro de salud cercano a la residencia de éstas".
	Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (Última modificación 2012)	2012	Establece un régimen prestacional de servicios sociales al adulto mayor, incluyendo prestaciones económicas y atención domiciliaria de apoyo si lo requieran (art. 57). Establece indemnizaciones por ausencia laboral causadas por maternidad y paternidad, que serán financiadas con las cotizaciones de empleadores, empleadoras, trabajadores, y trabajadoras en los términos, condiciones y alcances que establezca la ley que regule el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas (art. 65).
	Ley para Personas con Discapacidad	2006	Regula los medios y mecanismos, para garantizar el desarrollo integral de las personas con discapacidad de manera plena y autónoma, de acuerdo con sus capacidades, y lograr la integración a la vida familiar y comunitaria, mediante su participación directa como ciudadanos y ciudadanas. Crea el Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad.

País	Legislación	Año	Descripción
	Ley de Servicios Sociales	2004	El objetivo de la ley es definir y regular el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. Establece que el Estado, las familias y la sociedad, se integrarán corresponsablemente, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y otras categorías de personas, mediante su incorporación efectiva a programas, servicios y acciones que faciliten, de acuerdo a sus condiciones, el acceso a la educación, el trabajo de calidad, la salud integral, la vivienda y hábitat dignos, la participación y el control social, la asistencia social, las asignaciones económicas según sea el caso, la asistencia jurídica y la participación en actividades recreativas, culturales y deportivas. Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas protegidas por esta Ley.
	Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer	1999	Esta ley regula el ejercicio de los derechos y garantías necesarias para lograr la igualdad de oportunidades para la mujer. Su objetivo es garantizar a la mujer el pleno ejercicio de sus derechos, el desarrollo de su personalidad, aptitudes y capacidades. Garantiza una cobertura integral en los riesgos de enfermedad y maternidad de la mujer trabajadora por medio de prestaciones, garantías laborales y protecciones laborales (art. 13-15; 24).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.



La atención y los cuidados que hoy requieren las personas, especialmente las mayores, para cubrir y satisfacer sus necesidades primarias, son un tema de la mayor relevancia en América Latina y el Caribe y gran parte del mundo. La discusión internacional ha puesto de manifiesto la crisis de los cuidados y la necesidad de pensar nuevas formas para su organización social y política. En especial, se ha puesto énfasis en el trabajo de cuidado que realizan las mujeres, generalmente sin ningún respaldo ni reconocimiento de la sociedad. Paralelamente, la demanda de cuidados integrales se incrementa como consecuencia del envejecimiento de las poblaciones y de la condición de dependencia de las personas mayores.

La presente investigación ofrece una revisión de las definiciones, conceptos y experiencias regionales referentes al diseño de políticas y sistemas de cuidados a largo plazo destinados a las personas mayores, con una mirada comparativa respecto de las condiciones de base y las respuestas implementadas en la República de Corea. Con ello, se espera avanzar de manera sustantiva en la consolidación de respuestas nacionales encaminadas al diseño e implementación de sistemas integrales de cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe.

