

VI

Informe del Observatorio sobre Personas Adultas Mayores

La situación de las
personas adultas
mayores que residen
en el ámbito rural en la
región iberoamericana

Mayo 2022

La responsabilidad de las opiniones que se expresan en esta obra es de quiénes las emiten y su publicación, en ningún caso, puede considerarse como reflejo del pensamiento de todas las instituciones miembros del “Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores”, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB).

Programa Iberoamericano de Cooperación sobre
la Situación de las Personas Adultas Mayores
www.iberoamericamayores.org
Unidad Técnica del Programa: Organización
Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)
www.oiss.org

Contacto:

sec2.general@oiss.org
+34 91 561 17 47

VI

Informe del Observatorio sobre Personas Adultas Mayores

La situación de las
personas adultas
mayores que residen
en el ámbito rural en la
región iberoamericana

Mayo 2022



Índice

8	Resumen ejecutivo
10	Introducción
10	El Observatorio Iberoamericano sobre Personas Adultas Mayores
22	1. Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la región iberoamericana
23	1.1. El envejecimiento poblacional: tendencia y desafío para el mundo
23	1.2. Tendencias demográficas de las personas adultas mayores en Iberoamérica
30	1.2.1. Índice de envejecimiento demográfico y relación global de dependencia
35	1.3. Ruralidad y vejez en la región iberoamericana
35	1.3.1. América Latina y El Caribe
39	1.3.2. España y Portugal
42	2. La protección social de la vejez en la región iberoamericana: conceptos y desafíos
44	2.1. Seguridad económica: los ingresos de las personas adultas mayores
44	2.1.1. Introducción
45	2.1.2. Argentina
49	2.1.3. Brasil
53	2.1.4. Chile
56	2.1.5. España
59	2.1.6. México
64	2.1.7. Paraguay
67	2.1.8. República Dominicana
70	2.1.9. Uruguay
72	2.1.10. A modo de síntesis
75	2.2. Acceso a la salud de las personas adultas mayores
75	2.2.1. Introducción
77	2.2.2. Argentina
80	2.2.3. Brasil
82	2.2.4. Chile
84	2.2.5. España
87	2.2.6. México
91	2.2.7. Paraguay
93	2.2.8. República Dominicana
94	2.2.9. Uruguay
96	2.2.10. A modo de síntesis
98	2.3. Acceso a servicios sociales de las personas mayores
100	2.3.1. Introducción

100	2.3.2. Argentina
104	2.3.3. Brasil
106	2.3.4. Chile
110	2.3.5. España
118	2.3.6. México
124	2.3.7. Paraguay
126	2.3.8. República Dominicana
127	2.3.9. Uruguay
130	2.3.10. A modo de síntesis
134	3. La vejez rural iberoamericana en el marco de la pandemia por el COVID-19
135	3.1. Introducción: el impacto de la pandemia en la región iberoamericana
138	3.1.1. Argentina
140	3.1.2. Brasil
141	3.1.3. Chile
143	3.1.4. España
146	3.1.5. México
147	3.1.6. Paraguay
148	3.1.7. República Dominicana
149	3.1.8. Uruguay
150	3.1.9. A modo de síntesis
152	4. Buenas prácticas
153	4.1. Argentina: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios
154	4.2. Brasil: <i>Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável</i>
155	4.3. Chile: Fono Acompañamiento del Adulto Mayor
156	4.4. España: Estrategia Nacional para el Reto Demográfico en el ámbito rural
160	4.5. México: IMSS-Bienestar
163	4.6. Paraguay: Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de pobreza.
164	4.7. República Dominicana: Programa TE-AMA (Transferencia Económica al Adulto Mayor)
166	4.8. Uruguay: Plan Ibirapitá
168	5. Conclusiones
169	5.1. Envejecimiento poblacional
171	5.2. Seguridad económica: los ingresos de las personas mayores
174	5.3. Acceso a la salud de las personas adultas mayores
176	5.4. Acceso a los servicios sociales las personas adultas mayores
178	5.5. La vejez rural iberoamericana en el marco de la pandemia por COVID-19
180	5.6. Recomendaciones
182	6. Referencias bibliográficas
195	6.1. Normativas y sitios institucionales consultados
202	7. Anexo

Se han utilizado las siguientes abreviaciones:

ALC	América Latina y El Caribe
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
BPC	Beneficio de Prestación Continuada
BPS	Banco de Previsión Social
CDC	Centros comunitarios
CDR	Centros referenciales
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPM	Consejo Estatal de Personas Mayores
CESFAM	Centros de Atención Familiar
CISNS	Sistema Nacional de Salud
CONAPE	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DINAPAM	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores
ECETSS	Encuesta de Condiciones de Empleo, Trabajo y Seguridad Social
ELEAM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
EPHC	Encuesta Permanente de Hogares Continua
EVN	Esperanza de vida al nacer
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
IAMC	Asistencia Médica Colectiva
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
Inmayores	Instituto Nacional de las Personas Mayores



INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IPS	Instituto de Previsión Social
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGTBI	Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OEA	Organización de los Estados Americanos
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAMI	Programa de Atención Médica Integral
PBI	Producto interno bruto
PCD	Programa de Cuidados Domiciliarios
PUAM	Pensión Universal para las Personas Mayores
REDAM	Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores
RGPS	Régimen General de Previsión Social
RLE	Residencias de Larga Estadía
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SABE	Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento
SAMS	Sistema de Atención Médica Suplementaria
SAR	Atención Primaria de Urgencia
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIPA	Sistema Integrado Previsional Argentino
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Sistema Nacional de Sanidad
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



Resumen ejecutivo

En el marco del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las Personas Adultas Mayores (PICSPAM), este documento busca dar a conocer las condiciones de las personas mayores que residen en entornos rurales de Iberoamérica.

Los hallazgos que se presentan son el resultado del desarrollo y la ejecución de un estudio cuantitativo y cualitativo, el cual analizó de manera exhaustiva archivos (desde documentos e informes oficiales hasta trabajos académicos) y entrevistas semiestructuradas a miembros de la red, que coordina a nivel nacional el Observatorio, y a representantes de las instituciones participantes del Programa (en algunos casos a ambos). De esa manera, se combinaron datos primarios con secundarios.

En relación con la situación de las personas mayores que residen en ámbitos rurales, este estudio explora:

1. Datos sociodemográficos sobre el proceso de envejecimiento poblacional de la región, en específico las características que este proceso asume en los entornos rurales de los países analizados.
2. Las particularidades que adquiere la vejez en zonas rurales a la luz de otras dimensiones como el género y la multiculturalidad.
3. La protección social de la vejez en la región iberoamericana en atención a cada uno de sus tres pilares: seguridad económica, salud y servicios sociales.
4. Datos recientes sobre la pandemia de COVID-19 y su impacto en la región, en particular, sobre la población mayor. También se describen las medidas llevadas adelante para atender sus necesidades en este contexto, así como los planes estratégicos y campañas de vacunación implementadas en los entornos rurales.

5. Buenas prácticas en la atención a personas adultas mayores en zonas rurales con la intención de que estas experiencias sirvan como referencia para las instituciones que buscan avanzar en la materia.
6. Recomendaciones respecto de la protección social de la vejez rural con base en la información recabada durante la investigación.

Como resultado del estudio de la situación de ocho países (Argentina, Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay), este documento señala que las personas mayores que residen en zonas rurales tienen características, riesgos y necesidades específicas, vinculadas al ámbito en el que habitan. En las áreas rurales las desigualdades se profundizan especialmente aquellas relacionadas a la protección social: el acceso a la seguridad de ingresos; la atención básica de la salud; y los servicios sociales para la autonomía.

Por esta razón, el documento manifiesta la importancia de que los Estados garanticen el acceso a la protección social, con el fin de asegurar que las poblaciones envejecen con dignidad en sus espacios geográficos, con respeto a su cultura, valores y costumbres.

Entre los hallazgos el documento advierte de la situación de pobreza en los ámbitos rurales,

donde llega a ser cercana al doble de la pobreza urbana. Se encuentra muy relacionada con la carencia de infraestructuras de servicios públicos básicos, así como con las dificultades para el acceso a la salud, a los servicios de cuidado y a la educación.

A su vez, desde una perspectiva integral, el informe incorpora la perspectiva de género y de la multiculturalidad de forma transversal a todas las dimensiones de análisis procurando dar una visión situada del envejecimiento y la vejez con base en los derechos humanos de las personas mayores.

De esta forma, la sistematización que presenta este documento busca brindar al personal profesional y funcionario que trabajan en temáticas relacionadas al envejecimiento y la vejez, la visión de conjunto y los datos de protección social de las personas mayores que habitan en zonas rurales de la región, en particular de aquellos países que forman parte del Programa. Se espera que este informe sea un insumo útil tanto para la identificación de necesidades específicas como para el diseño y la implementación de políticas cuyo objetivo sea la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que residen en contextos rurales. Se busca entonces con este documento, promover un camino hacia la igualdad y la inclusión en los países iberoamericanos.



Introducción

El Observatorio Iberoamericano sobre Personas Adultas Mayores

Este informe es parte de las actividades que se desarrollan en el marco del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las Personas Adultas Mayores (PICSPAM) (www.iberoamericamayores.org), que aprobó la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Asunción (Paraguay) en 2011. En el programa participan diversas instituciones responsables de las políticas públicas en beneficio de las personas mayores y del envejecimiento en ocho países de la región: Argentina, Brasil, Chile, España, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

El Programa busca profundizar en el conocimiento de la situación de las personas adultas mayores en Iberoamérica y de las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento de la población en la región. Asimismo, pretende

analizar las políticas públicas dirigidas a este colectivo y fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países, con el objetivo final de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Dentro de las acciones que despliega el Programa se encuentra el Observatorio Iberoamericano sobre Personas Adultas Mayores, un banco de información y análisis de datos acerca de las necesidades y condiciones de vida de las personas mayores en los países de la comunidad iberoamericana, en especial en materia de protección social —atención sanitaria, seguridad económica, servicios sociales y derechos humanos— de esta población.

A lo largo de su trayectoria, el Observatorio ha elaborado seis informes (incluido el presente) que permiten establecer un diagnóstico y caracterizar las condiciones de vida de las personas adultas mayores en la región¹.

¹ <https://iberoamericamayores.org/observatorio/>

En la elaboración del “VI informe. La situación de las personas mayores que residen en el ámbito rural en la región iberoamericana²” participó la red de coordinación nacional del Observatorio de los ocho países participantes del Programa.

A quién está dirigido

Las acciones del Observatorio, entre ellas este informe, están dirigidas a todas las instituciones responsables de generar políticas públicas relacionadas con la protección social de las personas adultas mayores en la región Iberoamericana, incluyendo:

- Profesionales que conforman los equipos técnicos de las áreas rectoras de política pública en materia de vejez y envejecimiento.
- Personal académico y de investigación de este campo de estudios.
- Las personas adultas mayores y el público en general interesado en conocer más acerca de las condiciones de vida de esta población.

Objetivo

El objetivo del Observatorio Iberoamericano sobre las Personas Adultas Mayores es aportar, de manera periódica, información relevante sobre las condiciones de vida y las necesidades

de las personas adultas mayores en la región iberoamericana, en especial respecto a la protección social integral, para detectar las problemáticas vigentes e implementar buenas prácticas. Su última finalidad es proporcionar datos que sirvan de apoyo para diseñar y mejorar las intervenciones hacia esta población.

Además de la información concerniente a los países miembros del Programa, el Observatorio busca dar una visión global de las condiciones de vida de las personas adultas mayores en Iberoamérica y facilitar el intercambio de experiencias exitosas entre instituciones de la región.

Funcionamiento

Cada una de las instituciones que participan en el Programa aporta los datos del Observatorio del país al que pertenece.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (oiss), impulsora del Programa y su unidad técnica, coordina la recolección y el análisis de los datos, estos se compilan una vez al año en un informe que se remite a la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno para dar cuenta de la situación de las personas adultas mayores en la región. Estos informes se encuentran disponibles en la web del Programa³.

² Esta región se compone de 22 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Principado de Andorra, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Se aclara que, para fines estadísticos, no se dispone de datos del Principado de Andorra.

³ Ver: <https://oiss.org/adulto-mayor/programa-iberoamericano-de-adultos-mayores>

Qué datos aporta el informe

Con la finalidad de contextualizar el análisis, el primer capítulo de este informe presenta los **datos generales sociodemográficos sobre el proceso de envejecimiento poblacional de la región iberoamericana**, en específico respecto de las características que este proceso implica en los **entornos rurales** de los países analizados.

En el capítulo dos se expone la información sobre la **protección social de la vejez** en la región iberoamericana, entendida en un sentido amplio y en particular para cada uno de sus tres pilares: **seguridad económica, salud y servicios sociales**, los cuales se abordan en tres apartados específicos.

El capítulo tres revela datos recientes sobre la **pandemia de la covid-19** y su impacto en la región, hace énfasis en la población adulta mayor. Además, se dan a conocer las políticas y acciones que se diseñaron para atender las necesidades de las personas mayores en este contexto, así como los principales aspectos de los planes estratégicos y las campañas de vacunación que se implementaron, en especial en los entornos rurales.

En el cuarto capítulo se destacan y documentan las **buenas prácticas** en la atención a personas adultas mayores en zonas rurales de la región,

con la intención de que estas experiencias puedan ser una referencia para aquellas instituciones que desean avanzar en la materia.

El quinto y último capítulo, relaciona los datos registrados en los apartados anteriores y plantea algunas **conclusiones y recomendaciones, preliminares**, respecto de la protección social de la vejez rural.

Una invitación a pensar la vejez y la ruralidad en Iberoamérica

La región iberoamericana, al igual que el resto del mundo, experimenta un acelerado proceso de **envejecimiento poblacional**. Sin duda, este fenómeno demográfico es un elemento clave para la planificación y la acción estatal, en tanto supone múltiples desafíos para la reducción de las desigualdades que, a su vez, se acentúan durante la vejez.

En este sentido, tal como se expresó en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid en 2002 y como se determinó en el Plan de Acción Internacional (ONU, 2002); en la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sancionada en el seno de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 2015; y en la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 de la Organización Mundial de la

Salud⁴; el abordaje del fenómeno del envejecimiento de la población exige incorporar perspectivas integrales a partir de las cuales formular nuevas propuestas orientadas a la construcción de sociedades más inclusivas e igualitarias, que garanticen procesos de envejecimiento dignos y con calidad de vida.

En términos individuales, el envejecimiento se experimenta de diferentes formas, de acuerdo con cada persona. Dulcey-Ruiz y Uribe Valdivieso (2002) se refieren a dicho proceso como progresivo y diferencial, y señalan que “hay tantas formas de envejecer como personas existen” (p. 19). De allí que sea más apropiado hablar de “vejez” que de una “única vejez”. Este concepto se encuadra en la perspectiva del curso de la vida, que comprende al envejecimiento como el resultado de la combinación de factores psicológicos, biológicos y sociales, y destaca, entonces, su carácter multidimensional.

Yuni y Urbano (2008) abordan el concepto de **envejecimiento** desde la Sociología, destacan los efectos que tienen sobre él aquellos aspectos que se pueden denominar estructurales. Subrayan que “hay modos de envejecer diferenciados para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales” (p. 156). Enfatizan

las disparidades a causa de: el estrato social, la orientación sexual, la etnia, el lugar de residencia, el género y la identidad de género.

Con base en lo anterior es posible afirmar que el proceso de **envejecimiento** en los **entornos rurales** y en los urbanos presentará características diferenciales, es decir, al igual que el género, la etnicidad, el estatus migratorio y la discapacidad, la ruralidad es un factor que incide de manera directa en él. Por lo tanto, el contexto rural determina las necesidades, las características y los riesgos de las personas adultas mayores que lo habitan, en él las desigualdades se profundizan, en especial en lo relativo a la protección social, es decir, en el acceso a la seguridad de ingresos, la atención básica de la salud y los servicios sociales para la autonomía (Huenchuan, 2013).

Esta desigualdad hace fundamental que los Estados garanticen el acceso a la **protección social** para asegurar que las poblaciones envejecan con dignidad en sus espacios geográficos, esto es, en el lugar que hayan elegido para vivir según su cultura, valores y costumbres.

Al analizar a profundidad la relación entre la vejez y la ruralidad en la región de Ibero-

⁴ El envejecimiento saludable es entendido como el desarrollo y mantenimiento a edades avanzadas de la capacidad funcional que hace posible el bienestar. Asimismo, la capacidad funcional está determinada por la capacidad intrínseca de una persona (la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), por el entorno en el que vive (entendido en su sentido más amplio e incluyendo el entorno físico, social y político) y por las interacciones entre ambos. https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

américa, y luego de comparar ambos conceptos entre los países participantes, se observa heterogeneidad en la definición de ruralidad y envejecimiento; a ésta se suma la diversidad en el grado de desarrollo económico, social y cultural de los distintos países y, por lo tanto, en las características que implican los procesos de envejecimiento y en significado de lo rural y lo urbano en cada caso.

Así, la configuración de las sociedades y del desarrollo institucional en materia rural difiere de acuerdo con la definición de cada país. Por ejemplo, en los países donde la ruralidad tiene mayor peso, las comunidades originarias son importantes en términos demográficos y están incorporadas de forma más activa a la dinámica socioeconómica, productiva y cultural general. Entonces, la definición de “lo rural” en Iberoamérica no es universal: existen diferentes formas de delimitar esta categoría constituida por una gran diversidad de geografías, actividades productivas, actores e identidades.

Es habitual definir la ruralidad a partir de criterios dicotómicos, donde lo rural se constituye en oposición a lo metropolitano, es decir, aquello que se identifica como lo no-urbano. Sin embargo, en las últimas décadas, a la luz de los procesos migratorios del campo a la ciudad, del envejecimiento de las poblaciones rurales y del debilitamiento de las economías

locales (tras la integración a los mercados internacionales y los cambios en las estructuras productivas), el mundo rural ha experimentado una serie de transformaciones que invitan a complejizar su definición (Gaudin, 2019). Se lo concibe, ya no meramente como lo “no-urbano”, sino como un espacio en sí mismo dinámico, atravesado por diversos elementos que lo configuran: movimientos migratorios, cambios demográficos que inciden en las relaciones intergeneracionales y en las relaciones entre los géneros, presencia de comunidades indígenas y de pueblos originarios, entre otros.

Con respecto a las problemáticas asociadas a la ruralidad, determinadas líneas de investigación sostienen que, en los países americanos de la región, la **pobreza** es uno de los principales problemas. Se estima que la pobreza rural suele ser el doble de la pobreza urbana (Huenchuan, 2018) y está estrechamente vinculada con el déficit de infraestructura de servicios públicos básicos, así como con las dificultades para el acceso a la salud, a los servicios de cuidado y a la educación. Esta condición de vulnerabilidad se agudiza al considerar aspectos como el analfabetismo, la informalidad laboral y los bajos niveles de ingresos (Ruelas González y Pelcastre Villafuerte, 2016) así como las dificultades para acceder a programas gubernamentales de apoyo y asistencia que se advierten en los entornos rurales.



Si bien se han realizado estudios que analizan la **calidad de vida** de las personas mayores en contextos rurales (Soto, 2020; Navarrete Luco y Osorio Parraguez, 2019; Alcántara, 2016; Pelcastre, Ruelas, Reyes, Meneses y Amaya, 2014; Rodríguez, 2004), existe cierto consenso, dentro del campo gerontológico y de las ciencias sociales, en cuanto al escaso volumen de propuestas con un enfoque integral de la vejez y de la ruralidad que sume, a esta intersección, los enfoques de género y la perspectiva intercultural.

Desde esta perspectiva integral es que el VI informe del Observatorio Iberoamericano sobre Personas Adultas Mayores busca abordar de

manera exhaustiva la situación de las personas mayores que residen en el ámbito rural en la región iberoamericana, en especial en cuanto al acceso a los sistemas de protección social, lo que incluye la seguridad de ingresos, la atención básica de la salud, los servicios sociales para la autonomía y los mecanismos de participación social. Asimismo, el informe incorpora la **perspectiva de género** y de **interculturalidad** de manera transversal a todas las dimensiones de análisis y procura dar una visión situada de la vejez y el envejecimiento basada en los derechos humanos de las personas mayores.

De este modo, la sistematización realizada en este informe pone al servicio de profesionales



y funcionarios/as que trabajan en temas vinculados a la vejez y al envejecimiento, la visión de conjunto y los datos en materia de protección social de la población mayor que vive en entornos rurales en la región, en especial en los países que forman parte del Programa. Se espera que esta información resulte útil, en tanto insumo, para **identificar necesidades específicas** y para **diseñar e implementar políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en contextos rurales**. Se busca promover, así, el camino hacia la igualdad y la inclusión, en los países iberoamericanos.

Consideraciones metodológicas

La metodología de estudio para la elaboración de este informe articuló técnicas cuantitativas y cualitativas. Esto permitió, por un lado, recabar información global sobre la situación de las personas adultas mayores que residen en entornos rurales en la región iberoamericana y en cada uno de los países analizados y, por otro, profundizar en las especificidades de cada caso, en especial en cuanto al acceso a los sistemas de la protección social, a la seguridad de ingresos, la atención básica de la salud y los servicios sociales para la autonomía.

En primer lugar, se hizo una exhaustiva **revisión bibliográfica** de los estudios precedentes sobre vejez y ruralidad en la región iberoamericana y de las políticas vigentes para las personas adultas mayores en la última década, se consideró la perspectiva de género y se enfatizó en los aspectos multiculturales. Sin embargo, como se verá en los próximos capítulos, estos enfoques encuentran un desarrollo dispar en la bibliografía de los países que se consideraron en este informe.

En ese sentido, en la selección de la información relevante se consideró la perspectiva de género, según la define la Organización de las Naciones Unidas, la cual la entiende como una herramienta analítica que pone de manifiesto las diferencias culturales asignadas a las per-

sonas según su género (ONU, 1995). Por otro lado, la incorporación de una perspectiva de género deviene en un enfoque fundamental y estratégico para promover los derechos de la mujer y alcanzar la igualdad de género (ONU, 2020; 2021).

Respecto a la multiculturalidad —entendida como la existencia de varias culturas presentes en un mismo territorio (Quilaqueo y Torres, 2013)—, debe señalarse que si bien existen reglamentaciones como el Convenio N.º 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2014) que reconoce, entre otras cosas, el derecho al trabajo, a la tierra y al territorio, a la salud y a la educación de los pueblos indígenas y tribales, y a la cual los Estados miembro se adhirieron, son pocos los países de la región que han reconocido constitucionalmente la plurinacionalidad y multiculturalidad de sus naciones. Entre los Estados que se establecen constitucionalmente como multiculturales y pluriétnicos podemos mencionar el caso de Bolivia, Colombia y Ecuador; países que no han sido parte de la selección (Bonilla Maldonado, 2019; Higuera Jiménez, 2018). Por su parte México, país observado en este estudio, otorga rango constitucional a la plurinacionalidad de su nación (Castilla Juárez, 2015). Sin embargo, la literatura analizada destaca que

existe un incumplimiento y violación sistemática sobre los derechos de la población indígena (Pasillas, 2018).

Además, se relevaron de manera sistemática las fuentes de información disponibles sobre la calidad de vida de las personas mayores que habitan en entornos rurales en la región. Este **análisis de fuentes de datos secundarias** permitió revisar a profundidad los estudios empíricos a nivel regional y la información disponible sobre la temática. Asimismo, a partir de los datos brindados por los puntos focales, se elaboró una matriz de indicadores (ver Anexo, página 193), que reunió **datos estadísticos de los países**, incluyendo información socio-demográfica, sobre ingresos y calidad de vida según área, género⁵ y pertenencia a pueblos originarios o comunidades indígenas.

Por último, se realizó un **estudio cualitativo** que recabó información mediante entrevistas semiestructuradas a los miembros de la red de las coordinaciones nacionales del Observatorio o a las personas representantes de las instituciones participantes del Programa. De esta manera, entre los meses de julio y octubre del 2021 se realizaron ocho entrevistas, las cuales se llevaron a cabo a través de la plataforma *Jitsi Meet* (<https://meet.jit.si/>). Los en-

⁵ La clasificación correspondiente al género se construyó desde una perspectiva binaria, que contempla el género masculino y el género femenino, ya que son los reconocidos legalmente en la mayoría de los países y, por lo tanto, sobre los que se realizan los procesamientos de información estadística oficial.

cuentros virtuales, que tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, fueron grabados con el consentimiento de las personas entre-

vistadas y posteriormente se transcribieron. El análisis de los datos se llevó a cabo a través del software ATLAS.TI (*Free Trial Version*).

Listado de entrevistas

País	Referente y fecha de entrevista
Argentina	Referente de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social. 29 de septiembre de 2021.
Brasil	Referente del Departamento de Políticas sobre Derechos de las Personas Mayores de la Secretaria Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores 16 de septiembre de 2021.
Chile	Referente del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). 22 de julio de 2021.
España	Referente de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 31 de agosto de 2021.
México	Referente de la Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 7 de octubre de 2021.
República Dominicana	Referente del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). 21 de octubre de 2021.
Paraguay	Referente del Programa Iberoamericano de Seguridad Social de la Dirección de Adultos Mayores. 24 de agosto de 2021.
Uruguay	Referente del departamento de Análisis y Estudios de la División de Fortalecimiento y Estudios del Instituto Nacional de las Personas Mayores 3 de agosto de 2021.

Antes de llevar a cabo los encuentros virtuales, se elaboraron las guías de entrevista que incorporaron de manera transversal diferentes factores de evaluación, los cuales permitieron ampliar y profundizar en las experiencias particulares de cada país; las preguntas que se incluyen en dichas guías respecto cada uno de éstos se adaptaron según las necesidades del caso. Así, esta investigación contempla lo siguiente:

- a) Las principales políticas públicas orientadas a personas adultas mayores en contextos rurales.
- b) El acceso a los sistemas de seguridad social, salud y prestaciones de cuidados de largo plazo.
- c) La participación social de las personas adultas mayores.

También, se consultó la existencia de buenas prácticas en materia de vejez y ruralidad y se indagó sobre la consideración de las perspectivas de género, diversidad sexual e interculturalidad efectivamente contempladas en dichas políticas. Por otra parte, como sostiene Razavi (2007), el análisis de los cuidados nos permite conocer de qué modo una sociedad aborda los problemas relativos a la igualdad de género (ya sea aumentando las posibilidades y potencialidades de mujeres y varones o perpetuando a las mujeres a las históricas funciones vinculadas con la feminidad y la maternidad). A su vez, sostiene la autora, los

modos en que una sociedad gestiona y administra los cuidados se encuentra relacionado con otras estructuras de desigualdad, en particular a la etnia y la clase social. En efecto, a lo largo de la historia, las mujeres pertenecientes a grupos étnicos y raciales desfavorecidos debieron proveer servicios de cuidado para satisfacer las necesidades de grupos sociales más poderosos, al tiempo que desatendieron y posicionaron en segundo lugar sus propias necesidades de cuidado (Razavi, 2007: 31).

Factores de evaluación

1. **Distribución territorial de las comunidades rurales:** se destaca información relacionada con la ubicación geográfica y las características principales de las comunidades rurales en cada país y a las actividades económicas que prevalecen en dichas zonas.
2. **Salud:** se preguntó sobre las características de los sistemas nacionales de salud, el acceso a la salud de la población mayor, en especial, aquella emplazada en zonas rurales, así como la existencia y las características de la infraestructura sanitaria en estas zonas.
3. **Educación y acceso a las TIC:** se relevó información sobre la problemática del analfabetismo en la población mayor rural y la existencia de políticas orientadas a este sector, asimismo se profundizó sobre las características de la conectividad en las zo-

- nas rurales y los niveles de alfabetización digital de la población mayor rural.
4. **Seguridad social:** se indagó sobre las características de los sistemas previsionales en cada país, el tipo de cobertura existente en materia de jubilaciones y pensiones, y la existencia de otras formas de ingreso para la población mayor, especialmente en las zonas rurales.
 5. **Cuidados a largo plazo:** se relevó información vinculada a la existencia de sistemas progresivos de atención y políticas de cuidado destinadas a personas mayores, en particular en las zonas rurales, así como las características y alcance de los dispositivos existentes (centros de día, clubes de día, residencias de larga estadía, entre otros) y de las líneas de acción relacionadas con los servicios de apoyo en domicilio (teleasistencia, cuidados en domicilios, etc.).
 6. **Participación y políticas sociales:** se preguntó sobre la existencia de ámbitos de participación de las personas mayores en entornos rurales, el nivel de participación de la población mayor y la existencia de políticas de promoción social y comunitaria para este grupo etario.
 7. **Vivienda y acceso a servicios:** se relevó información vinculada al acceso a la vivienda y el régimen de tenencia prevaleciente en las zonas rurales, así como la provisión y el acceso a los servicios básicos (agua potable, electricidad, cloacas) en dichas zonas.
 8. **Perspectivas transversales:** se indagó sobre la existencia de organismos nacionales encargados de emplear políticas orientadas al género, la diversidad sexual y la interculturalidad, sus funciones y principales acciones, así como la incorporación de estas perspectivas en el proceso de diseño e implementación de políticas en materia de vejez y envejecimiento.
 9. **Pandemia:** teniendo en cuenta la irrupción de la pandemia por COVID-19 a comienzos de 2020, y los desafíos que este contexto presentó para los sistemas de protección social orientados a la atención en la vejez, se incorporó esta dimensión con el objetivo de relevar los efectos de la pandemia y el alcance de los procesos de vacunación en la población mayor rural, así como indagar sobre las medidas implementadas para morigerar/reducir dichos efectos.
 10. **Buenas prácticas:** se relevó la existencia de políticas destinadas a la población mayor rural que puedan ser consideradas como buenas prácticas, es decir, acciones que han demostrado la obtención de resultados positivos, indagando sobre sus características, alcances, objetivos y principales logros.

Dada la heterogeneidad de las condiciones de la región iberoamericana, para realizar el presente estudio de la vejez y la ruralidad se establecieron los siguientes criterios para definir los **conceptos** guía de este informe. En primer lugar, consi-



derando que no todos los países de Iberoamérica utilizan internamente el mismo criterio para definir a la población mayor se priorizó el estudio del grupo poblacional de 60 años y más, excepto para aquellos indicadores (como el índice de envejecimiento demográfico) que, por convención internacional, se calculan con el grupo poblacional integrado por personas de 65 años y más.

En segundo lugar, existen diversos modos de definir la **ruralidad** y de discernir las **áreas rurales** de los **espacios urbanos**. En el informe “Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe” (Gaudin, 2019) se especifican cuatro posibles criterios para la medición de lo rural: el tamaño de la población; la infraestructura existente para la provisión de servicios públicos básicos; el tipo de

actividad productiva que prevalece en la zona; y los criterios político-administrativos donde lo rural se define de forma dicotómica como lo no-urbano. Así, de acuerdo con el criterio demográfico es posible definir las áreas urbanas y rurales con base en el número de habitantes, su densidad o dispersión poblacional (o las tres). Sin embargo, cada país define criterios nacionales específicos, por lo que, dentro de la región, coexisten formas diferentes de caracterizar lo rural. En este informe y dados los datos disponibles sobre la población residente en áreas urbanas y rurales en los países analizados, se ha entendido como ruralidad a aquellas áreas con menos de 2.000 habitantes, siguiendo el criterio de definición aplicado en los censos de población y utilizado por varios organismos nacionales e internacionales.

Perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores en la región iberoamericana



1.1. El envejecimiento poblacional: tendencia y desafío para el mundo

El **envejecimiento de la población** es un fenómeno mundial: la mayoría de los países experimentan un aumento en el número y la proporción de personas adultas mayores dentro de sus poblaciones. Este proceso está íntimamente relacionado con otras dos tendencias demográficas: la disminución de la tasa de natalidad y el aumento progresivo de la esperanza de vida que indica que las personas viven más años como consecuencia de las mejoras en sus niveles de vida y en las condiciones de la salud. Ambos indicadores impactan de manera directa en la composición por edades de la población, ya que se reduce el número de personas en las edades más jóvenes y se incrementa el de las edades más avanzadas (ONU, 2019).

Este proceso comenzó en Europa hace más de un siglo, continuó en América del Norte y, en la actualidad, son los países de ingresos bajos y medianos los que están mostrando el cambio más acelerado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020b), en el año 2017 el mundo contaba con 962 millones de personas de 60 años y más, y se espera que esa cifra aumente para 2030 a 1.400 millones, lo que representa un incremento del 56 %. Asimismo, para 2050, esta población se habrá duplicado hasta llegar a 2.100 millones (OMS, 2019).

La región iberoamericana no es ajena a este proceso y avanza en el mismo sentido que las tendencias mundiales de envejecimiento. Esta situación plantea un escenario que merece la atención: este fenómeno demográfico resulta un elemento clave para la planificación y la acción estatal de los países, puesto que supone múltiples desafíos para reducir las desigualdades que se acentúan en la vejez y exige desarrollar nuevas propuestas orientadas a la construcción de sociedades más inclusivas e igualitarias.

No obstante, el envejecimiento poblacional no puede concebirse como un proceso uniforme y homogéneo, sino que, por el contrario, aparece supeditado a las diversas realidades que se suscitan dentro de cada país. A continuación, se exponen un conjunto de datos que permiten caracterizar el perfil sociodemográfico de las personas mayores en Iberoamérica en general y en cada país de la región en particular.

1.2. Tendencias demográficas de las personas adultas mayores en Iberoamérica

En sintonía con la dinámica demográfica mundial, en la región iberoamericana se observa una tendencia hacia el aumento de la población de mayor edad sobre el conjunto poblacional. De acuerdo con los datos de la revisión para 2019 del Informe de Naciones Unidas "Pers-

pectivas de la Población Mundial”, la población de los 22 países de la región iberoamericana asciende a 682 millones de personas, de las cuales 335 millones son varones y 347 mi-

llones son mujeres. Más de 93 millones de personas tiene 60 años o más, lo que representa el 13,8 % de la población de la región (ONU, 2019).

Tabla 1

Población general y población mayor en la región iberoamericana. Frecuencias absolutas (en miles de personas) y relativas por género. Año 2019.

	Total	Mujeres	Varones
Población total	681,767	346,594	335,170
Personas de 60 años y más	93,805	51,852	41,952
Porcentaje de personas de 60 años y más sobre el total de la población (%)	13,8	15	12,5
Personas de 65 años y más	65,803	37,016	28,784
Porcentaje de personas de 65 años y más sobre el total de la población (%)	9,7	10,7	8,6
Personas de 80 años y más	15,121	9,309	5,814
Porcentaje de personas de 80 años y más sobre el total de la población (%)	2,2	2,7	1,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Naciones Unidas (2019).

Al considerar la composición de la población de 60 años y más en Iberoamérica, se observa una mayor participación de las mujeres, que son el 55,2 % de la población mayor, mientras que el 44,8 % son varones. Esta diferencia porcentual es directamente proporcional al aumento de la edad. Es decir, que a medida que aumenta la edad, crece la participación de las mujeres. Este fenómeno, denominado **feminización de la vejez**, se vincula de ma-

nera muy estrecha con la mayor esperanza de vida que presentan las mujeres respecto de los varones.

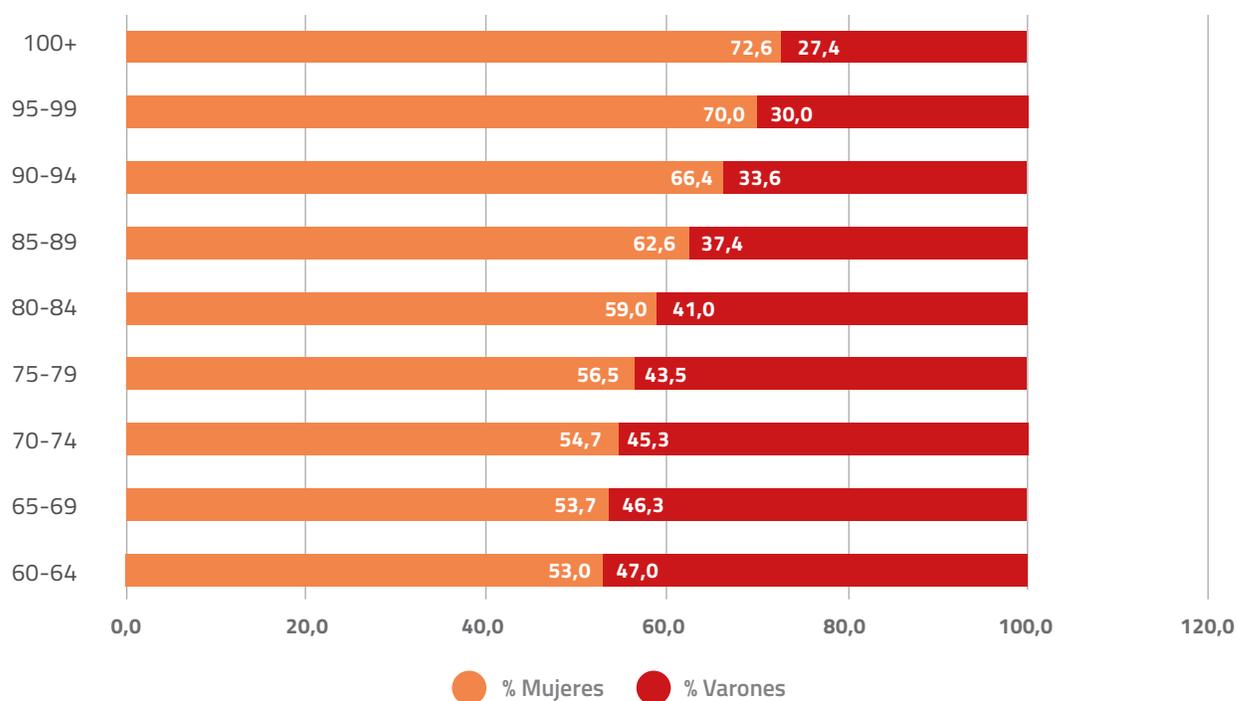
Así, mientras que para el grupo quinquenal de entre 60 y 64 años las mujeres representan el 53,0 %, para el quinquenio de 80 a 84 años esta población asciende al 59,0 % y llega a superar el 70,0 % en el grupo de personas de 95 años y más. En otras palabras, de cada 10 personas

de más de 95 años, siete son mujeres. En este sentido, y a su vez considerando las diferentes formas de desigualdad y violencia que atra-

viesan las mujeres, resulta indispensable la incorporación de la perspectiva de género en las acciones y políticas iberoamericanas.

Gráfica 1

Distribución de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad según sexo en la región iberoamericana. Año 2019.



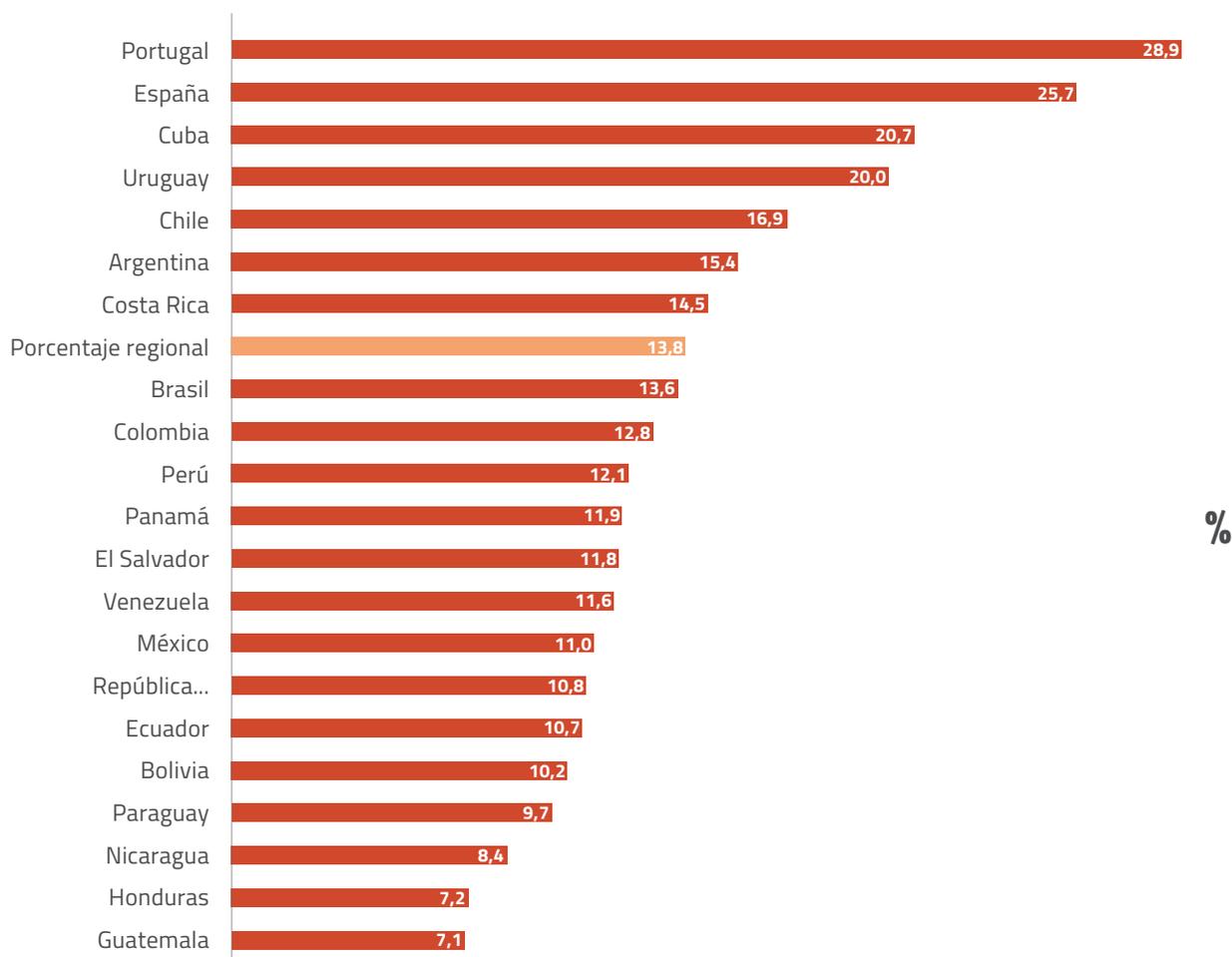
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Naciones Unidas (2019).

No obstante, más allá de que en el conjunto de los países se advierte la misma tendencia hacia el envejecimiento poblacional, no se trata de un proceso homogéneo ni lineal. Como se mencionó en párrafos anteriores, en los países de la región analizados se manifiesta un proceso que asume características y ritmos dife-

rentes. Por ejemplo, en países como Portugal, España, Cuba, Uruguay, Chile, Argentina y Costa Rica, la población mayor de 60 años supera al valor promedio regional (el 13,8%), mientras que en países como Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay las personas mayores de 60 años son menos del 10,0 %.

Gráfica 2

Porcentaje de personas de 60 años y más sobre el total de la población en los países de la región iberoamericana. Año 2019.



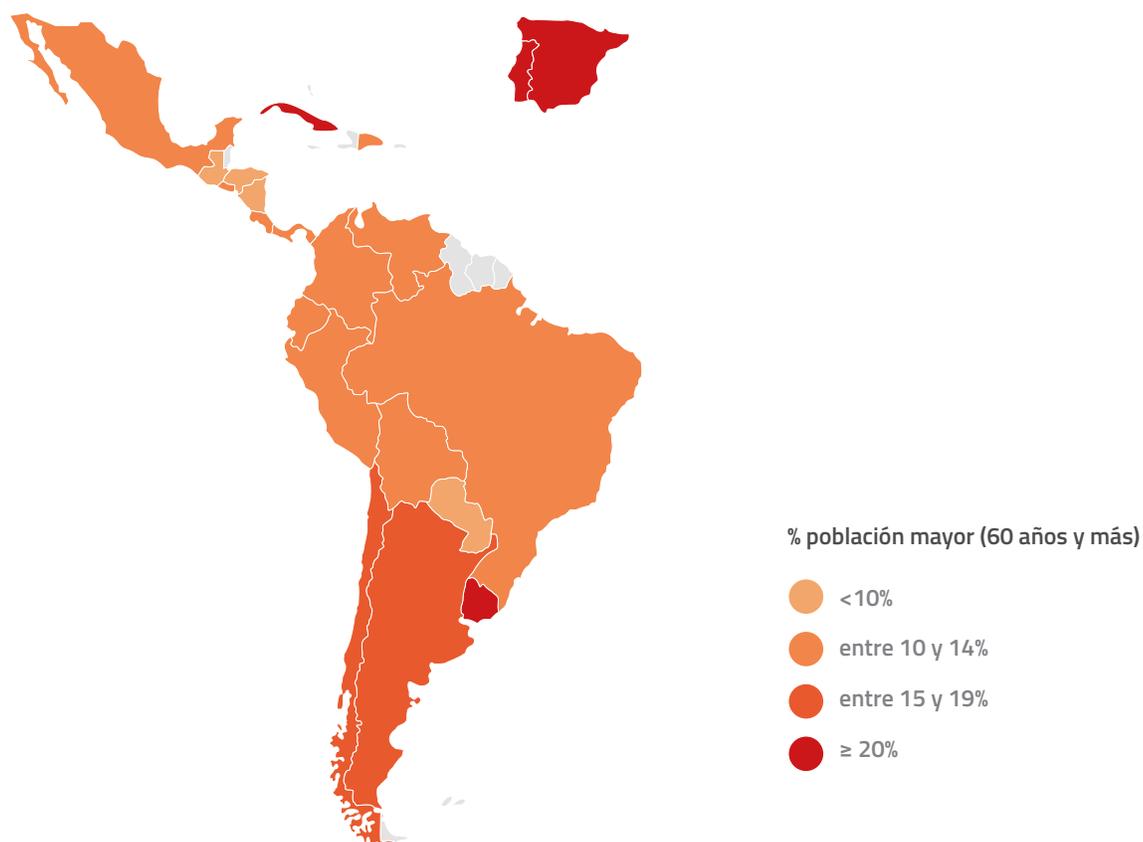
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Naciones Unidas (2019).

Esta proporción diferente de la población mayor en los distintos países queda claramente reflejada en el Mapa 1, que se muestra a continuación, donde los países de Europa, España y Portugal; de Centro América y El Caribe, como Cuba; y del cono Sur, como

Uruguay y, en menor medida, Argentina, muestran las coloraciones más oscuras, que indican una mayor participación de las personas mayores en su población en comparación con los países que presentan tonalidades más claras.

Mapa 1

Porcentaje de personas de 60 años y más en los países de la región iberoamericana. Año 2019.



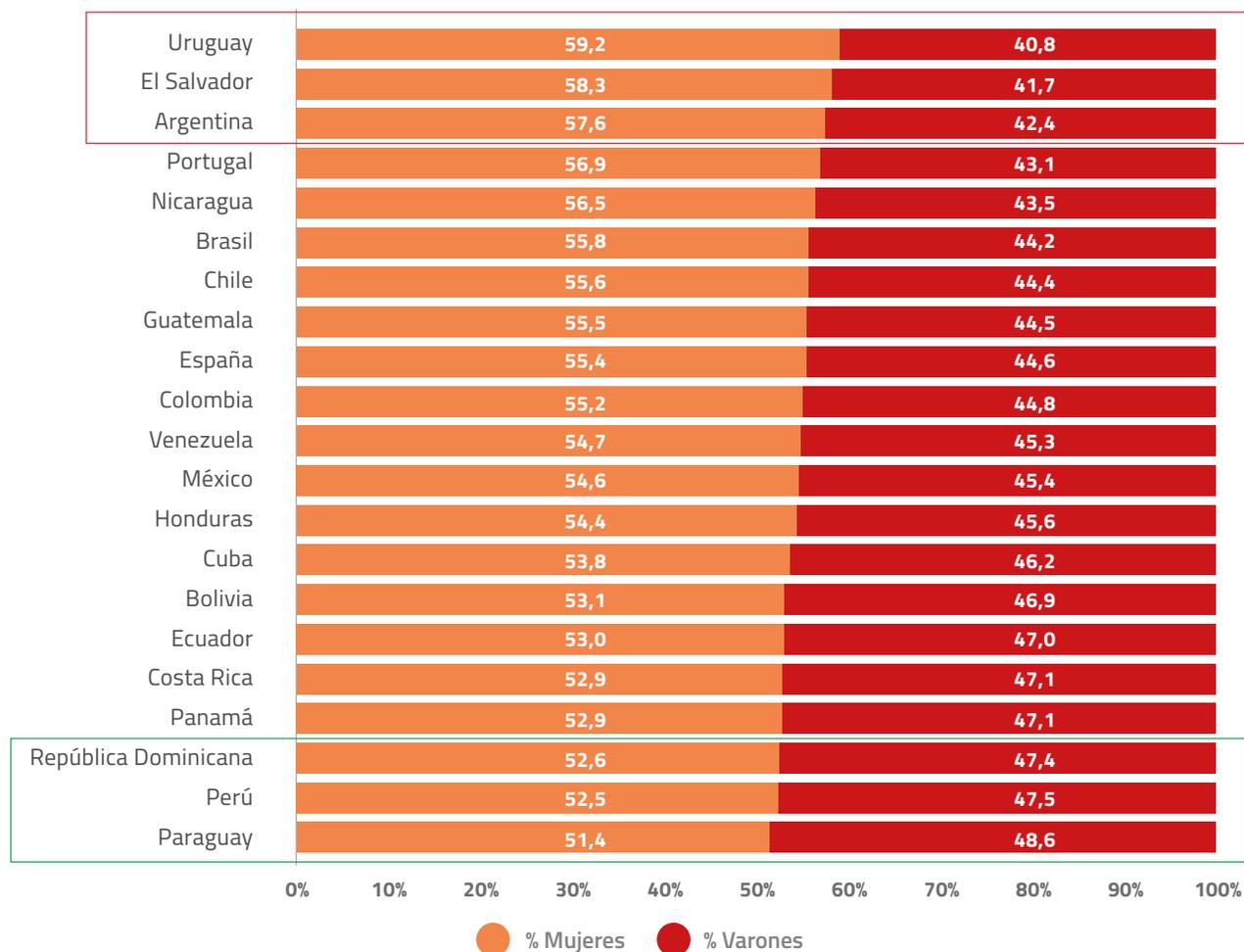
Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Naciones Unidas (2019).

Al detenerse en la distribución por género de la población mayor en cada uno de los países de la región iberoamericana, se observa la feminización de la vejez, en todos los casos. No obstante, en países como Uruguay, El Salvador y Argentina, este fenómeno adquiere más peso, ya que supera en más de dos puntos porcentuales la media regional: el 55,2 % de la población mayor de la región son mujeres,

y en Uruguay esta población representa el 59,2%, en El Salvador el 58,3 % y en Argentina el 57,6 % (véase recuadro rojo de la Gráfica 3). Por su parte, países como Paraguay, Perú y República Dominicana presentan porcentajes menos elevados de mujeres mayores. Esto los ubica por debajo de la medida regional: el 51,4 %; 52,5 % y 52,6 % respectivamente (véase recuadro verde de la Gráfica 3).

Gráfica 3

Distribución por género de la población de 60 años y más según país - región iberoamericana. Año 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Naciones Unidas (2019).

Como antes se mencionó, el proceso de envejecimiento es un fenómeno que está asociado con el aumento en los indicadores de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN). La Gráfica 4 muestra que la EVN para la región aumentó de manera significativa en los últimos 50 años. Mientras que para el período 1970-1975 el

promedio era cercano a los 61 años, para el quinquenio 2015-2020 se estima en 76,4 años. Es decir, en 50 años la esperanza de vida aumentó 15 años.

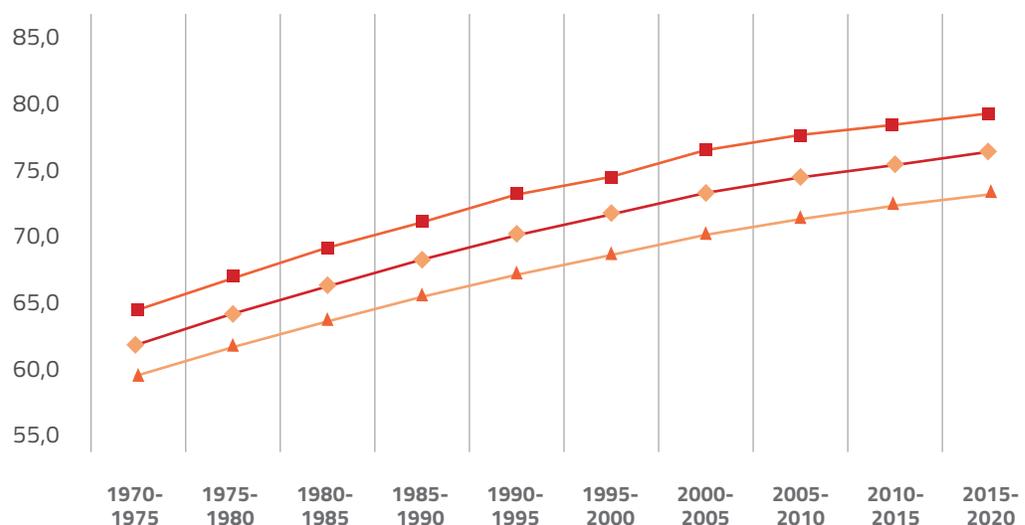
Una nota que agrega valor al análisis de la feminización de la vejez es que, además de que

entre las mujeres se observa un indicador de EVN superior al de los varones, durante los últimos 50 años la distancia entre los respectivos valores se profundiza y la brecha se acentúa. La diferencia entre mujeres y varones aumenta con el tiempo: mientras que entre 1970 y

1975 se registraba una diferencia de cuatro años y medio en favor de las mujeres, para el quinquenio 2015-2020 las mujeres viven en promedio seis años más que los hombres, con una EVN de 79,4 años para ellas y de 73,4 años para los varones.

Gráfica 4

Evolución de la esperanza de vida al nacer (EVN) en la región iberoamericana, por sexo, en los últimos 50 años. Años 1970 a 2020.



◆ EVN general	62,1	64,3	66,4	68,3	70,1	71,7	73,2	74,4	75,5	76,4
■ EVN de Mujeres	64,5	66,9	69,2	71,3	73,1	74,7	76,2	77,4	78,5	79,4
▲ EVN de Varones	59,9	61,8	63,7	65,5	67,2	68,8	70,3	71,4	72,5	73,4

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Naciones Unidas (2019).

No obstante, y más allá de las diferencias entre los indicadores específicos y la medida regional, se verifica que la tendencia se mantiene. La *evm* aumenta con el paso del tiempo y entre las mujeres es mayor que para sus pares varones.

1.2.1. Índice de envejecimiento demográfico y relación global de dependencia económica potencial

Una forma habitual de medir el proceso de envejecimiento es a partir del análisis de la relación existente entre los diferentes grupos de edad de una población. En este sentido, el índice de envejecimiento demográfico permite dar cuenta de la relación entre el número de personas mayores y el número de infantes y jóvenes en una determinada población y, por lo tanto, apreciar las transformaciones socia-

les que dan lugar a demandas específicas desde una perspectiva intergeneracional⁶.

Tal como se registra en la Tabla 2, en la región iberoamericana el índice de envejecimiento presenta valores que expresan una elevada variabilidad entre los países. Países como Nicaragua, Honduras y Guatemala registran menos de 19 personas mayores por cada 100 infantes y jóvenes, mientras que países como Paraguay, Bolivia, República Dominicana, Ecuador y México presentan entre 20 y 30 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Este número asciende a más de 60 personas mayores por cada 100 infantes y jóvenes en países como Chile, Uruguay y Cuba. En cambio, en Portugal y España los índices respectivos señalan que en estos países hay más personas mayores que menores y jóvenes.

⁶ Esta medida es resultado del cociente entre el número de personas de 65 años y más y el número de personas menores a 15 años, multiplicado por 100. Es decir, permite conocer la cantidad de personas mayores que hay cada 100 infantes y jóvenes menores de 15 años.



Tabla 2
*Índice de envejecimiento demográfico en los países de la región
 iberoamericana. Año 2020.*

País	Índice de envejecimiento demográfico %
TOTAL GENERAL	41,4
Portugal	168,8
España	134,8
Cuba	97,0
Uruguay	73,0
Chile	60,9
Costa Rica	46,8
Argentina	45,7
Brasil	44,0
Colombia	38,8
Perú	33,2
El Salvador	31,5
Panamá	31,1
México	28,3
Venezuela	27,8
Ecuador	26,6
República Dominicana	26,3
Bolivia	24,0
Paraguay	22,6
Nicaragua	18,3
Honduras	15,5
Guatemala	14,6

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Naciones Unidas (ONU, 2019).

Otra medida que suele utilizarse, sobre todo para estimar las necesidades de protección social y cuidados en un país, es la relación entre la población en edad potencialmente activa e inactiva (que incluye tanto a la niñez y la juventud como a las personas adultas mayores), conocida como **relación global de dependencia**⁷. Este indicador puede además especificarse para identificar cuál es la relación de dependencia de mayores, es decir, el cociente entre el número de personas mayores y el número de personas en edad de trabajar, expresado en porcentaje.

Profundizando esta cuestión, como señala CEPAL-CELADE, se trata de un indicador de dependencia económica potencial que mide la población en edades “teóricamente” inactivas en relación con la población en edades “teóricamente” activas. Asimismo, realiza una serie de observaciones sobre este indicador, en general, y sobre la aplicación de este en los pueblos originarios, en particular: “Se trata de una relación de dependencia potencial pues no todas las personas menores de 15 años o mayores de 65 años están fuera del mercado laboral, ni todas las de 15-64 son activas (de hecho, la dependencia efectiva suele ser superior). En el caso de los pueblos indígenas resulta útil como medida sintética de la estructura por edad”. Sobre este punto, el documento de CEPAL-CELADE

enfatisa la pertinencia de este indicador, su interpretación contextual y sus limitaciones, ya que a lo largo de la historia la economía de los pueblos originarios ha sido de subsistencia y en ella el grupo familiar aportaba en la producción de los bienes. En dicho modelo económico, tanto las personas mayores como las menores tenían actividades laborales determinadas y cumplir con los roles activos era fundamental. Por el contrario, en la actualidad se observa una heterogeneidad que abarca a los pueblos con ese patrón tradicional y a otros con una mayor inserción en el mercado. Por tal motivo, destaca el documento, debe tenerse especial cuidado al buscar caracterizar la población indígena rural mediante este indicador, ya que podría no ser pertinente o bien tener un significado diferente en los entornos urbanos⁸.

Otros trabajos, que también analizan el aspecto antes mencionado, hacen énfasis en las limitaciones y en la carencia de especificaciones (tanto teóricas como conceptuales) de esta relación. Según Manzano y Velázquez (2016) en la definición de este indicador solo suelen detallarse apreciaciones operativas sobre su forma de cálculo con base en un criterio biológico, por lo cual se establece que todas las personas entre 14 y 64 años, sin distinción, son potencialmente activos, mientras que la

⁷ Este indicador se calcula a partir del cociente entre la suma de los grupos poblacionales de 0 a 14 años y de 65 años y más, y la población entre 15 y 64 años de edad, multiplicado por 100.

⁸ https://celade.cepal.org/redatam/pryesp/sisppi/webhelp/indicadores_de_estructura.htm

población fuera de este rango de edad se considera potencialmente inactiva o dependiente. Por tal razón, para ellos resulta un indicador insuficiente para dar cuenta de la carga real de dependencia económica, ya que no considera la dinámica real del mercado laboral.

Ambos indicadores adquieren una relevancia particular puesto que se consolidan en medidas fundamentales para el diseño y la planificación de los sistemas de seguridad social de los países de la región.

Al analizar los datos registrados en la Tabla 3, que presenta los indicadores para el año 2020, resulta que, en primer lugar, la variación de la

relación global de dependencia entre los países de la región oscila entre 43 y 62 personas en edades potencialmente inactivas por cada 100 personas en edades potencialmente activas. Lo anterior permite señalar, como dato importante, que todos los países de la región transitan el llamado **bono demográfico**, es decir, que la proporción de personas en edades potencialmente productivas supera a la de las personas en edades potencialmente inactivas. Respecto a la relación de dependencia de la población mayor, el rango de variación va desde 8 personas mayores por cada 100 personas en edades potencialmente activas en Honduras hasta 36 personas mayores por cada 100 activas en Portugal.



Tabla 3

Relación del Índice global de dependencia y relación de índice de dependencia de mayores en los países de la región iberoamericana. Año 2020.

País	Relación Global de Dependencia %	Relación de Dependencia de Mayores %
Brasil	43,5	13,8
Costa Rica	45,1	14,9
Colombia	45,4	13,2
Chile	45,9	17,9
Cuba	46,7	23,3
Perú	50,2	13,1
México	50,3	11,4
España	52,4	30,4
Ecuador	53,8	11,7
República Dominicana	53,8	11,6
Panamá	53,9	13,1
Nicaragua	54,3	8,8
El Salvador	54,4	13,4
Venezuela	54,4	12,3
Uruguay	54,9	23,4
Honduras	55,2	7,7
Paraguay	55,5	10,6
Portugal	55,8	35,5
Argentina	55,8	17,7
Bolivia	60,5	12
Guatemala	62,3	8,2

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Naciones Unidas (ONU, 2019).

Si se analiza el **índice de dependencia global** y se considera el índice de dependencia específica de las personas adultas mayores, es interesante notar que, entre los países que registraron valores de la medida global relativamente bajos (menos del 46 %) los datos coinciden (en promedio 14 personas mayores cada 100 personas potencialmente activas). Esto permite pensar que, en la estimación del índice global, tienen mayor participación la niñez y la juventud que las personas adultas mayores, con excepción de España, donde el índice de dependencia específico de las personas adultas mayores es el más elevado dentro del conjunto de los países analizados.

1.3. Ruralidad y vejez en la región iberoamericana

Como se mencionó en la introducción de este informe, la definición del concepto “rural” no es unívoca en todos los países que integran la región iberoamericana. Por el contrario, existen diferentes formas de delimitar esta categoría, constituida por una gran diversidad de geografías, actores e identidades. Asimismo, al entrecruzar el campo de la ruralidad con el del envejecimiento y las personas mayores es evidente la heterogeneidad, puesto que los procesos de envejecimiento demográfico que atraviesa cada uno de los países iberoamericanos tienen características particulares.

Sin embargo, existen ciertos rasgos comunes en la región. Uno de ellos, ya señalado, es la **feminización de la vejez**, ya que dentro del grupo poblacional de 60 años o más el número de mujeres es superior al de varones. Esta diferencia tiende a acrecentarse a medida que la edad avanza, puesto que las mujeres de la región, a pesar de las desventajas históricas y sociales que se manifiestan en todas las etapas de su vida, presentan una esperanza de vida mayor al nacer que los varones.

Otro factor común del envejecimiento en Iberoamérica es la **urbanización de la vejez**, característica que se extiende en toda la región: residen, en términos absolutos, más personas mayores en áreas urbanas que en zonas rurales.

1.3.1. América Latina y el Caribe

Según las estimaciones y proyecciones de población a largo plazo realizadas por la CEPAL-CELADE en la revisión del año 2019, en el caso de los países iberoamericanos que forman parte de América Latina y el Caribe (ALC), en el año 2020, el 81,5 % de la población vivía en áreas urbanas y el 18,5 % en áreas rurales (CEPAL, 2019). Asimismo, como muestra la Tabla 4, la misma tendencia se observa al centrarse en la población adulta mayor de estos países: el 82,5 % de las personas mayores de 60 años residían en áreas urbanas y el 17,5% en áreas rurales.

No obstante, al analizar la distribución por áreas de residencia de la población mayor en los países iberoamericanos de ALC es interesante destacar las diferencias registradas. Por un lado, se identifican países con niveles relevantes de participación de la población rural, como Honduras, Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Guatemala que registran proporciones supe-

riorios al 35,0 %. Por el otro, se destacan una serie de países donde el peso de la población mayor residente en áreas rurales es menor al 10,0 %, como Uruguay, Argentina y Venezuela. Es decir que, en estos casos, la mayoría de las personas mayores residen en áreas urbanas, y en Uruguay, puntualmente, casi la totalidad (el 96 % de población mayor urbana).

Tabla 4

Población general y población de 60 años y más según área de residencia en los países de ALC. Año 2020.

País	Población total		Población 60 años y más	
	Población Urbana %	Población Rural %	Población Urbana %	Población Rural %
TOTAL REGIONAL	81,5	18,5	82,5	17,5
Honduras	56,3	43,7	54,9	45,1
Bolivia	71,3	28,7	61,2	38,8
Nicaragua	58,4	41,6	61,8	38,2
Ecuador	66,1	33,9	62,5	37,5
Guatemala	59,8	40,2	64,4	35,6
Panamá	67,9	32,1	67,2	32,8
Paraguay	69,2	30,8	68,6	31,4
El Salvador	72,4	27,6	73,4	26,6
México	78,2	21,8	75,7	24,3
Perú	80,3	19,7	79,7	20,3
Cuba	77,5	22,5	80,0	20,0
Colombia	81,0	19,0	80,1	19,9
República Dominicana	82,5	17,5	80,3	19,7
Costa Rica	80,8	19,2	82,4	17,6

Brasil	86,9	13,1	86,7	13,3
Chile	89,7	10,3	88,1	11,9
Venezuela	90,4	9,6	90,8	9,2
Argentina	92,5	7,5	93,4	6,6
Uruguay	96,0	4,0	96,0	4,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL-CELADE (2019).

Si bien el peso relativo de la población mayor que reside en áreas rurales es levemente inferior que la población general, la mayoría de los países de la región —excepto Argentina, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Venezuela— presentan porcentajes más elevados de ruralidad en la población mayor. En ese sentido, con base en las estimaciones y proyecciones de la CEPAL (2019) y la OISS (2018), dentro de la población rural, las personas mayores en Argentina representan el 12,7 %, en Brasil el 13,7 %, en Chile el 17,2 %, en México el 13,2 %, en Paraguay el 8,2 %, en

República Dominicana el 11,5 % y en Uruguay el 17,6 %. Asimismo, México es el único de estos países en donde existe una leve superioridad femenina (50,9 % de mujeres mayores y 49,1 % de varones mayores).

Ahora bien, al detenerse en la distribución por género de la población mayor residente en áreas urbanas y rurales, resulta que la feminización de la vejez es un fenómeno mucho más urbano que rural: en las zonas urbanas el 56,6 % de las personas mayores son mujeres, mientras que en las áreas rurales las mujeres son el 48,8 %.

Tabla 5

Población de 60 años y más en ALC, según área de residencia y género. Frecuencias absolutas y relativas. Año 2020.

Área de residencia	Mujeres	Varones
Área Urbana	38 062 921	29 208 802
%	56,6	43,4
Área Rural	7 090 614	7 446 155
%	48,8	51,2
Total	45 153 535	36 654 957
%	55,2	44,8

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL-CELADE (2019).

Si bien la mayoría de los países registran, en sus áreas urbanas, una mayor proporción de mujeres de 60 años y más, en lo que respecta a la población rural, en casi todos los países se identifica una mayor participación masculina,

con excepción de El Salvador, que presenta el 53,5 % de población femenina en entornos rurales, Guatemala con el 52,5 %, México con el 50,9 %, Nicaragua con el 50,5 % y Honduras con el 50,4 %.

Tabla 6

Población de 60 años y más según área de residencia y sexo, por país de ALC. Año 2020.

País	Área Urbana		Área Rural	
	% Mujeres	% Varones	% Mujeres	% Varones
TOTAL REGIONAL	56,6	43,4	48,8	51,3
Uruguay	59,7	40,3	43,7	56,3
Venezuela	55,7	44,1	44,0	56,0
Cuba	55,9	44,1	45,6	54,4
Paraguay	53,9	46,1	45,8	54,2
Costa Rica	54,4	45,6	46,1	53,9
Panamá	56,2	43,8	46,2	53,8
República Dom...	54,3	45,7	46,4	53,6
Brasil	57,1	42,9	47,3	52,7
Chile	56,6	43,4	47,6	52,4
Argentina	58,3	41,7	47,6	52,4
Colombia	56,9	43,1	48,3	51,7
Ecuador	54,4	45,6	49,2	50,8
Bolivia	55,4	44,6	49,4	50,6
Perú	52,8	47,2	49,8	50,2
Honduras	57,9	42,1	50,4	49,6
Nicaragua	60,4	39,6	50,5	49,5

México	55,8	44,2	50,9	49,1
Guatemala	57,3	42,7	52,5	47,5
El Salvador	60,1	39,9	53,5	46,5

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la CEPAL-CELADE (2019).

En este sentido, a diferencia de lo que ocurre en las áreas urbanas, la vejez en ámbitos rurales se encuentra un poco masculinizada. Esto podría estar relacionado con las actividades productivas que tienen lugar en estas áreas, principalmente las agropecuarias, que son, en mayor medida, realizadas por los varones.

1.3.2. España y Portugal

En los países europeos de la región se replican las tendencias señaladas para el conjunto de países de América Latina y el Caribe, aunque con matices.

En España, según la información del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) cuya base son los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, el 91,5 % de las personas de 65 años y más reside en las áreas urbanas mientras que el 8,5 % restante vive en ámbitos rurales.

En Portugal, aunque la proporción de personas mayores residentes en zonas urbanas es mayor que en las zonas rurales, la brecha no es tan acentuada: más de la mitad de las personas de 65 años y más vive en las ciudades (el 55,8 %) y el resto en áreas rurales (Eurostat, 2021).

Tabla 7

Población de 65 años y más en España y Portugal, por región de residencia. Año 2019.

Región de residencia	España	Portugal
	%	%
Urbana	91,5	55,8
Rural	8,5	44,2
Total	100	100

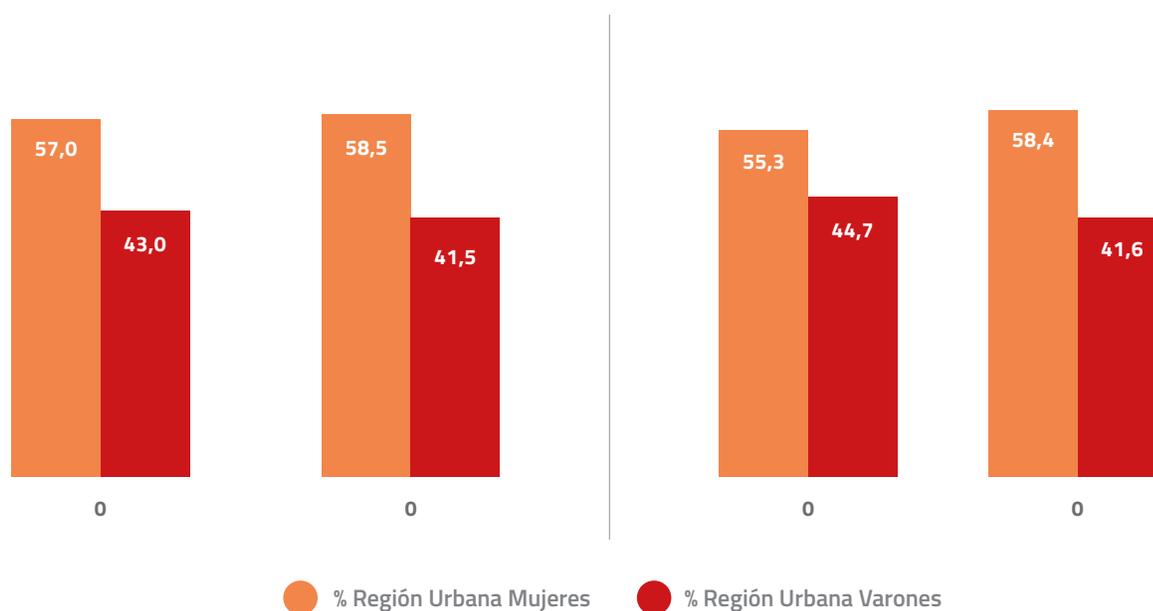
Fuente: IMSERSO con base en datos del INE y Eurostat (2020).

Al analizar la distribución por región de residencia de las personas mayores enfatizando la diferencia entre varones y mujeres, resulta que la feminización de la vejez atraviesa a los dos países más allá de la zona de residencia,

dado que, tanto en las zonas predominantemente rurales de España y de Portugal como en las urbanas, es mayor la proporción de las mujeres entre la población mayor.

Gráfica 5

Distribución de la población de 65 años y más por zona de residencia según género y país (España y Portugal). Año 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del EUROSTAT (2020).



La protección social de la vejez en la región iberoamericana: conceptos y desafíos



2

La **protección social** es un concepto amplio y complejo que engloba al conjunto de intervenciones —tanto públicas como privadas— cuyo objetivo es garantizar una cobertura frente a los posibles riesgos y necesidades que pueden surgir a lo largo de la vida de las personas. Es decir, son acciones tendentes para fortalecer la capacidad de prevenir y afrontar situaciones de vulnerabilidad en términos amplios (Huenchuan, 2018). De esta manera, los sistemas de protección social tienen la misión de asegurar ingresos y de garantizar servicios básicos de protección.

En la protección social de las personas mayores es posible identificar tres pilares que la integran y que resultan fundamentales para garantizar una vejez digna y con calidad de vida: la **seguridad de ingresos**, la **atención de la salud** y el **acceso a servicios sociales** que fomenten la autonomía de las personas. La existencia de coberturas en estos tres aspectos es clave para construir sociedades más inclusivas e igualitarias. Por ello es imprescindible que los Estados implementen acciones para garantizar los pisos mínimos de dicha protección social.

La ampliación del acceso a los sistemas de protección social aún es un desafío para muchos de los países que integran la región iberoame-

ricana. Las problemáticas asociadas con el acceso al mercado laboral, los altos niveles de informalidad y la escasa capacidad contributiva afectan y dificultan el fortalecimiento de estos sistemas.

Ahora bien, al considerar el avance del proceso de envejecimiento poblacional que transita Iberoamérica, los desafíos se multiplican. Resulta indispensable adecuar los sistemas de protección social a los cambios demográficos que atraviesa la región, frente a una población que frena su crecimiento al mismo tiempo que envejece de forma acelerada. Este escenario deja en evidencia un importante problema de financiación y sostenibilidad de los sistemas de protección social. Así, los Estados deben asumir un papel decisivo para construir los equilibrios y la previsibilidad necesarias para garantizar la universalización de la protección social.

En los apartados siguientes se analizarán a detalle los tres pilares de la protección social de la población mayor en la región iberoamericana: la seguridad económica, el acceso a la salud y los servicios sociales para la autonomía. Se hará hincapié en las especificidades que estos adquieren en cada uno de los países y se atenderá a la diversidad de realidades que engloba la región.

2.1. Seguridad económica: los ingresos de las personas adultas mayores

2.1.1. Introducción

Como ya se mencionó uno de los pilares fundamentales de la **protección social** en materia de vejez es la **seguridad económica**. Si bien en las últimas décadas hubo avances importantes en relación con la cobertura de ingresos de las personas mayores en la región iberoamericana, en muchos de los países la incertidumbre económica aún afecta a gran parte de la población adulta mayor.

Para abordar la temática de la seguridad económica en la vejez es pertinente conocer, en primer lugar, los ingresos por jubilaciones y pensiones, es decir, aquellos recursos que provienen de la **seguridad social**, tanto por la vía contributiva como no contributiva. Asimismo, debe tomarse en consideración que, producto de la histórica marginación de las mujeres del ámbito laboral o de su desarrollo en actividades informales, la distribución desigual de ingresos y recursos, las mujeres adultas no sólo experimentan mayores limitaciones en el acceso a una jubilación en comparación con los varones mayores, sino también situaciones de pobreza⁹.

De acuerdo con el artículo 17 de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos

Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015): “toda persona mayor tiene derecho a la seguridad social que la proteja para llevar una vida digna” (cfr. Párrafo 8). En este sentido, los Estados asumen la responsabilidad de que las personas mayores reciban un ingreso capaz de garantizar una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos de protección.

Todos los países Iberoamericanos cuentan con sistemas de seguridad social que otorgan jubilaciones y pensiones a las personas adultas mayores. En los últimos años, se ha registrado una expansión de los mismos —principalmente en materia de transferencias no contributivas— lo que ha permitido reducir parte de los riesgos económicos que surgen en la vejez, sin embargo, es urgente engrosarlos para incrementar la protección de ingresos en la vejez, ya que tres de cada diez personas mayores de la región no acceden a una jubilación o pensión, sobre todo si se trata de mujeres adultas mayores, personas adultas mayores pertenecientes a pueblos originarios o comunidades indígenas y a la población rural de edad avanzada (Huenchuan, 2018).

Cabe aclarar que cada país presenta características específicas en cuanto al alcance, los criterios y el tipo de cobertura que ofrece. Esto se traduce en una gran heterogeneidad de situaciones con respecto al tema.

⁹ <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/la-pobreza-tiene-genero/>

Dadas las limitaciones que existen en la cobertura actual de la seguridad social, otro factor que es pertinente analizar es la participación económica de las personas adultas mayores que continúan trabajando después de la edad de jubilación. Así también, la seguridad de ingresos repercute en otro aspecto fundamental: la pobreza. De esta manera, en los países donde la cobertura de seguridad social es elevada, las personas adultas mayores presentan menores condiciones de pobreza que en aquellos donde las coberturas de seguridad social son más bajas.

En este marco, en el presente apartado se analizará la información acerca de la situación de las personas adultas mayores en lo que respecta a la seguridad de ingresos en cada uno de los países que participan en el Programa, con atención especial en los sistemas de jubilaciones y pensiones y en la situación de la pobreza en los entornos rurales.

2.1.2. Argentina

El **sistema previsional** en Argentina incluye la cobertura de los riesgos sociales asociados con la vejez, invalidez y fallecimiento. Forma parte de un amplio sistema de seguridad social que consta de cobertura de salud, asignaciones familiares, empleo y riesgos de trabajo, y está estructurado alrededor de esquemas prestacionales de carácter contributivo y no contributivo.

Las **prestaciones contributivas** tienen como eje principal el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) reglamentado por la Ley N.º 24.241/1993 de jubilaciones y pensiones con sus numerosas modificatorias, e incluyen también una multiplicidad de otros regímenes de diferente tipo: cajas profesionales, cajas provinciales, regímenes para trabajadores independientes (General de Autónomos y Pequeños Contribuyentes-monotributo), al igual que la existencia de lo que se ha denominado esquemas semicontributivos asociados con las moratorias.

Asimismo, el Estado a nivel nacional administra un **esquema no contributivo de prestaciones** vinculadas con los riesgos de pobreza en la vejez e invalidez. Si bien estos esquemas “procuran brindar las prestaciones por vejez, invalidez y supervivencia, difieren en la determinación de su cuantía y en las condiciones de acceso” (Cetrángolo y Grushka, 2020: 15).

La cobertura previsional está vinculada con el trabajo formal, “aunque desde inicios de siglo también incidió en los niveles de cobertura la implementación de regímenes simplificados para ampliar la cobertura de los trabajadores independientes, en especial los trabajadores por cuenta propia” (Cetrángolo y Grushka, 2020: 18).

Según los datos de la Encuesta de Condiciones de Empleo, Trabajo y Seguridad Social de 2018

(ECETSS, 2018) llevada a cabo por el Ministerio de Trabajo y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, al considerar el volumen de los contribuyentes actuales resulta que, del total de los trabajadores, el 60,0 % realiza aportaciones. Dentro de ese porcentaje, se observan diferencias importantes por categoría ocupacional.

En la actualidad, de acuerdo con los informes de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) en el Boletín Estadístico de Seguridad Social de septiembre del año 2021, la cobertura previsional en Argentina alcanza al 85,5 % de la población de 60 años y más, y al 99,0 % de la población de 65 años y más (ANSES, 2021). Esto significa que casi todas las personas adultas mayores residentes en Argentina tienen una jubilación o pensión (ambas en algunos casos) contributiva o no contributiva (a la vejez) que, les garantiza un ingreso y les proporciona cobertura médica acorde con el sistema previsional.

El Estado argentino buscó ampliar y mejorar la cobertura de seguridad social de las personas mayores a partir de la creación del Sistema Integral Previsional Argentino en el año 2008. Esto implicó la eliminación del sistema privado de capitalización (AFJP) y permitió consolidar un régimen público y solidario financiado a partir de la transferencia intergeneracional y la aprobación de la Movilidad Jubilatoria, que estableció dos aumentos anuales de los ha-

beres (en marzo y septiembre) a través de la creación de un índice específico. Entre las medidas más importantes, la implementación de moratorias previsionales permitió la jubilación de las personas mayores que habían trabajado, pero que no registraban aportes. Esta política favoreció principalmente a las mujeres.

En lo que respecta al monto de la jubilación mínima, en septiembre de 2021 este alcanzaba los 25 922 ARS, equivalente a 249 USD.

En el año 2016, la moratoria previsional se reemplazó por la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM) destinada a mayores de 65 años que no hubieran realizado la totalidad de los aportes al sistema previsional, a través de la Ley N.º 27.260/2016 conocida como Programa de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados. Además de la regularización de los juicios previsionales y la actualización de retribuciones para jubilados y pensionados que estableció la ley, la PUAM, implicó el acceso a un ingreso por el valor equivalente al 80,0 % de una jubilación mínima. Ahora bien, según los datos publicados por la ANSES, para septiembre de 2021 el monto de la PUAM era de 20 737.94 ARS, equivalente 196 USD.

En junio de 2021, con el objetivo de retomar la perspectiva de **inclusión social** con que se habían promovido las moratorias previsionales, se puso en marcha una política central para

asegurar la universalidad del derecho de las mujeres a jubilarse. Esta medida estuvo dirigida a aquellas mujeres, con descendientes directos, que cumplían el requisito de la edad jubilatoria, pero carecían de los años de aportes requeridos, y buscaba visibilizar y reparar una desigualdad histórica y estructural en la distribución de las tareas de cuidado, mediante el reconocimiento y la valoración del tiempo que las mujeres destinaron a la crianza de su descendencia directa. Se reconoce 1 año de aporte por vástago y 2 años de aportes por vástago adoptado. De forma adicional reconoce 1 año por descendiente con discapacidad y 2 años en caso de que se haya beneficiado de la Asignación Universal por Hija/o por al menos 12 meses. El beneficio, se estima, alcanzará a alrededor de 155 000 mujeres.

Estas políticas de inclusión permitieron, a su vez, reducir las brechas de género. Tan es así que, según el dossier estadístico publicado por INDEC (2021), con base en los datos de la En-

cuesta Permanente de Hogares (EPH), el 92,5 % de las mujeres mayores de 60 años y más percibe una jubilación o pensión, mientras que este porcentaje es del 76,7 % en el caso de los varones. En este sentido, y en línea con Oliveri (2020), los datos exhiben una alta tasa de cobertura previsional, sin embargo, se carece de información estadística respecto al alcance del sistema previsional en los entornos rurales, ya que no se cuenta con datos sobre la tasa de participación o cobertura del sistema de la población mayor que reside en estas áreas.

El alcance de la **cobertura previsional** en Argentina es extenso. No obstante, según los datos de la EPH del segundo semestre del año 2020, el 15,4 % de la población adulta mayor se encuentra bajo la **línea de pobreza**, en mayor medida los varones que las mujeres (el 16,1 % y el 14,9 % respectivamente). Un 2,0 % de las personas mayores, más varones (el 2,3 %) que mujeres (el 1,8 %), son indigentes¹⁰ y no

¹⁰ Cabe destacar que se considerará "indigente" a aquellas personas que no logran acceder ni satisfacer sus necesidades alimentarias básicas. Es decir, quienes son incapaces de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas <https://www.indec.gov.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/siisena-ds-definiciones.pdf>



logran cubrir la canasta básica alimentaria (INDEC, 2020).

En este contexto, se puede suponer que la permanencia en el mercado laboral es una estrategia para afrontar las condiciones de vulnerabilidad, ya que, según los datos de la ECETSS (2018) en el momento de la encuesta el 7,5 % de la población argentina económicamente activa estaba ocupado por personas adultas mayores¹¹, es decir, personas que, en edad de jubilarse o jubiladas, continuaban trabajando. Al analizar la distribución según el género de las personas adultas mayores trabajadoras, se

observa que, en mayor medida, son las mujeres las que se mantienen activas en el ámbito laboral (el 56,3 % son mujeres y el 43,7 % son varones). De la misma encuesta se desprende que un conjunto de las personas mayores que trabajan percibe una jubilación o pensión, pero como el monto en dinero es insuficiente para cubrir sus necesidades cotidianas, continúan trabajando. Así, la participación en el mercado de trabajo, tal como menciona Oliveri (2020), “no siempre es el reflejo de una decisión voluntaria, ya que puede estar relacionada con la falta de cobertura previsional, ahorros acumulados y/o apoyo familiar” (p. 24).

¹¹ En este caso, se considera a los varones a partir de los 65 años y mujeres desde los 60 años.

Principales rasgos de la cobertura en Argentina

- El Sistema previsional incluye cobertura de riesgos sociales asociados a la vejez, invalidez y fallecimiento.
- Forma parte de un sistema que consta de cobertura de salud, asignaciones familiares, empleo y riesgos de trabajo.
- Está estructurado alrededor de esquemas prestacionales de carácter contributivo y no contributivo.
- Además, el Estado administra un esquema no contributivo de prestaciones vinculadas con los riesgos de pobreza en la vejez e invalidez.
- La cobertura previsional alcanza al 85,5 % de la población de 60 años y más, y al 99,0 % de la población de 65 años y más.
- El Régimen público y solidario es financiado a partir de la transferencia intergeneracional y la aprobación de la Movilidad Jubilatoria, que establece dos aumentos anuales del haber.
- La implementación de moratorias previsionales permitió la jubilación de las personas mayores que, habiendo trabajado, no registraban aportes (principalmente mujeres).
- “Reparación histórica”. En 2016 la moratoria previsional se reemplazó por la Pensión Universal para las Personas Mayores de 65 años que no habían realizado la totalidad de aportes, pero otorgando sólo el 80 % de una jubilación mínima.
- Desde 2021, se reconoce 1 año de aporte por descendiente y 2 años de aportes por vástago adoptivo, con el objetivo de valorar el tiempo que destinaron las mujeres a las tareas de crianza y cuidados.
- El monto de la jubilación mínima, en septiembre de 2021, era equivalente a 249 USD.

2.1.3. Brasil

En Brasil, el sistema de **seguridad social** se compone de tres subsistemas contributivos y un sistema de pensiones no contributivas. Dentro de los **esquemas contributivos** se encuentra, en primer lugar, el Régimen General de Previsión Social público de reparto, que cubre al personal del sector privado. En segundo lugar, los Regímenes Propios de Previsión Social, que cubren a los trabajadores del sector público. Y, en tercer lugar, el Plan de Pensiones Complementarias voluntario (esquema de capitalización privado).

El Régimen General de Previsión Social (RGPS), a su vez, se divide en dos según el entorno en el cual tiene lugar el trabajo. Así, se distinguen el régimen urbano con características de un esquema contributivo de reparto y el régimen rural con características semicontributivas, que consta de una pensión que se otorga sin condición de cotización, sino por medio de la comprobación de haber trabajado en el campo. Este tipo de diferenciación entre y dentro de los regímenes está contemplada en la Constitución Federal.

Entre sus diferencias se destacan la edad de retiro y la cantidad de años en la actividad rural. En el RGPS, la edad mínima de retiro ocu-

re a los 65 años para los varones y 62 para las mujeres, con un tiempo mínimo de contribución de 20 y 15 años respectivamente. Además de la distinción entre urbano-rural que tiene el sistema respecto de la edad y los años de contribución, se observan otras diferencias. Así, para los funcionarios de la Unión¹², la edad mínima es de 62 años (mujeres) y 65 (varones), con un tiempo mínimo de cotización de 25 años, 10 años en el servicio público y 5 años en el mismo puesto en el que se jubilará; para el sector laboral rural, la edad mínima es de 55 años (mujeres) y 60 años (varones), con un tiempo de cotización de 15 años (ambos sexos); para los docentes, la edad mínima es de 57 años (mujeres) y 60 años (varones), con un tiempo de cotización de 25 años (ambos sexos), y para los agentes de la Policía Federal, Federal Vial y Legislativa, la edad mínima es de 55 años (ambos sexos), con un tiempo de cotización de 30 años (ambos sexos), además de 25 años en el ejercicio de su carrera.

Por su parte, para quienes no acceden al sistema previsional por medio del retiro del mercado de trabajo o del sistema productivo, Brasil cuenta con un **sistema de pensiones no contributivo**, que es el Beneficio de Prestación Continuada (BPC). Esta pensión otorga un beneficio equivalente a un salario mínimo

¹² La organización político-administrativa de Brasil comprende la Unión, los Estados, los Distritos Federales y los Municipios.

a las personas mayores de 65 años y personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad social. Si bien para acceder no es necesario haber cotizado al *Instituto Nacional del Seguro Social (INSS)*, este tipo de pensión no da derecho al decimotercer salario, es decir al aguinaldo (la paga extraordinaria de navidad), ni otorga pensión por fallecimiento.

En este marco, el sistema cubre al 84,8 % de las personas mayores de 60 años de Brasil, es decir, perciben una jubilación o pensión, ya sea del régimen público o privado, del BPC, o alguna asistencia temporal o especial. En el caso de las personas adultas mayores de entornos rurales, el 93,0 % es alcanzada por la jubilación bajo la modalidad rural del RGPS.

Autores como Schwarzer y Costanzi (2011) sostienen que, en conjunto, el BPC y la *Previdencia Rural*, es decir, la jubilación para los trabajadores rurales, han contribuido al aumento en el porcentaje de personas adultas mayores cubiertas por algún tipo de jubilación. Además el engrosamiento significativo en la **cobertura entre las mujeres (a partir de estas iniciativas)**, redujo la brecha de género en el acceso a las pensiones.

Respecto del monto en dinero que representan las jubilaciones mínimas, así como el BPC, es variable y toma como referencia el salario mínimo: las personas jubiladas pueden cobrar

entre el 60,0 % y el 90,0 % del salario mínimo. Para noviembre de 2021 fue de 1 101 95 BRL, lo que equivale a 192 USD.

En Brasil, la **condición de pobreza** se determina de acuerdo con el producto de la comparación del ingreso familiar con el salario mínimo, si de esta contraposición resulta que el ingreso familiar per cápita es menor a la mitad del salario mínimo, es decir, cercano o inferior a 500 BRL, entonces esa persona y su familia atraviesan condiciones de pobreza. No obstante, en el informe "*Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*" (Síntesis de indicadores sociales: un análisis de las condiciones de vida de la población brasileña) (IBGE, 2020) se presentan los datos de pobreza que se calculan según los criterios del Banco Mundial, el cual considera que una persona es pobre si no cuenta con 5 50 USD diarios para atender sus necesidades básicas y atraviesa condiciones de pobreza extrema si destina a estas necesidades menos de 1 90 USD diarios.

De acuerdo con el informe antes mencionado, resulta que el 24,7 % de la población total de Brasil es pobre y el 6,5 % experimenta condiciones de pobreza extrema. Si se compara por género y raza, se observa que la incidencia de la pobreza se registra en mayor medida entre las mujeres y entre la población negra y mulata. Así, son las mujeres negras o mulatas las que

presentan la mayor proporción de pobreza y de pobreza extrema: el 51,4 % de las personas pobres son mujeres y el 38,1 % de ellas son negras y mulatas. Ahora bien, en el caso de las personas adultas mayores, se advierte que el 7,5% atraviesa condiciones de pobreza (IBGE, 2020)¹³.

En cuanto a la incidencia de la pobreza en los entornos rurales, de los datos de la “*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019*” (*Encuesta Nacional Continua por Muestreo de Hogares*) del Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE, 2019) surge que las condiciones de pobreza alcanzan a una proporción más elevada de la población adulta mayor. En este caso, el 18,2 % de las personas mayores que residen en entornos rurales son pobres. Este índice contempla al 17,8 % de las mujeres mayores y al 18,5 % de los varones mayores que residen en entornos rurales.

Por su parte, las situaciones de indigencia, al igual que en el caso de la pobreza, se especifican en los entornos rurales y afecta en mayor medida a los varones mayores. El 3,3 % de las personas adultas mayores de Brasil experimentan condiciones de indigencia: el 3,0 % de las mujeres y 3,6 % de los varones mayores padecen esta situación. En las áreas rurales, el 4,5 % de las personas mayores son indigentes: el 3,4 % de las mujeres y el 5,5 % de los va-

rones mayores rurales se encuentran en esta condición.

Entre los **programas de transferencia monetaria** implementados para atender a la población en situación de vulnerabilidad, destaca el Programa Bolsa Familia. Si bien no es una acción o política destinada solo a la población rural, la contempla. Para acceder a este programa el hogar debe:

1. Contar con un ingreso mínimo de 89 BRL, lo que representa el 8,0 % del salario mínimo.
2. Incluir entre sus miembros a infantes o jóvenes (0 a 17 años).

Aunque no requiere contraprestación, establece como condiciones para su cobro que los menores en edad escolar asistan a la escuela y cumplan con el calendario de vacunación.

A la par de otras políticas, como la jubilación rural, un análisis realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) destaca las acciones expuestas, en cierta medida, como exitosas. En la última década, las políticas de transferencia de ingresos como la previsión rural y el Programa Bolsa Familia; las medidas de crédito a la agricultura familiar, como el Programa de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF); o incluso de compras gubernamentales, como

¹³ En el informe de indicadores sociales, no se hace la apertura por tipo de residencia. El análisis se desagrega por región: el nordeste presenta los porcentajes de población pobre e indigente más altos, 47,1% y 56,8% respectivamente.

son los casos del Programa de Adquisición de Alimentos (PAA) y de la Merienda Escolar, están elevando los ingresos de las familias rurales y

dinamizando los mercados de pequeños municipios donde reside un gran número de pobres (Faiguenbaum *et al.*, 2013).

Principales rasgos de la cobertura en Brasil

- Se compone de un sistema de pensiones no contributivas y tres subsistemas contributivos: el Régimen General de Previsión Social (RGPS) público de reparto (para el personal del sector privado), los Regímenes Propios de Previsión Social, (para el sector laboral público) y el Plan de Pensiones Complementarias voluntario (capitalización privada).
- El RGPS se divide según el entorno donde se desarrolla el trabajo y está contemplada por la Constitución: el régimen urbano tiene un esquema contributivo de reparto y el rural tiene características semicontributivas (consta de una pensión que se otorga por el desempeño laboral comprobable en el campo, sin cotización obligatoria).
- Brasil cuenta con un sistema de pensiones no contributivo: el Beneficio de Prestación Continuada (BPC), que otorga lo equivalente a un salario mínimo a las personas mayores de 65 años y personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad social.
- El 84,8 % de las personas mayores de 60 años cuenta con cobertura del sistema (perciben una jubilación o pensión, pública o privado, del BPC, o alguna asistencia temporal).
- En las zonas rurales, el 93,0 % de las personas mayores es derechohabiente de la jubilación bajo la modalidad del rural del RGPS.
- Las personas jubiladas pueden cobrar entre el 60,0 % y el 90,0 % del salario mínimo, lo que equivalía, en noviembre del 2021, a 192 USD.
- Entre los programas de transferencia monetaria que se pusieron en marcha para atender a la población en situación de vulnerabilidad, destaca el Programa Bolsa Familia (aunque no exclusiva para la población rural, la alcanza). Para acceder, el hogar debe contar con un ingreso mínimo de 89 BRL (equivalente al 8,0 % del salario mínimo) e incluir entre sus miembros a infantes o jóvenes (0 a 17 años).

2.1.4. Chile

El **sistema previsional** chileno está compuesto por tres pilares: **contributivo**, solidario y voluntario. El primero fue creado en 1980 por decreto Ley N.º 3500/1980: cada persona trabajadora aporta al sistema de manera obligatoria durante su vida laboral activa y una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) gestiona este ahorro. Con estos fondos, cuando las personas se retiren del mercado laboral, las mujeres a los 60 años y los varones a los 65, percibirán una pensión. Cabe mencionar que, previo a este sistema, Chile contaba con pensiones de reparto que aún persisten y las administra el Instituto de Previsión Social (SPCL, 2021).

El segundo pilar, **el sistema solidario**, se constituyó en 2008 mediante la Ley N.º 20 255/2008, la cual permitió crear las pensiones solidarias de vejez e invalidez y reformar el sistema de capitalización individual. Entre ellas, la pensión asistencial fue reemplazada por la pensión básica solidaria y un bono por descendiente para las mujeres mayores de 65 años o más. Este bono tiene como finalidad aumentar los montos de jubilación y saldar las inequidades de género existentes en el sistema de capitalización individual en el cual las mujeres tienen menor volumen de cotizaciones, debido a la intermitencia de la vida laboral por causa de las tareas domésticas y

de cuidado y al mismo tiempo por las brechas salariales en detrimento de las mujeres (Bentancor, 2020). Este componente entrega una pensión básica solidaria a todas las personas que quedaron excluidas del régimen previsional o carecen de ahorros previsionales. Otro beneficio de este sistema es el aporte previsional solidario que está destinado a quienes cuentan con un ahorro previsional menor al monto mínimo requerido. Para acceder a estos dos beneficios es requisito pertenecer al 60,0 % más pobre de la población (SPCL, 2021).

El tercer pilar, **el sistema voluntario**, está destinado a las personas que desean y pueden aportar de manera voluntaria a fondos de ahorro para la pensión a futuro. Antes de la Ley N.º 20.255/2008, esta pensión se conformaba únicamente a través de una cuenta de ahorro voluntaria a los fines exclusivos de la pensión a futuro y las administradoras gestionaban los fondos de pensiones. A partir de la reforma introducida por dicha ley, se agregaron dos cuentas: la de Ahorro Previsional Voluntario y la de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo, los bancos y las compañías pueden gestionar ambas, todas supervisadas por la Superintendencia de Pensiones o por la Comisión para el Mercado Financiero (SPCL, 2021).

Mediante la articulación de estos regímenes el sistema chileno busca garantizar el **acceso al ingreso del conjunto de su población mayor**.

El 74,5 % de la población adulta mayor accede a este derecho. Sin embargo, al analizar este acceso según el género, resulta que las mujeres perciben una jubilación o pensión (contributiva y no contributiva) en menor medida que los varones: el 70,9 % y el 81,2 % respectivamente (Bentancor, 2020).

En las zonas rurales, el 61,1 % de las personas mayores están jubiladas o pensionadas y perciben ingresos por dicha condición, mientras que el 38,9 % no percibe ningún ingreso de este tipo. Esta situación, en alguna medida, tiene explicación en la permanencia y participación en el sistema productivo por parte de la población adulta mayor. Así, según los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020), la tasa de participación de las personas adultas mayores en el mercado de trabajo general era del 27,0 %, y era superior en las áreas urbanas que entre las rurales (el 28,0 % *versus* el 25,6 %).

En cuanto a los montos, según los datos de la página oficial del Instituto de Previsión Social (IPS, 2021), los mínimos y máximos dependen del tipo de prestación. Estos se toman como referencia para determinar las cantidades promedio de las pensiones mínimas por vejez, invalidez, años de servicios y otras jubilaciones, que equivalen a 247 USD. El monto promedio de las pensiones asistenciales por vejez e invalidez es

de 158 USD, el monto mínimo de las pensiones solidarias ronda los 119 USD y el monto máximo se ubica en torno a los 387 USD (IPS, 2021).

Ahora bien, un 8,9 % de las personas mayores trabaja y no recibe jubilación ni pensión. Entre los varones mayores, el 9,5 % se encuentra en esta situación, mientras que entre las mujeres la proporción es levemente inferior, un 8,7 % de ellas trabaja y no percibe jubilación ni pensión. Entre las personas mayores que trabajan y perciben ingresos por jubilación o pensión (el 9,9 % de la población mayor) se observa la misma tendencia. Son los varones los que presentan la mayor proporción de trabajadores mayores que cobran jubilación o pensión en comparación con las mujeres. Así, del total de varones mayores, el 16,1 % trabaja y percibe ingresos por jubilación o pensión, mientras que esta situación se registra en el 6,7 % de las mujeres mayores (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

En este contexto, las **condiciones de pobreza** alcanzan al 4,5 % de las personas adultas mayores en Chile, casi sin diferencias entre mujeres y varones (el 4,4 % y el 4,7 % respectivamente). La incidencia de la indigencia es relativamente baja (el 1,0 %) y también los varones presentan un porcentaje levemente superior (el 1,2 %) al de las mujeres (el 0,9 %).

En cuanto a la pobreza y la indigencia en las áreas rurales y en específico entre las per-

sonas adultas mayores, se observan valores bastante más elevados que los que arrojan las estimaciones generales. En los entornos rurales, el 10,7 % de la población mayor atraviesa condiciones de pobreza y esta medida se presenta en proporciones similares tanto en mujeres como en varones.

A su vez, el 1,9 % de las personas mayores residentes en las zonas rurales de Chile son indígenas. Si bien no existen diferencias significativas por género, los varones presentan un porcentaje de indigencia levemente superior al de sus pares mujeres, el 2,0 % y el 1,8 % respectivamente (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

Principales rasgos de la cobertura en Chile

- Se compone de tres pilares: contributivo, solidario y voluntario.
- Contributivo: se creó en 1980 y lo gestiona una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP). Cada persona aporta al sistema de manera obligatoria durante su vida laboral activa. Con estos fondos, cuando se retiren del mercado laboral (60 años para las mujeres y 65 años los varones) percibirán una pensión.
- Solidario: se creó en 2008. Incorpora reformas al sistema de capitalización individual como la pensión básica solidaria y un bono por descendiente para las mujeres mayores de 65 años (cuyo fin es aumentar los montos y saldar las inequidades de género del sistema de capitalización individual). Se entrega a las personas que quedaron excluidas del régimen previsional o cuentan con un ahorro previsional menor al monto mínimo requerido (es requisito pertenecer al 60,0 % más pobre de la población).
- Voluntario: está dirigido a quienes desean y pueden aportar voluntariamente a los fondos de ahorro para la pensión a futuro. Además de la gestión por parte de las AFP, a partir de la reforma de 2008 se agregaron las cuentas de Ahorro Previsional Voluntario y Ahorro Previsional Voluntario Colectivo, los bancos o compañías aseguradoras pueden gestionarlas.
- El 74,5 % de la población adulta mayor accede a este derecho. El 70,9 % de las mujeres y el 81,2 % de los varones perciben una jubilación o pensión (contributiva y no contributiva).
- En áreas rurales, el 61,1 % de las personas mayores están jubiladas o pensionadas y perciben ingresos por dicha condición. El 38,9 % no percibe ningún ingreso.
- Las pensiones mínimas por vejez, invalidez, años de servicios y otras jubilaciones equivalen a 247 USD. El monto promedio de las pensiones asistenciales por vejez e invalidez es 158 USD, el monto mínimo de las pensiones solidarias es 119 USD y el monto máximo 387 USD (IPS, 2021).
- El 9,5 % de varones mayores y el 8,7 % de mujeres mayores trabaja y no percibe jubilación ni pensión.

2.1.5. España

Para sostener el derecho de jubilación y pensión y garantizar la percepción de ingresos por parte de las personas mayores, en España, cada persona trabajadora cotiza y aporta al sistema público de pensiones que se nutre de las aportaciones de todo el sector laboral. Estas contribuyen, mientras están insertas en el mercado laboral, con el pago de las jubilaciones vigentes y, en ese proceso, se garantizan el derecho a percibir una jubilación una vez retiradas del mundo del trabajo.

Hacia el año 2021, el acceso a la **jubilación** se puede considerar universal. En efecto, el 97,0 % de las personas mayores en España percibe algún tipo de jubilación o pensión. Esta situación alcanza casi a la totalidad de los adultos mayores varones, de los cuales el 99,0 % cuenta con una jubilación o pensión, mientras que, entre las mujeres, estos ingresos alcanzan a menos personas: el 73,0 % de las adultas mayores goza de alguno de estos derechos. Asimismo, cabe destacar que las **pensiones no contributivas** —aquellas a las que acceden las mujeres que a lo largo de su vida no han cotizado— son de menor cuantía, lo cual da como resultado una feminización de la pobreza acrecentada en la adultez mayor. A su vez, destaca la teoría, en períodos de crisis esta brecha de género tiende a acentuarse y dificultar la permanencia de las mujeres en el mer-

cado laboral (Maestro Yarza y Martínez Peinado, 2003; Espino García, 2021). Los principales motivos de la no cotización femenina se deben en parte, señala la literatura, a los escollos que encontraron en el ingreso al mercado laboral, recién “en la segunda mitad de los años 80, se iniciase el proceso de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo de manera permanente” (Cebrián López y Llorente Heras, 2017: 1). No obstante, conforme el paso del tiempo la relación entre género, participación, empleo y tasa de actividad ha ido cambiando. Así, del 32 % de tasa de actividad femenina en 1987, España pasó al 53 % en 2017 (lo cual se traduce de 5 millones a algo más de 10 millones de personas). Por otro lado, las autoras hacen énfasis en la relación de género en diversos grupos de edades marcando que, por ejemplo, entre los grupos más jóvenes no existen diferencias por género. De hecho, de los 7 millones de personas que entraron en el empleo en los últimos años, 5 millones fueron mujeres (Cebrián López y Llorente Heras, 2017: 1-2).

Sin embargo, respecto a la incorporación de las mujeres en el mercado laboral rural, los estudios señalan una fuerte concentración en el sector servicios (el 78,5 %), mayor proporción de asalariadas que autónomas (el 72,5 % y el 20,0 % respectivamente), elevado nivel formativo (2 de cada 10 mujeres ocupadas tienen estudios universitarios, lo cual además es el doble que los varones), alta movilidad para

acceder al trabajo (cerca del 50,0 % se desplaza a otros municipios) y el 33,0 % trabaja en empleos poco cualificados como servicios personales, limpieza o peonaje y bajo contratos discontinuos, temporales, de tiempo parcial o sin contrato (Millán-Vázquez de la Torre, Velasco-Portero y Ramírez-Sobrino, 2017). Por otro lado, mientras que la brecha salarial entre varones y mujeres en España oscila entre el 17,0 % y el 30,0 %, en los entornos rurales se ubica alrededor del 23,4% a favor de los varones (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2011).

Esta diferenciación en las trayectorias laborales puede observarse también cuando se comparan cantidades medias de todas las pensiones por género: “Las pensiones de las mujeres son más bajas que las de los hombres, debido a sus diferentes carreras laborales, ocupaciones o por tener otro tipo de pensiones (viudedad, etc.)” (Pérez Díaz, *et al.*, 2020: 24-25). Con el fin de reducir la brecha de género en España, en febrero de 2021, se implementó un complemento¹⁴.

El **complemento para la reducción de la brecha de género** tiene como objetivo enmendar el posible perjuicio que sufren las mujeres en la carrera laboral y que las afecta, en general, en los períodos posteriores al parto. El com-

plemento se le otorga a cualquiera de los dos progenitores que acusen el perjuicio, pero si ninguno lo hace le será reconocido a la madre. En los casos que las personas progenitoras sean del mismo sexo será concedido a la que perciba un menor monto en su pensión. Este complemento se tramita junto con la solicitud de la pensión en el INSS. El cálculo del monto para el complemento es a partir de un descendiente¹⁵ y hasta un máximo de cuatro (el monto fijo es de 378 EUR al año por vástago y se abona en 14 pagas). En el primer año alcanzó a 190 mil personas beneficiarias de las cuales el 94,0 % son mujeres¹⁶.

Al realizar un análisis profundo sobre el alcance que tiene el **sistema previsional** en los entornos rurales, resulta que el 95,0 % de las personas mayores tiene jubilación o pensión, por lo que la cobertura es levemente menor que la general para todo el país.

Respecto de los montos mínimos de las jubilaciones y pensiones, se estima que en 2021 las personas jubiladas con cónyuges a cargo percibieron un monto mensual de 835 EUR, lo que equivale a 985 USD, mientras que para quienes no tienen cónyuges a cargo, el monto de ingreso mensual por pensión o jubilación es 677 EUR, alrededor de 790 dólares estadounidenses.

¹⁴ <https://prensa.inclusion.gob.es/WebPrensaInclusion/noticias/seguridadsocial/detalle/4219>

¹⁵ El complemento alcanza a las madres o padres de descendientes adoptivos.

¹⁶ <https://revista.seg-social.es/-/todas-las-preguntas-y-respuestas-sobre-el-nuevo-complemento-para-reducir-la-brecha-de-g%C3%A9nero-en-las-pensiones?redirect=/home>

En lo que respecta a la **incidencia de la pobreza**¹⁷ en la población mayor en general y en la rural en particular, resulta que el 13,0 % de las personas mayores se encuentran en situación de pobreza: el 15,0% de las mujeres y el 11,0% de los varones.

Al observar la incidencia de la **pobreza** entre las personas mayores que residen en los entornos rurales en España, se observa que una de cada diez es pobre. Las mujeres mayores son quienes presentan en mayor grado esta condición, lo que se traduce en un 12,0 % de

mujeres pobres, mientras que en el caso de los varones el porcentaje es del 9,0 %.

La incidencia de la indigencia en personas mayores es del 3,0 % para el conjunto de la población mayor del país, en tanto que las personas mayores residentes en entornos rurales es poco significativa (2,0 %), sin embargo, adquiere relevancia con un diferencial de 3 puntos porcentuales cuando se focaliza en el conjunto de mujeres adultas mayores, que en un 4,0 % presenta condiciones de indigencia en comparación con el 1,0 % de varones mayores indigentes.

¹⁷ El umbral de pobreza es el importe monetario que delimita, en función de la renta neta percibida, si una persona es considerada pobre o no. Se calcula anualmente como un porcentaje de la mediana nacional de ingresos por unidad de consumo. Según el grado de pobreza que se quiera medir, se aplica un porcentaje u otro. Los dos umbrales más utilizados son: el que corresponde al 60 % de la mediana, mediante el que se define el riesgo de pobreza, y el que corresponde al 40 % de la mediana, que define el límite de lo que se considera pobreza severa (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021).

Principales rasgos de la cobertura en España

- El 97,0 % de las personas mayores en España percibe algún tipo de jubilación o pensión (el 99,0 % de los varones y el 73,0 % de las mujeres).
- El 95,0 % de las personas mayores rurales accede a una jubilación o pensión.
- Para el 2021, las personas jubiladas con cónyuges a cargo perciben un monto mensual de 835 EUR (985 USD).
- Para quienes no tienen cónyuges a cargo, el monto de ingreso mensual es de 677 EUR (790 USD).
- El 13,0 % de las personas mayores se encuentran en situación de pobreza: el 15,0 % de las mujeres mayores y el 11,0 % de los varones mayores.
- El país cuenta con un complemento para reducir las brechas de género, calculado por descendiente, con el fin de enmendar el perjuicio que sufren en la carrera laboral sobre todo las mujeres.
- En las zonas rurales, una de cada diez personas es pobre (el 12,0 % son mujeres y el 9,0 % varones).
- A pesar de estar altamente calificadas, las mujeres rurales suelen acceder a puestos laborales poco cualificados. Asimismo, la brecha salarial entre géneros en las zonas rurales se ubica en 23.4 puntos a favor de los varones.

2.1.6. México

La estructura del **sistema previsional** en México es compleja, se encuentra en transición y presenta un alto nivel de fragmentación por la coexistencia de diferentes instituciones de nivel nacional encargadas de administrar distintos sistemas de pensiones. Las de mayor relevancia son del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el primero de ellos se enfoca en el sector laboral privado y el segundo en el sector público a nivel federal (Calabria, Gaiada y Guinsburg, 2021). El sistema, además, contiene **esquemas contributivos y no contributivos** y se sustenta en cuatro pilares: reparto, capitalización individual, ahorro voluntario y no contributivo (Villarreal y Macías, 2020).

En enero del año 2021 entró en vigor la **reforma previsional** consensuada por los tres sectores que realizan aportaciones al sistema: el sector patronal, el Estado y el sector laboral. Se estimó que a partir de estas modificaciones se incrementarían los montos y el alcance de la cobertura, para que más personas puedan percibir una pensión. Los principales cambios introducidos fueron:

- a) Modificaciones en las contribuciones. Aumentaron los aportes patronales y se redistribuyó la cuota gubernamental,

según los montos de los salarios cotizados en Unidad de Medida y Actualización (UMA). Estos cambios serán graduales y están previstos para el período 2023-2030. Cabe destacar que la reforma no contempló modificaciones en el aporte de las personas trabajadoras.

- b) Incremento en el monto de la pensión mínima garantizada (PMG) y un monto superior respecto de la fórmula derogada, si se considera la misma edad y salario del trabajador.
- c) Disminución de las semanas de cotización como requisito para alcanzar el derecho a la pensión. Se pasó de 1 250 a 750 semanas. Con esto se intenta incorporar un mayor número de personal laborar al sistema (Banco de México, 2021).

No obstante, el acceso a la **seguridad social** por medio del trabajo formal no es universal en México. En efecto, tal como se señala en un documento elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018), cerca del 60,0 % de la población ocupada desempeña un empleo informal.

Si bien este acceso limitado al mundo formal del trabajo afecta al total de la población activa, se advierten ciertas particularidades por género. Esto se debe a que las mujeres participan menos en el mercado de trabajo y su

inserción se sujeta, en mayor medida que los varones, al sector informal. Además, en el caso de las mujeres tanto la permanencia en el mercado laboral como su trayectoria se ven afectadas por la necesidad de conciliar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico y las tareas de cuidado. En este sentido, ellas se insertan de manera interrumpida, entran y salen de la vida productiva según las necesidades de la vida reproductiva.

De esta manera, como consecuencia de la reducción de las semanas de cotización, se espera que las mujeres tengan un mínimo de cotizaciones más bajo que los varones, puesto que suspenden sus trayectorias laborales por cuestiones relacionadas con la maternidad y las tareas de cuidado. Esto significa que, si bien tendrán mayor acceso a la PMG, los ingresos serán más bajos que los que perciban los varones. En otras palabras, la baja cobertura del sistema contributivo afecta a la población activa en general, pero es entre las mujeres donde esta condición se profundiza.

En lo que respecta a la población adulta mayor, se accede a la seguridad social integral por medio de la pensión contributiva, que garantiza un ingreso, asistencia médica y un conjunto de prestaciones propias y familiares. Si bien en el informe de la CONEVAL (2018) se señala que cerca del 80,0 % de las personas adultas ma-

yores perciben un ingreso por jubilación, pensión u otros mecanismos, como los programas sociales, es por medio del régimen contributivo por el cual acceden a estos servicios.

Dentro del conjunto de personas mayores que recibe ingreso por jubilación o pensión, el 30,9 % percibe una jubilación o pensión contributiva. Al comparar según el género, el 40,0 % de los varones cuenta con una jubilación o pensión contributiva, mientras que entre las mujeres mayores este porcentaje es del 22,7 %.

Con relación a la percepción de ingresos por medio del **régimen no contributivo**, cabe notar que el 49,0 % de las personas mayores participan de este régimen. Entre los varones mayores, el 57,0 % percibe una pensión no contributiva y, entre las mujeres mayores, lo hace el 43,0 %.

En ambos regímenes se observa una mayor proporción de participación de los varones, pero es en el régimen no contributivo en el que las mujeres participan en mayor medida (22,7 % contributivo y 43,0 % no contributivo).

En cuanto a la población mayor rural, es significativo el **bajo nivel de cobertura**. Según los datos para el presente informe, el 21,0 % de los varones mayores de 65 años y más perciben una jubilación o pensión, mientras que en-

tre sus pares mujeres sólo el 4,0 % manifiesta estar en dicha condición¹⁸. Cabe remarcar que la incidencia de pobreza en el ámbito rural es más alta que la que se presenta en el ámbito urbano y alrededor de un cuarto (el 24,3 %) de la población de personas mayores residen en los ámbitos rurales (CONEVAL, 2018).

Entre quienes no cumplen con el requisito de cotización mínima, o directamente no han cotizado nunca, existen dos líneas de acceso a las pensiones: la **pensión de cesantía en edad avanzada o pensión por vejez**¹⁹ y el **Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores**²⁰.

A la pensión de cesantía en edad avanzada (personas mayores de 60 años) y a la pensión por vejez (personas de 65 años o más) acceden quienes cuentan con aportaciones, sin embargo, no cumplen con el mínimo de cotizaciones necesario para jubilarse (excepto para las personas mayores que viven en los municipios integrantes de pueblos indígenas)²¹.

Por otro lado, el programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores es un apoyo económico de **cobertura univer-**

sal para la población adulta mayor, tiene un alcance nacional y acceden a ella las personas de 65 años y más que residen en **comunidades indígenas**, así como las personas de 68 años y más del resto de México. Aunque, la población entre 65 y 67 años que se encuentre inscrita en el Padrón de derechohabientes pueden recibirlo. El programa es una **pensión no contributiva** y tiene como finalidad **reducir la desigualdad**, mejorar las condiciones de las personas mayores y garantizar una **vejez digna y plena**. En el año 2022 el monto del apoyo económico es de 1 925 00 MXN mensuales de los que se dispone cada dos meses²².

Los montos mínimos de las jubilaciones y pensiones se determinan de acuerdo con el artículo 92 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2021), y para su cálculo se tienen en cuenta variables como la tasa de cotización, la edad de retiro y la densidad de cotización, entre otros. Para la estimación se consideran el salario mínimo y la Unidad de Medida y Actualización (UMA), el primero para el año 2022 es de 172 87 MXN (general) y de 260 34 MXN (en la zona libre de la frontera). Mientras que la UMA es de 96 22 MXN diarios. La pensión mínima legal y

¹⁸ Cálculos propios con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2020. Tabulados del Cuestionario Básico. INEGI suministrados por los referentes del ISSSTE México.

¹⁹ <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss01002>

²⁰ https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639752&fecha=30/12/2021#gsc.tab=0

²¹ <https://www.gob.mx/tramites/ficha/pension-de-cesantia-en-edad-avanzada-o-vejez-ante-el-imss/IMSS365>

²² <https://programasparaelbienestar.gob.mx/pension-bienestar-adultos-mayores/>

garantizada según la Ley del ISSSTE en su artículo 121 al 1 de febrero de 2021 es de 3 056 77 MXN.

A partir de la reforma previsional vigente desde enero de 2021, la PMG se incrementó alrededor de un 32 % y pasó de 3 289 MXN a 4 345 MXN en el año 2021, equivalentes a 206 04 USD (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2020).

Respecto del sistema previsional, cabe destacar que el 65,3 %, de las personas mayores de los entornos rurales accede por medio del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. Esto resulta significativo puesto que tiene entre su población objetivo a las comunidades indígenas que residen, en mayor medida, en estas áreas.

No obstante, la percepción de ingresos por medio de una jubilación o pensión no garantiza que quienes tienen este beneficio no sean pobres. En efecto, según los datos de la CONEVAL (2018), el 41,1 % de las personas mayores se encontraba, en 2018, en situación de pobreza, y, en menor medida, un 6,8 % experimentaba condiciones de indigencia o pobreza extrema²³. Sin embargo, al considerar la incidencia de **la pobreza y la indigencia** discriminadas por tipo de área de residencia, se advierte que en México la pobreza incide en mayor medida entre las personas adultas mayores de las

áreas rurales que entre las que habitan las áreas urbanas. El porcentaje de población de 65 años o más en situación de pobreza en el medio rural, fue para 2018 ligeramente mayor que el que se observó en el resto de la población (el 56,1 % frente al 55,2 %), mientras que, en el ámbito urbano, la diferencia favorecía a la población de 65 años o más: el 36,1 % era pobre, comparado con el 37,7 % que estaba en esta situación en el resto de la población.

Si a la comparación entre las áreas de residencia se suma el género de las personas mayores, resulta interesante notar, con base en el informe del CONEVAL (2018), la forma en la cual opera la interseccionalidad, ya que ser pobre, mujer, indígena y residir en un área rural profundiza las condiciones de vulnerabilidad:

En México, ser mujer implica mayor vulnerabilidad de encontrarse en situación de pobreza, y ser indígena o habitar en una zona rural es motivo de discriminación y exclusión. Al entrelazarse todas estas capas que representan privaciones se obtiene que las mujeres indígenas que habitan en las zonas rurales están entre los grupos de población que enfrentan las peores condiciones económicas y sociales. En 2010, el 51,7 % de las mujeres indígenas de zonas rurales estaba en pobreza extrema, pues sus ingresos eran inferiores al valor de

²³ En este caso se hace referencia a lo que, en el documento de la CONEVAL (2018) se refiere a pobreza y no a las estimaciones que refieren las condiciones de vulnerabilidad por carencias sociales.

la canasta alimentaria, y además presentaban tres o más carencias sociales (rezago educativo, carencia alimentaria, de vivienda, falta de acceso a la salud o a la seguridad social). Esta privación tuvo una reducción considerable en 2018, al 39,8%, pero la incidencia aún fue alta. Es importante señalar que este grupo de po-

blación es muy heterogéneo, ya que las culturas, comunidades y pueblos indígenas son muy variadas, así como la construcción del género en su interior es diversa, aunado a la diversidad territorial que crea necesidades y demandas económicas y sociales específicas (CONEVAL, 2028: 114).

Principales rasgos de la cobertura en México

- Sistema previsional fragmentado. Coexisten diversas instituciones nacionales encargadas de administrar distintos sistemas de pensiones.
- Las principales son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (sector laboral privado) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (sector laboral público a nivel federal).
- Contiene esquemas contributivos y no contributivos. Se sustenta en cuatro ejes: reparto, capitalización individual, ahorro voluntario y no contributivo.
- En 2021 entró en vigor la reforma previsional cuyo fin es incrementar los montos y el alcance de la cobertura. Principales cambios: modificaciones en las contribuciones (aumento de aportes patronales y redistribución de cuota gubernamental); incremento en el monto de la Pensión Mínima Garantizada (PMG); y disminución de las semanas de cotización como requisito para la pensión (pasó de 1 250 a 750 semanas).
- El acceso a la seguridad social por medio del trabajo formal no es universal. El 60,0 % de la población ocupada desempeña un empleo informal.
- Las personas mayores acceden a la seguridad social integral por medio de la pensión contributiva, que además asegura la asistencia médica y un conjunto de prestaciones propias y familiares.
- El 30,9 % percibe una jubilación o pensión contributiva (el 40,0 % de los varones y el 22,7 % de las mujeres mayores).
- El 49,0 % de las personas mayores participan del régimen no contributivo (57,0 % de varones y 43,0 % de mujeres).
- Bajo nivel de cobertura en zonas rurales: el 21,0 % de los varones y 4,0 % de mujeres mayores perciben una jubilación o pensión.
- Existen dos líneas de acceso a las pensiones para quienes no cumplen con el requisito de cotización mínima o nunca cotizaron: la pensión por vejez y el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. Éste último es de cobertura universal y apunta a garantizar los derechos de las personas adultas mayores.
- En el 2021 la PMG equivale a 206 04 USD, la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores es de 147 USD bimestrales.
- Cerca del 41,1 % de las personas adultas mayores está en situación de pobreza y un 6,8 % en condiciones de pobreza extrema. Respecto a las zonas rurales, alrededor del 39,8 % de las mujeres indígenas está en pobreza extrema.

2.1.7. Paraguay

La cobertura del **sistema previsional** en el Paraguay es baja, de ella resulta un dato de gran relevancia. Del total de personas adultas mayores, solo el 11,8 % percibe jubilación y en el caso de las personas mayores que residen en las zonas rurales, esta proporción desciende al 3,1 %.

Esta **baja participación en el sistema previsional** se explica, en primer lugar, por la magnitud que adquiere el trabajo informal en las áreas rurales. En segundo lugar, se identifica el impacto de la variable educativa. Así, aunque los volúmenes de aportantes sean bajos (el 7,0 % de la población económicamente activa rural y el 27,0% de la urbana, según datos del censo del año 2012), es mayor la participación entre el sector laboral con niveles de estudios superiores.

Si se compara el acceso a la **jubilación** según el género de las personas adultas mayores, resulta que entre las mujeres el 12,8% cuenta con una jubilación o pensión, mientras que entre los varones el 10,7 % presenta esta condición.

Ahora bien, si se focaliza en el ámbito rural, el orden se invierte: son los varones mayores los que presentan mayor proporción de acceso a la jubilación (el 4,2 %) frente a sus pares mujeres (el 2,0 %) (INE, 2020).

En este sentido, y con base en el planteamiento de Pena (2020), esta disparidad y limitación en el acceso a la seguridad social pueden pensarse como factores que inciden en la permanencia o la reinserción en el mercado de trabajo. En otras palabras, dadas estas condiciones, las personas mayores continúan trabajando más por necesidad que por voluntad o deseo.

Así, en la Encuesta Permanente de Hogares Continua 2020 (EPHC, 2020), los datos muestran que, en Paraguay, en las zonas rurales, más de la mitad de las personas mayores se mantienen activas laboralmente, después de la edad de jubilación, (el 55,8 %). Entre los varones mayores, el 71,0% trabaja, mientras que entre sus pares mujeres el 39,0 % mencionó estar trabajando. El 75,0 % de los trabajadores mayores, sin contemplar el género, registra ingresos inferiores al monto del salario mínimo (2 192 839 PYG, equivalente a 324 USD), y el monto promedio de ingresos es de 1 845 636 16 PYG, lo que representa 272 USD.

Adicionalmente, en la misma encuesta se observa que el 76,4 % de las personas adultas mayores que estaban laboralmente activas no percibían ingresos por jubilaciones o pensiones. Del 23,6 % restante, que sí percibía jubilación o pensión, el 53,0 % mencionó recibir un monto de jubilación (3 000 000 00 PYG, equivalente 443 USD) levemente superior al salario mínimo.

En este sentido, los datos de la encuesta permiten sostener que la continuidad del trabajo, en la población adulta mayor de las áreas rurales de Paraguay, no asegura eludir situaciones de pobreza (Pena, 2020). El 27,2 % de las personas mayores en entornos rurales experimentan **condiciones de pobreza**, lo que representa casi 10 puntos porcentuales más que la proporción de pobres (el 19,7 %) de la población mayor total. Entre las adultas mayores alcanza al 27,3 % en tanto que entre los adultos mayores es levemente inferior (el 27,1 %).

Asimismo, el 4,3 % de la población adulta mayor rural se registra en situación de indigencia. Esta proporción duplica a la medida general (el 2,1 %). Si bien en general los varones mayores presentan niveles de pobreza e indigencia (el 20,2 % y el 2,5 % respectivamente) un poco superiores a los de las mujeres (el 19,2 % y el 1,8 %), en los entornos rurales la incidencia tanto de la pobreza como de la indigencia afecta a todos en el mismo nivel y con proporciones similares a las generales.

En este contexto, autores como Pena (2020) afirman que las personas mayores de zonas rurales están más expuestas a la condición de vulnerabilidad. Esta situación se profundiza al considerar al 88,2 % de las personas mayores que, como se mencionó al inicio de este apartado, no acceden a la jubilación. Para atender

a sus necesidades, dependen de sus redes de contención familiares y comunitarias y del Estado, que a su vez se apoyan en programas que buscan la inclusión y el acceso a los servicios sociales. Dentro de estas acciones se puede mencionar el Programa Sembrando Oportunidades que busca aumentar los ingresos y el acceso a los servicios sociales de las familias en situación de vulnerabilidad; los proyectos y áreas fortalecidos en el marco de dicho programa y que son implementados por el Ministerio de Agricultura, tales como Desarrollo Rural Sostenible, Proyecto Paraguay Inclusivo, Programa de producción de alimentos por agricultura familiar, y otros programas relevantes para el combate a la pobreza en el ámbito rural que se realizan por medio de transferencias monetarias.

En línea con lo anterior, y con base en los datos de la EPHC (2020), se puede estimar el alcance que tienen este tipo de estrategias en la población de las personas mayores de las áreas rurales, donde:

- El 40,7 % percibe el ingreso monetario Adulto Mayor cuyo monto promedio alcanza 514 462 19 PYG, lo que representa 75 USD.
- El 3,5 % mencionó percibir ingresos por víveres de alguna institución pública (monto promedio 80 401 88 PYG, lo que equivale a 11 USD).

- El 2,3 % de las personas mayores rurales perciben ingresos por medio del Programa TEKOPORÁ²⁴, con un monto promedio de 172 896 55 PYG o 25 USD.
- Un 1,0 % percibe ingresos por pensión (monto promedio 1 086 349 83 PYG, lo que equivale a 160 USD).
- El 4,0 % recibe ingresos por medio de otras fuentes (en promedio 549 346 15 PYG, lo que representa 81 USD).

²⁴ TEKOPORÁ busca brindar la protección social a hogares en situación de pobreza en Paraguay promoviendo el ejercicio efectivo de los derechos a la alimentación, salud y educación, con un acompañamiento socio-comunitario.

Principales rasgos de la cobertura en Paraguay

- Baja cobertura. Sólo el 11,8 % percibe jubilación. En las zonas rurales esta proporción desciende al 3,1 %.
- La baja participación en el sistema previsional se explica por la magnitud que adquiere el trabajo informal en las áreas rurales. Se identifica también el impacto de la variable educativa: es mayor la participación entre el sector laboral con niveles de estudios superiores.
- En el área urbana los datos consignan que el 12,8 % de las mujeres y el 10,7 % de los varones cuenta con una jubilación o pensión, mientras que en el ámbito rural, la situación se invierte el 4,2 % de los varones y el 2,0 % de mujeres acceden a la jubilación.
- Dadas estas condiciones, las personas adultas mayores continúan trabajando más por necesidad que por voluntad o deseo.
- En las zonas rurales, más de la mitad de las personas mayores (el 55,8 %) continúan trabajando, después de la edad de jubilación: el 71,0 % de los varones y el 39,0 % de las mujeres. Asimismo, el 75,0 % del sector laboral de adultos mayores registra ingresos inferiores al monto del salario mínimo, su monto promedio de ingresos se ubica en el equivalente a 272 USD.
- El 76,4 % de las personas adultas mayores que trabaja no percibe ingresos por jubilaciones o pensiones. Del 23,6 % restante, que sí percibía jubilación o pensión, el 53,0 % recibe un monto de jubilación levemente superior al salario mínimo (443 USD).
- El 27,7 % de las personas adultas mayores del área rural experimenta condiciones de pobreza, lo que representa casi 10 puntos porcentuales más que la población mayor total (el 19,7 %).
- Dentro de las acciones estatales se puede mencionar el Programa Sembrando Oportunidades que busca aumentar los ingresos y el acceso a los servicios sociales de las familias en situación de vulnerabilidad, ya que para atender sus necesidades dependen de redes de contención familiares y comunitarias.

2.1.8. República Dominicana

En el año 2001 se produjo la reforma del **sistema previsional** dominicano. En ese marco, la Ley N.º 87/2001 que crea el Sistema de Seguridad Social introdujo una serie de innovaciones, la principal:

la introducción del método de capitalización individual, que busca incrementar el monto de las pensiones a través del autofinanciamiento de estas. Este modelo se estaba aplicando en varios países de América Latina, y se caracteriza por su naturaleza de mercado y no en la solidaridad, como el anterior (Boletín del Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, 2018: 4).

A partir de dicha reforma, el sistema se integra a partir de cuatro componentes:

- El **régimen contributivo**, que comprende al sector laboral asalariado público y privado y al sector patronal y es financiado por ambos. Este régimen incluye a las personas afiliadas al sistema de capitalización individual y al sistema de reparto.
- El **régimen subsidiado**, cuya población objetivo la compone el sector laboral independiente con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como las personas desempleadas,

con discapacidad e indigentes. Su financiamiento se encuentra, fundamentalmente, en manos del Estado dominicano.

- El **régimen contributivo-subsidiado**, que protege al sector profesional, técnico y laboral independiente con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del(a) trabajador(a) y un subsidio estatal para suplir la falta del sector patronal.
- Por último, los **régímenes especiales**, que comprenden a aquellos sector laboral amparado en Planes de Pensiones Especiales o Sustitutivos (o ambos) instituidos mediante leyes o normas especiales, cuyos beneficios están establecidos en dichas leyes y reglamentos (Educación previsional, 2021).

Si bien uno de los principales objetivos de la reforma del sistema fue ampliar la cobertura, es decir, aumentar el número de personas integradas al sistema, en el boletín del Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo (2018) se destaca que “el régimen dominicano de pensiones aún **es de baja densidad**. Es decir que, en relación con los afiliados, la cantidad de cotizantes activos que realmente aportan al sistema es inferior al 50,0 %” (p. 5).

Esta baja participación en el sistema permite pensar en una relación directamente propor-

cional respecto de la cobertura de jubilaciones y pensiones. En efecto, según los datos del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) en el marco del presente informe, solo el 22,0 % de las personas mayores de República Dominicana están jubiladas o pensionadas, con una diferencia del 1,0 % en favor de los varones (el 22,0 %) sobre las mujeres (el 21,0 %). En el caso de las personas mayores residentes en entornos rurales solo el 2,0 % presenta esta condición.

La baja participación de las personas adultas mayores de entornos rurales en el sistema de jubilaciones y pensiones suele atribuirse al desconocimiento y a las dificultades de acceso a la información, que se traducen en la dificultad para completar y presentar la documentación necesaria. En este sentido, persiste o se mantiene la distancia como obstáculo para acceder a los servicios, las prestaciones y los derechos.

Respecto de la **cobertura**, en el sitio oficial de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones a Cargo del Estado (2021), se señala que el número de personas pensionadas es de 147 814, de las cuales 116 619 perciben pensiones civiles, 21 389 pensiones de la policía y 9 806 pensiones solidarias.

Entre los requisitos para acceder a la jubilación, se mencionan la edad —60 años— y los años

de servicio (más de 30 años). No obstante, para jubilarse no es necesario que se presenten ambas condiciones, una persona que ha cumplido con la cantidad de años de servicio se puede jubilar con independencia de su edad. Cuando el número de años de aportes es menor a 30, la combinación entre edad y años de servicio es un indicador a partir del cual se determina el monto de la pensión.

Los montos de las pensiones contributivas se calculan con relación al promedio del salario mínimo, que se ubica en torno a los 170 USD. Por su parte, las pensiones solidarias son el equivalente al 60,0 % del salario mínimo, lo cual representa unos 103 USD.

Puesto que solo el 2,0 % de las personas mayores del ámbito rural se benefician del sistema, y considerando que se trata de las poblaciones **más empobrecidas**²⁵, en especial las mujeres, el Estado dominicano comenzó a implementar una serie de políticas públicas que procuran atender las necesidades de esta población. Dentro de estas acciones, se pueden mencionar las que se ejecutan en el marco de programas de transferencias monetarias, tales como el programa de Protección a Envejecientes en Pobreza Extrema PROVEE, que se instrumenta por medio de la tarjeta Supérate y es una transferencia condicionada para la

²⁵ En República Dominicana no hay datos sobre pobreza e indigencia.

compra de alimentos, y el programa TE-AMA de transferencia económica no condicionada a la persona adulta mayor, que se otorga por medio de una cuenta bancaria. Este último es un subsidio de carácter transitorio, es decir, que la persona percibe el beneficio hasta que ingrese en el régimen de pensión solidaria. Por lo cual es considerado como un paso previo para acceder a la pensión solidaria.

Para acceder a este tipo de programas sociales se requiere contar con 65 o más años

(quienes tengan alguna dificultad permanente o problema de salud pueden acceder antes), no percibir ningún otro beneficio (ni jubilación ni pensión) y estar en condición de vulnerabilidad social. En estos casos, los montos equivalen a 7 USD en el programa PROVEE y 11 USD del programa TE-AMA. Se destaca, en estos dos programas, la participación femenina. En ambos casos, la mayor proporción de personas beneficiarias son mujeres, de las cuales más del 30,0 % residen en zonas rurales.

Principales rasgos de la cobertura en República Dominicana

- A partir de la reforma previsional en 2001, el sistema se integra a partir de cuatro componentes:
 - a) El régimen contributivo, que comprende al sector laboral asalariado y al sector patronal público y privado y es financiado por ambos (incluye personas afiliadas al sistema de capitalización individual y al sistema de reparto).
 - b) El régimen subsidiado financiado por el Estado para el sector laboral independiente con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, personas desempleadas, con discapacidad e indigentes.
 - c) El régimen contributivo-subsidiado, para el sector profesional, técnico y laboral independiente con ingresos iguales o superiores al salario mínimo, con aportes del(a) trabajador(a) y un subsidio estatal para suplir la falta del sector patronal.
 - d) Los regímenes especiales, que comprenden al sector laboral amparado en Planes de Pensiones Especiales o Sustitutivos instituidos mediante leyes especiales, cuyos beneficios están establecidos en dichos reglamentos.
- El régimen de pensiones es de baja densidad. En relación con las personas afiliadas, la cantidad de cotizantes activos que realmente aportan al sistema es inferior al 50 %.
- Sólo el 22,0 % de las personas adultas mayores están jubiladas o pensionadas, y en el caso de las personas adultas mayores en entornos rurales sólo el 2,0 %.
- Para acceder a la jubilación, se mencionan la edad —60 años— y los años de servicio (más de 30 años). Cuando el número de años de aportes es menor, la combinación entre edad y años de servicios es un indicador a partir del cual se determina el monto de la pensión.
- Las pensiones contributivas se calculan con relación al promedio del salario mínimo, que se ubica en torno a los 170 USD. Por su parte, las pensiones solidarias son el equivalente al 60,0 % del salario mínimo, lo cual representa unos 103 USD.
- Desde el Estado se implementaron programas de transferencias monetarias, como el programa de Protección a Envejecientes en Pobreza Extrema PROVEE (transferencia para la compra de alimentos) y el programa TE-AMA de transferencia económica no condicionada y transitoria (hasta que la persona ingrese en el régimen de pensión solidaria).
- Para acceder a estos programas los requiere contar con 65 o más años (quienes tengan alguna dificultad permanente o problema de salud pueden acceder antes), no percibir ningún otro beneficio (jubilación o pensión) y estar en condición de vulnerabilidad social. En estos casos, los montos equivalen a 7 USD en el programa PROVEE y 11 USD del programa TE-AMA.
- En ambos casos, la mayor proporción de beneficiarios son mujeres, de las cuales más del 30,0 % reside en zonas rurales.

2.1.9. Uruguay

En Uruguay la **cobertura previsional** es casi universal: el 88,5 % de la población de personas mayores de las zonas rurales perciben algún tipo de jubilación o pensión, apenas superior al 88,1 % de las personas mayores que residen en todo el país. Dentro de esta **cobertura** se distinguen las personas jubiladas —quienes aportaron al sistema; **contributivas**— y las personas alcanzadas por medio de las políticas de pensión y asistencia a la vejez.

Si se compara la cobertura según el género, no se observan diferencias significativas, aunque la cobertura entre los adultos mayores varones es levemente superior a la de las mujeres: el 89,8 % y el 87,0 % respectivamente.

Entre las **pensiones no contributivas** se distinguen las siguientes:

La **asistencia a la vejez**, que instrumenta el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), es una prestación económica no contributiva para personas entre 65 y 69 años en situación de vulnerabilidad social. “El programa ofrece un subsidio para personas de 65 o más años y menores de 70 años que, careciendo de recursos para subvenir a sus necesidades vitales, integren hogares que presenten carencias críticas para sus condiciones de vida” (MIDES, 2021).

Por su parte, la **pensión por vejez**, que se gestiona desde el Banco de Previsión Social (BPS), se otorga a las personas en situación de vulnerabilidad o con carencias, de 70 y más años que no cuentan con los requisitos para acceder a la prestación económica (pensión de jubilación contributiva).

En este marco, los beneficiarios de la asistencia a la vejez, una vez cumplidos los 70 años, migran de la asistencia del MIDES a la pensión otorgada por el BPS.

No existen diferencias en cuanto al monto mínimo de ingreso percibido en los distintos beneficios. Tanto la asistencia como la pensión a la vejez presentan montos equivalentes a la pensión o jubilación mínima, de 13 035 UYU, que representan 291 USD mensuales.

Si se compara la cobertura, tanto por **jubilaciones** como por **pensiones**, según el **género**, no se observan diferencias significativas, aunque la cobertura entre los adultos mayores varones es levemente superior a la de las mujeres: el 89,8 % y el 87,0 % respectivamente, según datos elaborados a partir de la Encuesta Continua de Hogares 2020 del INE.

De acuerdo con el informe del Instituto Nacional de Personas Mayores, el 10,0 % de la población no entra en ningún esquema de jubilación, pensión ni asistencia a la vejez: se

trata de quienes no han participado formalmente del mercado laboral ni cumplen con los requisitos de acceso a la jubilación o para percibir una pensión o asistencia a la vejez. Son personas que no experimentan carencias ni pobreza extrema o forman parte de un hogar que cuenta con los medios necesarios para satisfacer las necesidades de sus miembros.

Lo anterior adquiere sentido si se relaciona con la incidencia de la **pobreza y la indigencia** en la población mayor y, en específico, entre las personas adultas mayores de los entornos rurales. Así, según informa el Instituto con base en la Encuesta Continua de Hogares de 2020, la incidencia de la pobreza alcanza un punto porcentual si consideramos el entorno rural ampliado y es aún menor si solo

se considera la población mayor en áreas rurales dispersas (el 1,3 % y el 0,6 %). Si se compara el alcance que tiene esta condición según el género, resulta que son las mujeres las que presentan, aunque levemente, una proporción superior: el 1,6 % de mujeres mayores residentes en áreas rurales ampliadas está en situación pobreza y un 0,96 % si solo se considera a las mujeres residentes de zonas rurales dispersas. Mientras que, entre los varones, la pobreza en entornos rurales ampliados afecta al 0,90 % y en los entornos rurales dispersos, al 0,26 %. Asimismo, en Uruguay, la incidencia de las condiciones de indigencia resulta estadísticamente poco significativa, aunque tiene un mayor registro en los entornos rurales dispersos que en los ampliados (el 0,02 % y el 0,06 % respectivamente).



Principales rasgos de la cobertura en Uruguay

- Cobertura previsional casi universal. El 88,5 % de la población adulta mayor de las zonas rurales percibe algún tipo de jubilación o pensión.
- Entre las pensiones no contributivas se distinguen: la asistencia a la vejez del Ministerio de Desarrollo Social (prestación económica no contributiva para personas entre 65 y 69 en situación de vulnerabilidad social) y la pensión por vejez gestionada por el Banco de Previsión Social (BPS) (para las personas en situación de vulnerabilidad de 70 y más años que no cuentan con los requisitos para acceder a la jubilación contributiva).
- No se observan diferencias significativas respecto a la cobertura según género el 89,8 % para los varones y el 87,0 % para las mujeres.
- Tampoco existen diferencias respecto al ingreso percibido en cada beneficio. Tanto la asistencia como la pensión a la vejez presentan montos equivalentes a la pensión o jubilación mínima (equivalente a 291 usd).
- El 10,0 % carece de un sistema de jubilación, pensión o asistencia a la vejez: es la población que no participó formalmente del mercado laboral y no cumple con los requisitos de acceso. Son personas que no experimentan carencias ni pobreza extrema o forman parte de un hogar que cuenta con los medios necesarios.
- La incidencia de la pobreza alcanza un punto porcentual si consideramos el entorno rural ampliado y es aún menor si solo se considera la población mayor en áreas rurales dispersas (el 1,3 % y el 0,6 %).
- El 1,6 % de mujeres adultas mayores en áreas rurales ampliadas está en situación de pobreza, y un 0,96 % de residentes de zonas rurales dispersas. Entre los varones, la pobreza en entornos rurales ampliados es 0,90 % y en zonas rurales dispersas 0,26 %.

2.1.10. A modo de síntesis

Analizar los medios a partir de los cuales las personas adultas mayores perciben ingresos sugiere revisar la forma en la cual se estructura el sistema previsional en cada país y, sobre todo, las estrategias que se instrumentan para atender las necesidades de quienes carecen de estos sistemas.

Conforme a lo anterior, y sin profundizar en las diferencias sobre las cuales se consolida cada uno de los sistemas (aportes previsionales

contributivos, no contributivos, capitalización, solidario, entre otros), se señalan los principales aspectos que hacen viable el alcance de las coberturas, así como la incidencia de la pobreza e indigencia.

Respecto del **alcance de los distintos sistemas**, son España, Uruguay, Argentina y Chile los países que presentan las mayores proporciones de población adulta mayor que percibe una jubilación o pensión. En el caso de **España**²⁶, esta protección alcanza casi a la totalidad, el 95,0 % y, en **Uruguay**, al 88,5 % de la población

²⁶ En el caso español las pensiones de jubilación (6 millones) son las más frecuentes, seguidas por 2.4 millones de pensiones de viudedad. Por otro lado, tomando en consideración el tipo de régimen, la mayor parte de las pensiones del sistema de Seguridad Social corresponde al régimen general (7 millones). En ese sentido, casi la totalidad de las personas mayores españolas recibe alguna prestación económica del sistema público de pensiones (sea de forma directa o por medio de la pensión del/la cónyuge). (Pérez Díaz, Abellán García, Aceituno Nieto y Ramiro Fariñas, 2020).

adulto mayor que reside en entornos rurales. Por su parte, en **Chile** el 61,1 % de la población mayor rural accede a una pensión o jubilación. Estos niveles ampliamente extendidos de participación de la población rural se obtienen tanto como consecuencia de los aportes realizados durante la vida laboral como por medio de políticas públicas o programas del Estado. En el caso de **Argentina**, si bien no hay datos específicos de la cobertura en las zonas rurales, se trata de uno de los países que registra las tasas más altas de cobertura previsional de la región iberoamericana, como resultado de las políticas que se implementaron a partir del año 2008, tales como las moratorias y la jubilación para amas de casa.

En cuanto a las razones que explican la existencia de una proporción de la población mayor que no obtiene ingresos por medio de una jubilación o pensión (el 10,0 % en Uruguay y Argentina y cerca del 40,0 % en Chile), se observa que, en el caso de **Chile**, las principales razones implican la permanencia en el mercado laboral o el desconocimiento y desinformación en cuanto al derecho y el acceso a la jubilación o pensión.

También en **Argentina** la inserción laboral informal y la permanencia en el sistema productivo bajo las mismas condiciones explica, en parte, la inexistencia de ingresos por medio de una jubilación o pensión. En efecto, según los

datos de la Encuesta de Condiciones de Empleo, Trabajo y Seguridad Social (ECETSS, 2018), el 58,0 % del sector laboral independiente y el sector patronal de 60 y más años, y el 37,0 % del sector laboral asalariado y domésticos del mismo rango etario se insertan de manera informal en el mercado. Datos de la misma encuesta permiten entender que una proporción de personas adultas mayores, en edad de retiro, percibe una jubilación o pensión, pero permanece activa en el mercado de trabajo ya que sus ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades cotidianas.

En **Uruguay**, por su parte, se refiere como razón de no participación en el sistema a la existencia de condiciones que hacen que la persona no necesite o no requiera, para su subsistencia, del ingreso de una jubilación, pensión u otro beneficio previsional.

En el resto de los países, con excepción de **Brasil** y **México** donde no se especifican datos respecto del alcance de las jubilaciones o pensiones, la situación es sustancialmente distinta de lo mencionado para **Uruguay** y **Chile**. En efecto, tal como se expresa en **Paraguay** y en **República Dominicana**, es mayor el porcentaje de la población adulta mayor que carece de una jubilación o pensión.

En el caso de **Paraguay**, del total de la población de personas mayores solo el 11,8 % percibe

jubilación, proporción que desciende de forma considerable si se focaliza en las personas mayores de las zonas rurales. En este entorno, solo el 3,1 % tiene jubilación o pensión. El resto, más del 96,0 % de la población adulta mayor de las zonas rurales, resuelve o atiende sus necesidades por medio de la asistencia de sus redes de contención o con la ayuda de programas sociales enfocados en población vulnerable.

En el caso de **República Dominicana**, la densidad de las jubilaciones y pensiones es aún menor. Solo el 2,0 % de la población rural percibe ingresos de este tipo. Y, tal como se señaló en el caso de **Chile**, la baja participación se asocia, entre otras razones, al desconocimiento de las personas mayores respecto de sus derechos y de la posibilidad de acceder a una jubilación o pensión.

En los países donde la participación de la población rural en los sistemas de jubilación o pensión no es tan extendida, se destacan los impactos positivos que tuvieron las diferentes políticas, programas y acciones destinados a atender las necesidades de la población adulta mayor rural, tales como el Beneficio de Prestación Continuada BPC en **Brasil**, el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores en **México** y el PROVEE y el programa TE-AMA en **República Dominicana**, la Pensión para el Adulto Mayor y las iniciativas en torno a la agricultura familiar en **Paraguay**.

En muchos casos, las estrategias mencionadas —jubilación, pensión, participación en programas sociales o la permanencia en el mercado de trabajo— no son suficientes para evitar que las personas adultas mayores experimenten condiciones de vulnerabilidad o pobreza. **México, Paraguay y Argentina** presentan los mayores porcentajes de población adulta mayor (el 36,1 %, el 19,7 % y el 15,4 % respectivamente) en condiciones de pobreza.

En cuanto a la población adulta mayor que reside en el área rural, **México y Paraguay** son los países donde se profundiza en mayor medida la situación de pobreza (**Brasil** es el siguiente país con esta condición), los datos son los siguientes:

- a) México: casi seis de cada diez personas mayores son pobres.
- b) Paraguay: el 27,2 % de las personas mayores atraviesan condiciones de pobreza, en mayor medida, los varones.
- c) Brasil: el 7,5 % de las personas mayores presentan esta condición, en los contextos rurales, la situación se agrava y alcanza el 18,2 %.

En el caso de **Chile**, el 10,7 % de las personas adultas mayores de las áreas rurales experimentan condiciones de pobreza, similar al caso de **España**, donde el 10,0 % de las personas adultas mayores de las zonas rurales son pobres, en mayor medida las mujeres (el 12,0 %).

Por último, **Uruguay** presenta las condiciones de pobreza o indigencia más bajas. La incidencia es poco significativa, con porcentajes cercanos al 1,0 % del total de la población mayor rural: el 1,6 % de las personas adultas mayores residentes en entornos rurales ampliados registra condiciones de pobreza y la indigencia afecta al 0,9 % de este grupo.

Por lo tanto, si bien la pobreza asume particularidades dentro de cada uno de los países de la región, en general puede decirse que en la población adulta mayor esta condición alcanza en mayor medida a los entornos rurales y afecta más a las mujeres que a sus pares varones. Es por esto que adquiere especial importancia diseñar e implementar acciones y políticas públicas con el objetivo de mejorar el alcance de los sistemas previsionales en los países de la región y garantizar la seguridad económica de las personas adultas mayores, además, debe considerar reducir la pobreza y disminuir las brechas existentes en relación con el género y el área de residencia (urbano/rural).

2.2. Acceso a la salud de las personas adultas mayores

2.2.1. Introducción

La salud es uno de los tres pilares de la **protección social** que se abordan en este informe. De acuerdo con la OMS (2020a), la salud refiere al

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de afecciones o enfermedades. Entre el completo bienestar y la ausencia de enfermedades, se introduce la idea de gradualidad a través de la noción de “grado máximo” de salud como finalidad deseada. Los gobiernos son los responsables de garantizar el acceso a la salud de sus poblaciones para lo que disponen de medidas sanitarias y sociales. Como en otros campos de política pública, la perspectiva de derechos humanos se instituye en prácticas, discursos y el plano normativo de la salud como bien público y área de actuación del Estado. En relación con la salud pública de las personas adultas mayores, el marco normativo se configura en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento aprobado por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas (ONU, 2002).

El plan responde a los retos que plantea el envejecimiento en el siglo XXI como consecuencia del incremento de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN, véase el capítulo 1 de este informe), se enfoca en especial en la salud y el bienestar en la vejez como uno de sus tres ejes, y busca reorientar: la manera en que las sociedades perciben a las personas adultas mayores, cómo se relacionan con ellas y las atienden, y vincula las cuestiones del envejecimiento con otros marcos del desarrollo social y económico y de los derechos humanos.

La introducción al plan explicita que las cuestiones relativas a los derechos humanos de las personas adultas mayores se abordaron en 1991 en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, en ellos se definían orientaciones en materia de independencia, participación, cuidados, realización personal y dignidad.

En sintonía con este marco, un concepto de **salud integral** implica, de acuerdo con Pochtar y Pszemirower (2011) que la salud y el bienestar no pueden concebirse aislados de lo cultural, lo económico, lo ambiental y el género, entre otros factores. Por ello, la perspectiva de género está presente en la Declaración Política de la asamblea mundial sobre el envejecimiento de 2002, instando a los países a incluirla en las diferentes líneas de acción de los Estados.

La cuestión **intercultural**, sin embargo, no encuentra gran desarrollo en el plan de Madrid. Este eje se menciona solo una vez en el inciso k en el que se insta a reconocer “la situación de las personas de edad pertenecientes a poblaciones indígenas, sus circunstancias singulares y la necesidad de encontrar medios de que tengan una voz eficaz en las decisiones que les afectan directamente” (ONU, 2002: 12).

El apartado de salud del plan se estructura en recomendaciones para la adopción de medi-

das en seis factores de análisis que incluyen, en total, trece objetivos que, a su vez, contemplan diversas acciones. Los factores —“cuestiones” en el lenguaje del plan— comprenden: el fomento de la salud y bienestar durante toda la vida; el acceso universal y equitativo a los servicios de salud: el VIH/sida en las personas adultas mayores; la capacitación al personal del sector salud; la salud mental y la discapacidad.

El continente americano, por su parte, cuenta con la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** (OEA, 2015) que refiere al derecho a la salud al margen del reconocimiento jurídico de cada país. Esta convención establece el derecho a la salud física y mental e insta a brindar servicios de salud integrales incluyendo la promoción, prevención y atención de la salud, así como la rehabilitación y cuidados paliativos con el objeto de “propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social” (OEA, 2015: 11). Para ello, se proponen medidas como: atención preferencial; acceso universal a la salud integral que recupere la medicina tradicional, alternativa y complementaria; implementación de políticas sobre salud sexual y reproductiva; la formación; el acceso a servicios de salud para las “personas mayores con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual”; la mejora del es-

tado nutricional; el desarrollo para servicios que atiendan las enfermedades que generan dependencias; la mejora de la atención en los servicios sanitarios; la promoción de servicios de cuidados paliativos accesibles; el acceso a medicamentos esenciales y a la información en expedientes personales, y la promoción y garantía progresiva del acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado (art. 20).

La convención de la OEA de 2015 refiere también a los derechos de las personas adultas mayores que reciben servicios de cuidados a largo plazo, como se verá en el apartado de servicios sociales en este informe, y a brindar el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. Así, reconoce el derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión, y reserva a la persona mayor la posibilidad de expresar de forma anticipada su voluntad ante la enfermedad y la inminencia de la muerte (art. 11).

En la región iberoamericana existen realidades diversas en materia de acceso a la salud, en relación con los diferentes niveles de desa-

rollo socioeconómico y cultural y los recursos económicos y de toda índole efectivamente asignados a la atención de la salud, en general y en particular de las personas mayores. A continuación, se describe de modo sintético la forma en que se organiza el sistema de salud en los ocho países comprendidos en este informe y se identifican las principales políticas, programas y líneas de acción con perspectiva de género e intercultural, así como su alcance a la población mayor que vive en zonas rurales.

2.2.2. Argentina

En Argentina la **política de salud** está a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. Entre sus funciones se encuentran la implementación de políticas y programas de acuerdo con el programa de gobierno establecido por el Poder Ejecutivo Nacional; la planificación del sistema de salud; la coordinación con las instituciones homólogas en las provincias atendiendo al carácter federal del país; las tareas de controlaría de los servicios de salud; la eliminación de los obstáculos que impiden el acceso al sistema de salud para la población; la promoción de conductas saludables de la comunidad; la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud; la regulación de los planes de cobertura básica de salud, y la reducción de desigualdades en las condiciones de salud de la población, entre otras. En cuanto a la consideración

de la interculturalidad, la misión, visión y objetivos definidos para el ministerio contemplan el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud orientados a proteger a las comunidades aborígenes (Ministerio de Salud de la Nación, 2021a).

El **sistema de salud** se organiza en torno a tres grandes grupos: la salud pública; el seguro social (sistema de obras sociales); y las empresas de medicina privada, que dependen de la contratación individual. Las obras sociales, a diferencia de la salud pública que no presenta requisitos para el acceso y de la medicina privada que exige un pago mensual, brindan servicios de salud a las personas que trabajan en relación de dependencia y a sus familias, mediante el aporte del 3,0 % de los salarios por parte de la persona que trabaja y del 6,0 % por parte de la persona o empresa empleadora (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2021). Las personas que trabajan de forma independiente realizan aportes a obras sociales o directamente al sistema de empresas de la “medicina prepaga²⁷”.

El acceso a la salud se estructura en tres niveles que comprenden: la atención primaria de la salud; el nivel secundario que incluye la atención especializada y ambulatoria; y un tercer nivel en el que se atienden hospitalizaciones con intervenciones de mayor complejidad. El

país consagra el derecho universal a la salud, por lo que toda la población puede acceder de manera libre y gratuita al servicio.

Respecto de la cobertura de salud de la población mayor, de acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares (4° trimestre 2020), se observa que el 7,4 % tiene cobertura de salud pública, es decir, no cuenta con servicio de obra social o atención médica prepaga. Esto afecta principalmente a los varones de edad, con el 10,9 % *versus* el 4,9 % de sus pares mujeres. Entre quienes tienen cobertura privada o semiprivada, la gran mayoría accede a la salud a través de las obras sociales (el 84,3 %), el 3,2 % accede a través del sistema privado, el 4,6 % tiene más de una cobertura y el 0,4 % tiene algún seguro o plan público (INDEC, 2020).

Entre las obras sociales se destaca el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral), que abarca a 4 935 778 personas afiliadas. El 90,0 % de quienes son atendidos por el instituto tienen más de 60 años, con lo que el PAMI alcanza al 60,0 % de la población mayor del país (INDEC, 2020). El resto de las personas mayores de este subgrupo acceden a la atención médica a través de obras sociales especiales (docentes, militares, jueces, etc.). Cabe señalar que existen

²⁷ Ley 26.682: Marco Regulatorio de Medicina Prepaga de Argentina. Enlace: Ley

obras sociales asociadas a las diferentes ramas de la actividad como el comercio, la construcción y el sector bancario, entre otras.

La envergadura del PAMI lo transforma en un actor estratégico en la política sociosanitaria del país orientada a las personas mayores. Este organismo ofrece a la población afiliada diversas prestaciones médicas, pero también sociales. Entre ellas se destaca la cobertura gratuita para una amplia gama de principios activos, que alcanza al 100,0 % del costo de la mayoría de los medicamentos más utilizados por las personas mayores. Esta política es implementada desde marzo de 2020 y se sustenta en una concepción que considera a los medicamentos como un bien social. El programa alcanza a nueve de cada diez personas afiliadas, que reciben al menos un medicamento de manera gratuita. Por otro lado, la cobertura de medicamentos especiales (oncológicos, VIH, insulinas, entre otros) también alcanza al 100,0 % y con descuentos entre el 50,0 % y el 80,0 %. Si una persona afiliada no está en condiciones de afrontar el gasto de alguno de los medicamentos que presenta un descuento del 50,0 % al 80,0 %, PAMI ofrece una vía de subsidio social que cubre el costo total.

En relación con la cobertura de salud de las personas mayores que viven en ámbitos rurales, no hay información estadística disponible. Sin

embargo, como aproximación en relación con el acceso a la salud se puede mencionar la falta de recursos sanitarios y equipamientos y la imposibilidad de realizar tratamientos de complejidad y especialización que exigen el desplazamiento obligatorio de las poblaciones rurales hacia la ciudad, tal como lo muestra el estudio realizado por Pizarro (2006) en zonas rurales de la ciudad de Bahía Blanca y que se toma como referencia dada la ausencia de información estadística así como de otros estudios de campo de mayor alcance o representatividad geográfica²⁸.

Por otra parte, el trabajo de Bagnuolo y Pizarro (2010) analiza los modos en que la distribución espacial se relaciona con problemáticas de malnutrición que afectan a las personas mayores en los entornos rurales y zonas periféricas de la ciudad de Bahía Blanca. Según las autoras el creciente proceso de envejecimiento poblacional comienza a evidenciar algunas problemáticas derivadas de los estilos de vida, que dan como resultado: vulnerabilidades en el plano nutricional; la polimedición; dificultades en la absorción de nutrientes, masticación y deglución, que se agravan en condiciones de aislamiento y limitación en la obtención de los alimentos necesarios.

Sobre este último punto, las autoras señalan que, tanto las discapacidades físicas como la

²⁸ Ciudad de 285.000 habitantes, según el Censo Nacional 2010, situada al sur de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

distribución socioespacial (la ubicación de las personas y la oferta de servicios) conspiran contra el acceso a una alimentación adecuada. Esto da por resultado una desnutrición en las personas mayores que eventualmente conduce a la hospitalización e institucionalización; servicios que, además, se concentran en su mayoría en zonas urbanas.

En relación con la **interseccionalidad** de perspectivas, en el país existen diversas áreas que implementan acciones con perspectiva de género, diversidad sexual e intercultural. Además del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, con coordinaciones que incluyen y atraviesan temáticas como la salud, comunidades indígenas y migraciones mediante la capacitación y la promoción de derechos, existen, en ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, áreas y direcciones específicas que llevan adelante programas con perspectiva de género y diversidad sexual, entre ellas la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), hepatitis virales y tuberculosis, y el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. El objetivo de este último es mejorar la cobertura y el acceso al sistema de salud de las comunidades indígenas del país con perspectiva intercultural.

Por su parte, la dirección ejecutiva actual del PAMI, que entró en vigor en 2019, creó por primera vez una estructura específica dedicada a la temática de género y diversidad: la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados, de la cual depende la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias. Esta tiene como tarea principal transversalizar la perspectiva de género y la diversidad sexual en el organismo y entre las personas afiliadas.

2.2.3. Brasil

En Brasil el *Ministério da Saúde* (Ministerio de Salud) es el organismo responsable de organizar y elaborar planes y políticas públicas para promover, prevenir y ayudar a la salud de la población. Las funciones principales del ministerio implican: brindar las condiciones para la protección y la recuperación de la salud de la población; reducir las enfermedades; controlar las enfermedades endémicas y parasitarias y mejorar la vigilancia de la salud para mejorar la calidad de vida de la población²⁹ (*Ministério da Saúde*, 2021, cfr. Párr. 1).

Asimismo, tiene como misión la **promoción de la salud y el bienestar** de la población mediante la formulación e implementación de políticas públicas de salud basadas en la uni-

²⁹ Traducción propia del portugués: “dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro”.

versalidad, integralidad y equidad, bajo principios de innovación, compromiso, empatía, transparencia, ética, eficiencia y efectividad, así como sinergia y sostenibilidad (*Ministério da Saúde*, 2021).

En este marco, el *Sistema Único da Saúde* o Sistema Único de Salud (sus) se divide en el sistema público y el sistema privado. El primero es el más extendido y, en 2008, cubría al 75,0 % de la población (Becerril Montekio, Medina y Aquino, 2011). Este sistema garantiza el acceso a la salud integral, universal y gratuita.

El sistema privado, por su parte, atiende a la población restante a través del Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) por medio de obras sociales privadas. Solo un cuarto de la población accede a la salud mediante la oferta privada. Esto se relaciona con el costo del servicio según la edad de quien lo demanda, es decir, existen aspectos que condicionan la admisión e impactan en el costo del plan. Dado que la edad es una variable que restringe el acceso al sistema privado, las personas mayores que residen tanto en áreas urbanas como rurales se encuentran mayormente dentro del sus.

El sistema público intenta ofrecer los mismos servicios en áreas urbanas y rurales. Sin embargo, dadas las distancias y la población en ambas áreas, no siempre es posible cumplir este propósito, por lo que el sus se extiende a

través de las Unidades Básicas de Salud (UPAS) que ofrecen atención básica, inmediata y de emergencia, así como el Programa Salud de Familia que cuenta con equipos médicos que atienden enfermedades crónicas también en el área rural.

En relación con el acceso al servicio de salud de las personas mayores de zonas rurales, el trabajo de Wincler, Bouffleur, Ferreti y De Sa (2016) indica que las personas adultas mayores que residen en las áreas urbanas presentan una mayor regularidad en el uso y el acceso a los servicios de salud (en un 81,8 % frente a sus pares de zonas rurales (73,4 %). Entre las dificultades, señalan la distancia, y la disponibilidad, frecuencia y horarios del transporte público. Los autores destacan además el nivel educativo como un factor determinante, tanto en el acceso como en la adecuación a la atención brindada.

Desde una perspectiva **intercultural**, Wincler, Bouffleur, Ferreti y De Sa (2016) subrayan la relevancia de considerar que las personas adultas mayores —en especial quienes habitan en entornos rurales— vivieron en épocas diferentes y con las tradiciones de su región, rasgo que se debe tomar en cuenta al momento de promover en estos grupos la adquisición de hábitos alimenticios saludables o de actividad física, lo que es de gran importancia si se considera la incidencia de la diabetes, la hiper-

tensión y otras enfermedades asociadas a los hábitos de vida. En este sentido, los autores plantean que las políticas deben dirigirse a la educación en salud, a facilitar la autonomía y la calidad de vida en las personas mayores.

Respecto de las comunidades indígenas, en ámbito del *Ministério de Saúde* existe la *Secretaría Especial de Saúde Indígena*, responsable de la ejecución de la política sanitaria nacional de los pueblos indígenas, que atiende a más de 755 000 personas. La política asume la perspectiva intercultural como uno de sus lineamientos.

En relación con el entrecruzamiento del acceso a la salud desde una perspectiva de género, el Programa *Mulher Segura e Protegida*, dependiente del *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*, lleva adelante las acciones para prevenir y erradicar la violencia hacia las mujeres.

2.2.4. Chile

En Chile, el Ministerio de Salud rige la **política de salud**, su misión es construir un modelo sanitario sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, estimulando la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad

y cobertura financiera (Ministerio de Salud, 2021a: cfr. Párr. 1).

Asimismo, se encarga de la rectoría sobre el sector salud; el dictado de normas de prevención y promoción de la salud; la protección de las personas que transitan enfermedades; la producción de información estadística, y de garantizar la coordinación de las redes de asistencia, entre otras.

El **sistema de salud** chileno está compuesto por un esquema mixto de atención integrado por el seguro público denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y por el sistema privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Una particularidad de este país es que la población económicamente activa aporta obligatoriamente el 7,0 % de los ingresos gravables y se puede elegir derivar este aporte al FONASA o al ISAPRE, sin embargo, para el sector laboral independiente la contribución es voluntaria (Becerril Montekio, Reyes y Manuel, 2011; Goic G, 2015).

El seguro público FONASA está segmentado en cuatro grupos de acuerdo con los ingresos económicos. Para las calificaciones A o B, se accede de manera gratuita a hospitales y consultorios públicos; el grupo A comprende a las personas sin recursos y que reciben el subsidio único familiar, mientras que el grupo B incluye a personas cuyo ingreso imponible mensual es

menor o igual a 276 000 CLP, lo que equivale a 339 USD³⁰, y a las personas beneficiarias de Pensiones Básicas Solidarias. En el grupo C califican quienes tienen un ingreso imponible mensual mayor a 276 001 CLP (339 USD) y menor o igual a 402 960 CLP (495 USD mensuales), por lo que pagan el 10,0 % del arancel en hospitales públicos. Finalmente, el grupo D abarca a quienes tienen un ingreso imponible mensual mayor a 402 961 CLP (495 USD), y pagan el 20,0% del arancel en hospitales públicos (S.S.C.L., 2021).

La **cobertura del servicio de salud** se organiza en cuatro Garantías Explícitas en Salud (GES) que comprenden: el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad. Las GES son exigibles por ley, independientemente de la pertenencia al sistema público o privado, para las personas afiliadas al FONASA y a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Este esquema de garantías aplica a 85 tipos de patologías y problemas de salud establecidos por Decreto N.º 3/2016, entre ellos la diabetes mellitus, artritis reumatoide, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, endoprótesis total de cadera en personas de 65 y más años, etc. De esta forma las ISAPRES y el FONASA aseguran la cobertura de salud (S.S.C.L., s.f.).

En cuanto al alcance de la cobertura de las garantías de salud GES, se registraron 631 965

casos de los cuales el 95,0 % corresponde a usuarios del FONASA y el 5,0 % restante a usuarios de las instituciones de salud ISAPRE (S.S.C.L., 2021).

El acceso a la salud de la población en general se da a través del sistema público, debido a la accesibilidad monetaria y a su presencia en todo el territorio. El acceso al sistema privado, por su parte, no solo depende de la posibilidad de ser costado por el usuario, sino también de su presencia territorial, que es escasa en zonas rurales.

En este contexto, la organización de los servicios de salud se segmenta en tres estratos dependiendo del nivel de complejidad. En el nivel uno se encuentran los hospitales de alta complejidad, mientras que en el nivel dos se ubican los hospitales generales y, en el nivel tres, los centros de atención primaria, es decir, los Centros de Atención Familiar (CESFAM) o Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAR).

Si bien existen dispositivos en todo el territorio, el tipo de efector (centro sanitario) del cual se dispone está vinculado con la zona de residencia; a medida que se toma distancia de los centros urbanos, disminuye el nivel de complejidad del dispositivo más próximo disponible. Es decir, que

³⁰ Según cotización promedio para el mes de octubre 2020. Banco Central de Chile <https://www.bcentral.cl/web/banco-central/paridades-tipos-de-cambio-excel>

en las zonas rurales, se prestan servicios bajo la modalidad de los CESFAM y, en caso de requerirse otro tipo de atención, las personas deben trasladarse a las ciudades o a la capital regional, donde se ubican los servicios de alta complejidad, tanto los públicos como los privados.

En Chile existe el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, que transversaliza la **perspectiva de género** e implementa programas. Entre sus acciones, el ministerio elabora políticas públicas que respondan a la diversidad de mujeres que habita el país; las que son madres y las que no lo son; las que trabajan y perciben una remuneración fuera del hogar y las que se emplean en casa; aquellas que pertenecen a los pueblos originarios; rurales y urbanas; de la diversidad sexual y de las distintas edades y etapas de la vida (SERNAMEG, 2021, cfr. Párr. 6). Dentro de la oferta programática del SERNAMEG se destacan los talleres destinados a mujeres a partir de los 50 años, en los que se trabajan ejes como la maternidad y la sexualidad desde una perspectiva de empoderamiento y autonomía (SERNAMEG, 2021).

Al contemplar la violencia por razones de género como una cuestión de salud, cabe mencionar que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ha realizado informes estadísticos con perspectiva de género y estudios relacionados a los roles de cuidado. En la misma temática, el organismo también ha participado

en el diseño e implementación del Plan Nacional de Violencia contra las Mujeres (2014-2018) (SENAMA, 2021d).

En cuanto al enfoque de **interculturalidad**, se prevé su incorporación en los programas de salud (Ministerio de Salud, 2021b). En esta sintonía, el Ministerio de Salud cuenta con un Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad, cuyo objetivo es implementar acciones que permitan eliminar las desigualdades en el acceso a la salud de los pueblos indígenas, en el marco del respeto de sus derechos y garantizando su participación. A su vez tiene entre sus tareas la transversalización del enfoque intercultural en las Secretarías Regionales del Ministerio (SEREMI) (Ministerio de Salud, 2021c).

2.2.5. España

La Constitución de 1978 en su artículo 43 establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todas las personas y el ejercicio de este derecho se regula por la Ley General de Sanidad 14/1986 y se concreta en: a) Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso; b) Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos; c) Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas; d) Prestación de una atención integral de la salud procurando altos

niveles de calidad debidamente evaluados y controlados; y e) Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud³¹.

Por su parte, el Sistema Nacional de Sanidad (SNS) español se creó en 1986 mediante la Ley General de Sanidad, con el fin de unificar los diversos subsistemas entonces existentes y regular las acciones para garantizar el derecho a la salud de la población. El SNS tiene entre sus principios la universalidad, la gratuidad y la financiación pública. De acuerdo con los datos del Sistema de Información del SNS, el sistema abarca a 47 millones de personas, de las cuales el 19,0 % son personas mayores de 65 años (Ministerio de Sanidad, s.f.). Sin embargo, su alcance se ve limitado en las zonas rurales, donde los habitantes de las zonas más despobladas encuentran dificultades para acceder a servicios básicos producto de la falta de infraestructuras, las condiciones climáticas, la complicada orografía montañosa (que convierten a estas zonas en precarias vías de comunicación), sumado a las distancias que hay entre un Punto de Atención Continuada (PAC) de un determinado municipio con el resto de los municipios dependientes de ese PAC (Carazo Sánchez, 2021).

El organismo rector del SNS es el Ministerio de Sanidad, al cual, de acuerdo con el artículo 1

del Real Decreto 735/2020 le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a la población el derecho a la protección de la salud.

Las aportaciones de las personas trabajadoras, obligadas a cotizar al sistema de salud público español, financian el SNS. El acceso al sistema se realiza a través de la seguridad social mediante la asignación de un profesional de la salud de cabecera y un centro de salud cercano al domicilio de la persona. En caso de requerir atención especializada, el profesional de la salud de Atención Primaria es quien deriva a la persona a las especialidades médicas.

El sistema ofrece un conjunto de servicios que incluye acciones de prevención, diagnóstico, rehabilitación, promoción y mantenimiento de la salud. Presenta una "cartera común básica" que brinda prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios o sociosanitarios, así como transporte sanitario de emergencia. Incluye también una "cartera común suplementaria" que añade prestaciones farmacéuticas, ortoprotésica, de productos dietéticos y transporte sanitario no urgente y una "cartera común de servicios

³¹ <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>

accesorios” que brinda servicios y ayudas no esenciales para el tratamiento de enfermedades crónicas. Cabe señalar que la atención dental exceptúa tratamientos de ortodoncia, reparaciones de la dentición temporal, exodoncias de piezas sanas, tratamientos con fines meramente estéticos, implantes dentarios, pruebas complementarias no contempladas en la financiación del SNS.

Al igual que ocurre con los países antes analizados en este informe, en España el sistema de salud está descentralizado. Por lo tanto, la coordinación de las políticas a nivel nacional y de las comunidades autónomas procede a través el Consejo Interterritorial del SNS. La provisión de los servicios de salud depende de cada comunidad autónoma mediante su Consejería de Sanidad y su propio servicio de salud.

El servicio de salud se organiza en dos niveles: la atención primaria, cuyo objetivo es brindar servicios básicos mediante los centros de salud que cuentan con equipos multidisciplinares, y la atención de mayor complejidad, para la cual existen los dispositivos de atención especializada (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

De modo similar a los otros países de este informe, la forma en que se estructura el sistema, la infraestructura y la complejidad del servicio que se brinda dependen del tamaño de la po-

blación. En las localidades o pueblos con menos de 2 000 habitantes existen consultorios locales que proveen servicios sanitarios básicos. No obstante, cuando las personas requieren atención de alta complejidad deben trasladarse a los centros urbanos más cercanos.

El SNS español es uno de los más robustos que constan en este informe. De acuerdo con la información disponible en el sitio web Sanidad en datos, el país cuenta con 3 000 centros de salud, 10 000 consultorios, 3 000 ambulancias, 467 hospitales, 158 000 profesionales de la medicina, 198 000 elementos del personal de enfermería y más de 330 000 profesionales no médicos extendidos a lo largo del país. La fortaleza del SNS radica a su vez en el elevado gasto sanitario que representa, el 9,3 % del PIB (Ministerio de Sanidad, 2022).

Estos datos, como destaca el “Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria”, reflejan que el SNS es uno de los logros de la democracia más valorados por la ciudadanía española y que se ha erigido como una poderosa herramienta facilitadora de la equidad y la cohesión en el país y que además promueve empleo público de calidad (Ministerio de Sanidad, 2019). Empero, también se señala que el presupuesto destinado a la Atención Primaria de Salud (APS) se mantiene estancado en valores inferiores al 15,0 % en relación con el gasto sanitario total, con un crecimiento anual siempre

inferior al de los hospitales en los años de mayor bonanza económica. Asimismo, la desigualdad se agrava en los años centrales de la crisis que inició en 2008 en los que el retroceso financiero se ha agrandado (Ministerio de Sanidad, 2019: 17). En ese sentido, la atención primaria rural era —incluso antes de la pandemia— la más afectada, donde el impacto de la crisis y las políticas de austeridad previas hacen necesaria la actualización de este nivel asistencial (Organización Médica Colegial de España, 2020).

Respecto de la **perspectiva de género** en las políticas de salud, en el país existe el Ministerio de la Igualdad que tiene a su cargo la implementación de políticas que promuevan la igualdad entre los géneros y a la eliminación de las violencias por razones de género (incluyendo la orientación sexual y la identidad de género), edad, así como otros ejes que atraviesan las identidades como la raza, etnia, religión, discapacidad, etc.

Por otro lado, el Instituto de las Mujeres, creado mediante la Ley 16 en 1983, es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de la Igualdad que tiene como objetivo la promoción de la libertad e igualdad real y efectiva entre los géneros, así como la participación plena de las mujeres en los distintos ámbitos de la vida social y la eliminación de formas de discriminación con base en el sexo. Entre sus funciones se encuentra la transversalización de la igualdad de trato y oportunidades entre los géneros. De esta

forma, se entrecruza el género con la salud y la pertenencia a comunidades rurales, tal como se puede verificar en la “Guía de Mujeres Mayores” que incluye a las mujeres mayores que viven en ámbitos rurales (Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2019). Cabe señalar que esta guía, como otros documentos, se encuentran disponibles en el Servicio del Centro de Documentación de acceso libre para el público, que cuenta con un vasto archivo.

En relación con la diversidad sexual, el ministerio incluye la Dirección General de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI, encargada de transversalizar la perspectiva de diversidad sexual entre diferentes departamentos ministeriales.

España cuenta con una sólida institucionalidad en la que se articulan las políticas de modo integral. Así, la población adulta mayor del país cuenta con un gran despliegue de acciones diseñadas con perspectiva de género y multicultural como se puede observar, por ejemplo, en el sitio web correspondiente al Ministerio de la Igualdad y del IMSERSO y de amplio alcance en entornos rurales, dado el alto grado de descentralización desarrollado en el país.

2.2.6. México

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se conforma por entidades de la Administración Pública Federal y Local, y por las

personas físicas o morales del sector social y privado, que presten servicios de salud. El organismo rector de la política nacional de **salud** y del SNS es la Secretaría de Salud que trabaja articuladamente con las 32 Secretarías Estatales de Salud (SES), las que definen sus propias políticas e instrumentan la oferta de servicios de salud. Estas secretarías estatales dan cuenta de la descentralización de la política de salud en México y tienen la facultad de establecer los criterios acerca del servicio de salud.

En el sistema se pueden establecer al menos dos distinciones principales: la primera refiere al modelo mixto de gestión del servicio, y la segunda remite a la forma en que se estructura internamente cada servicio. Así, en lo que hace a los servicios de salud públicos se identifican los relacionados con el trabajo, la seguridad social y el servicio de salud al que acceden quienes no cuentan con ningún tipo de seguridad social.

Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, PEMEX, Secretaría de la Defensa, SEDENA, Secretaría de Marina, SEMAR); los sistemas de salud para trabajadores/as del Estado de las entidades federativas, como el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEYM) y

los Institutos de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de los distintos estados (Sonora, ISSSTESON; Baja California, ISSSTECALI; Campeche ISSSTECAM; Tabasco, ISSSET) y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud SSA; Servicios Estatales de Salud SESA; Programa IMSS-Bienestar; Seguro Popular de Salud SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez-Dantés *et al.*, 2011).

Respecto de la cobertura, y de acuerdo con el artículo 4 de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, el sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. Según el artículo de Gómez-Dantés *et al.*, (2011), en el país hay tres distintos grupos de beneficiarios: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias; y la población con capacidad de pago.

El primer grupo, los trabajadores del sector formal de la economía, en actividad y jubilados, así como sus familias, son los beneficiarios

de las instituciones de seguridad social. Es en este segmento donde los servicios brindados por las instituciones de seguridad social tienen el mayor alcance. Así, “el IMSS cubre a más de 80,0 % de esta población y el ISSSTE da cobertura a otro 18,0 % de la población asegurada” (Gómez-Dantés *et al.*, 2011: 224). El segundo grupo de usuarios se corresponde con las personas que no cuentan con seguridad social ni tienen capacidad para acceder al servicio de manera privada y recurren, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la SSA, los SESA e IMSS-Bienestar. En el tercer grupo se encuentra la población con capacidad de pago que hace uso de los servicios del sector privado a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo (Gómez-Dantés *et al.*, 2011).

Si se estima el nivel de cobertura de la población mayor, con base en los datos del Censo de Población 2020, resulta que el 80,0 % cuenta con algún tipo de cobertura, mientras que el 20,0 % restante declaró no estar afiliado a ninguna³². Entre las personas mayores que cuentan con cobertura de salud, la distribución por tipo de servicio mantiene la línea mencionada por Gómez-Dantés *et al.*, (2011): se destaca la mayor participación de las instituciones del IMSS y del ISSSTE:

- 51,5 % Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

- 27,9 % Instituto de Salud para el Bienestar.
- 13,1 % Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- 2,1 % Institución privada.
- 1,9 % PEMEX, Defensa o Marina
- 1,4 % ISSSTE estatal
- 1,3 % Otra institución
- 0,9 % IMSS BIENESTAR

Al estimar la cobertura de las personas mayores en zonas rurales (en las localidades de menos de 2 500 habitantes), con base en datos del Censo de Población 2020, el 78,0 % cuenta con algún tipo de cobertura y el resto no tiene ninguna. El 65,3 % accede a los servicios mediante el Instituto de Salud para el Bienestar y el 23,4 % por medio del IMSS.

En cuanto a la infraestructura, el **Sistema Nacional de Salud** se organiza en tres niveles de servicios. Dentro de los servicios del primer nivel se ubican los centros de atención primaria-unidades médicas ambulatorias. En los servicios de segundo nivel se encuentran los hospitales generales y, en el tercer nivel, están los hospitales de alta complejidad (Dávila Torres, Rodríguez Díaz Ponce y Echeverría Zuno, 2021).

La ubicación de los dispositivos responde, además a la complejidad del servicio, al lugar

³² Dentro de este 20 % hay un 1 % que no especificó si estaba o no afiliado.

donde residen en mayor medida las personas beneficiarias. Así, los hospitales y recursos que los servicios brindan para atender la salud de la población trabajadora asalariada, jubilada y sus familias se ubican en los entornos urbanos.

En cuanto a la oferta privada, la cobertura de los servicios es limitada, puesto que son prestaciones muy onerosas. No obstante, existe una modalidad de atención médica más accesible que es la atención en consultorios disponibles en las farmacias, de esta hacen uso incluso quienes cuentan con servicios de la seguridad social.

Dadas las dificultades que supone atender las cuestiones de salud en los entornos rurales y en poblaciones vulnerables, el programa IMSS Bienestar busca disminuir los obstáculos en el acceso a la atención médica y la salud.

Es necesario señalar que en el país se encuentra en un proceso de transformación integral del sistema de salud ya que debido a la deficiencia el acceso es muy complejo para la población en general y, en específico, para los campesinos y habitantes de las zonas indígenas y rurales. Esta revisión del sistema está a cargo de la Secretaría de Salud, organismo responsable de la implementación y seguimiento del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS), derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, que establece los objetivos, las

estrategias y acciones que alcanza a las instituciones de la Administración Pública Federal para efectivizar el derecho al acceso a la salud (Diario Oficial de la Federación, 2020).

A partir de esta caracterización del SNS, se busca su reorganización con el fin de crear un “sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad” (2020: 4). En este sentido, el fortalecimiento del Instituto de Salud para el Bienestar tiene como objetivo “proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social” (INSABI, 2022).

Respecto al acceso a la salud desde una perspectiva interseccional, se propone con la reforma integral en curso del sistema de salud los siguientes objetivos “definir los requerimientos para la implementación de los programas en materia de salud, considerando la diversidad cultural de cada grupo de la población, con especial atención en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género” (2020: 16).

De este modo se propone en los diversos objetivos del Programa Sectorial de Salud un enfoque intercultural y de género, que aliente la participación comunitaria y que reconozca la medicina tradicional (DOF, 2020).

2.2.7 Paraguay

El organismo rector de las **políticas de salud** en Paraguay es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) cuya organización fue modificada recientemente por el decreto N.º 3577 del 2020. El Ministerio tiene como propósito garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud, con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2021, párr.1).

Existe una Dirección de Calidad, en órbita de la Dirección General de Gabinete del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y que dispone de la política nacional de calidad en salud 2017-2030, cuya finalidad es impulsar una atención sanitaria de excelencia centrada en las personas y sus necesidades.

Según la información del Instituto de Previsión Social, Paraguay adopta y organiza modelos de atención basados en redes integradas e integrales de servicios de salud, para garantizar la continuidad del cuidado a través del funcionamiento cooperativo e interdependiente. El despliegue de los servicios se encuadra en el marco del Plan Estratégico Institucional 2019-2023, mismo que se creó con base en la resolución N.º 667 del MSPyBS, y está regido

por los principios de universalidad, calidad y humanización en los servicios, eficiencia, responsabilidad, transparencia en la gestión, rendición de cuentas, integralidad, sostenibilidad y participación social.

En cuanto a la organización, como señalan Mancuello Alum y Cabral de Bejarano (2011) el sistema de salud de Paraguay comprende dos subsectores: el público y el privado. El primero está conformado por el MSPyBS, el Instituto de Previsión Social (IPS), las fuerzas de seguridad, personal de la Universidad Nacional de Asunción y de servicios asistenciales de las represas de Itaipú y Yacyretá. El segundo, el subsector privado de salud, está integrado por aseguradoras y prestadores privados que se concentran principalmente en la región central del país. Esto significa que tiene un alcance menor que el sistema público en las zonas rurales.

En relación con el acceso a los **servicios de salud** y de acuerdo con Mancuello Alum y Cabral de Bejarano (2011), el MSPyBS atiende alrededor del 65,0 % de la población total de Paraguay, en mayor medida la que se encuentra en situación de vulnerabilidad. El IPS tiene una cobertura del 15,0 % de la población el cual incluye a las personas trabajadoras asalariadas del sector privado, trabajadoras de las entidades descentralizadas, los docentes de los sectores público y privado, el sector laboral independiente y el sector de los trabajadores

domésticos. La Sanidad Policial y la Sanidad Militar atienden a policías y militares activos, pensionados y sus familiares dependientes (un 1,0 % de la población total). El resto de la ciudadanía queda en manos de la Universidad Nacional de Asunción, que cuenta con un hospital escuela que se financia con recursos del Presupuesto General de la Nación y cubre, sobre todo, a población no asegurada de escasos recursos. Las empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacypretá, ofrecen atención ambulatoria en sus instalaciones y un seguro médico a su personal de la función pública, activo o jubilado, y a sus familiares, además de programas de medicina preventiva y asistencia médica a la población que reside dentro de la zona en la que operan.

El sistema público de salud se organiza en cuatro niveles en función de la complejidad del servicio y la zona en que se ubican. Así, cuenta con: hospitales de alta complejidad ubicados en las cabeceras departamentales, hospitales distritales, hospitales de baja complejidad y dispensarios.

Pese a la normatividad, el **sistema de salud** enfrenta serias dificultades debido a la fragmentación, la falta de financiamiento y la exigua cobertura real. En virtud de este panorama, en los últimos años se ha iniciado la

discusión sobre la necesidad de una reforma del sistema de salud que revierta también el incremento de las enfermedades no transmisibles y los problemas de nutrición, materno infantiles y las enfermedades transmisibles actuales que aún no encuentran respuesta en el sistema (OCDE, 2018).

En este escenario, el 80,7 % de las personas adultas mayores que viven en entornos rurales y sin diferencias significativas por género, cuentan solo con los servicios de salud pública. La situación es similar para las familias que viven fuera del área metropolitana de Asunción ya que no cuentan con acceso a insumos sanitarios y médicos, al mismo tiempo que la variedad de las especialidades es limitada (Pena, 2020).

En línea con lo anterior, en la Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE)³³ se indica que el 31,2 % de las personas mayores utilizan servicios ambulatorios mediante el Instituto de Previsión Social (IPS). Dentro de este grupo, las mujeres son quienes más recurren a los servicios (el 32,8 % frente al 27,7 % de usuarios varones). El IPS proporciona atención a la salud a cerca del 18,3 % del total de la población, con una clara disparidad en el acceso según el lugar de residencia: el 23,9 % de

³³ "La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) recogió información de una muestra de 600 personas de 60 años y más, que reside habitual o permanentemente en viviendas particulares de las zonas de Asunción y el Departamento Central entre los meses de noviembre a diciembre del año 2017". (Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social, 2018: 6).

los usuarios vive en áreas urbanas y el 9,7 % en zonas rurales (Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social, 2018). Asimismo, las limitaciones que, en general, presentan las unidades de atención del sistema público (relacionadas con la falta de personal, equipamiento y suministros médicos) se profundizan en zonas rurales.

En relación con la **perspectiva de género**, cabe mencionar que Paraguay cuenta con un Ministerio de la Mujer cuyo objetivo es transversalizar la perspectiva de género. Es importante destacar la existencia de una línea específica para mujeres rurales cuyo propósito es:

Agrupar y difundir todas las acciones realizadas para reivindicar el trabajo de las mujeres rurales, quienes se encuentran en condiciones desventajosas por las dificultades y/o barreras existentes para el acceso a la tierra, al crédito, a los servicios de asistencia técnica y capacitación, a los servicios de salud, y de educación, así como a la participación ciudadana en condiciones de igualdad (Ministerio de la Mujer, 2021a, cfr. Párr. 3).

2.2.8. República Dominicana

La Constitución de la República Dominicana (2010) establece, en su artículo 61, que la salud integral es un derecho para las personas y que el Estado tiene el deber de:

Velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran (artículo 61).

La institución rectora de la **política de salud** es el Ministerio de Salud Pública, que tiene entre sus objetivos:

Garantizar el acceso equitativo a servicios integrales de salud con calidad, promoviendo la producción social de Salud, a través del ejercicio de la rectoría y funciones esenciales de la salud pública, para satisfacer las necesidades de la población, con énfasis en los grupos prioritarios (Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, s.f.).

El sistema se organiza en dos grandes subsistemas: por un lado, el subsistema de salud responsable de brindar los servicios de salud, y por otro, el subsistema de seguridad social, encargado de garantizar el acceso a dichas prestaciones. Así, el acceso a la salud resulta condicionado por la inserción en el mercado de trabajo y por la dificultad de acceder al sistema privado de sa-

lud, el cual surgió con la reforma del año 2001 (Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo, 2018). Esta realidad no parece condecirse con los principios que declara el Ministerio de Salud, concernientes a calidad, efectividad, responsabilidad, humanización y transparencia.

Asimismo, como señala el Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo (2018), existen serias dificultades en el acceso al derecho a la salud por parte de la población debido a la fuerte segmentación y fragmentación del sistema, la cual se expresa en la provisión de servicios de forma aislada y se traduce en serios problemas de atención primaria. Entre los inconvenientes que señala el observatorio se encuentran la excesiva especialización de los proveedores de servicios de salud, la escasez en las políticas de prevención y la alta mercantilización de la salud.

En la actualidad, en el ámbito del Ministerio de Salud, la División de Salud del Adulto Mayor tiene por propósito realizar los estudios de seguimiento y evaluación de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles y de los efectos de las intervenciones sobre estas patologías.

Por otro lado, para dar seguimiento a la salud de las personas mayores, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) cuenta con tres grandes líneas de acción que se relacionan con una línea de atención gerontológica, orienta-

da a los cuidados, a la atención geriátrica y la asistencia sanitaria, a la atención psiquiátrica y la salud mental (CONAPE, s.f.).

Por último, en cuanto a la transversalización de la perspectiva de género, República Dominicana cuenta con un Ministerio de la Mujer que tiene como misión “definir y liderar la ejecución de políticas públicas, planes y programas que contribuyan a la igualdad y la equidad de género y al pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres” (Ministerio de la Mujer, 2021b, cfr. Párr. 3). En el anuario 2020, entre los objetivos propuestos se encuentra la promoción de planes, proyectos y programas que garanticen el acceso a los servicios de salud de las mujeres en todo su ciclo de vida, como un derecho que busca impulsar este Ministerio.

2.2.9. Uruguay

En Uruguay, por disposición constitucional, todo habitante del país tiene asegurada la atención sanitaria y el Estado está obligado a brindar **servicios de salud** a aquellas personas que no estén en condiciones de costearlos. La política de salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP). Este organismo tiene como propósito:

Contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de la República, elaborando las políticas de promoción de salud y prevención,

normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2021, cfr. Párr. 1).

En la actualidad, en materia de salud pública se encuentra vigente el Plan Estratégico 2020-2024 cuyo objetivo es ordenar las prioridades estableciendo objetivos desagregados, productos esperados y metas, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud que rige desde el 1 de enero de 2008 (Ley N.º 18.211/2007 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud).

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está compuesto por prestadores integrales del sector privado y del sector público que incluyen, por un lado, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), es decir, entidades prepagas de servicios de salud y seguros integrales privados, y por otro, las entidades públicas de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), servicios municipales, sanidad policial y militar. La cobertura más extendida corresponde a las IAMC que abarcan al 58,0 % del total de la población, en tanto que las entidades de ASSE alcanzan al 39,0 %. El 3,0 % restante cuenta con seguros médicos privados.

El SNIS tiene como objetivo el acceso universal a la salud, asegurando la disponibilidad de

un plan de atención integral, una canasta de prestaciones obligatorias y metas asistenciales. Para ello, el sistema dispone de las cuotas de salud que otorga el Fondo Nacional de Salud (FONASA), fondo único público y obligatorio administrado centralmente por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), al que aportan el Estado, las empresas y los hogares beneficiarios del SNIS. Estas cuotas constan de aportes monetarios que el Estado hace a quienes prestan los servicios, según la edad, el sexo y las metas asistenciales. Se asegura, así, la atención de la salud al conjunto de personas que, de otra manera, no tendría acceso (MIDES, s.f.).

Entre la población mayor de 65 años, la principal cobertura es la privada con un 69,3 %, seguida por la pública que alcanza al 30,1 % de este segmento. La cobertura en zonas rurales también es atendida por los servicios públicos y los de las IAMC, denominados "mutualistas".

El nivel de complejidad de las unidades médicas es directamente proporcional al nivel de urbanización del lugar, las de alta complejidad se localizan en los centros urbanos. En las zonas rurales hay centros de atención primaria, pertenecientes a las Redes de Atención Primaria (RAP).

En cuanto a los **servicios sociales** para personas mayores que viven en zonas rurales, se destaca la implementación del Plan Na-

cional de Salud Rural del Ministerio de Salud Pública y la creación de las Redes de Atención Primaria departamentales, por la Ley N.º 18.719 de Presupuesto Nacional de sueldos, gastos e inversiones ejercicio 2010–2014. Por medio de estas redes, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) busca ampliar la atención primaria de la salud, incluyendo acciones de prevención y promoción en localidades de menos de 5 000 habitantes (oiss, 2018).

Respecto del programa de atención a la salud en el medio rural que se mencionó en el párrafo anterior, el documento de la oiss (2018) señala que ofrece acceso a prestaciones integrales a través de distintas herramientas como consultas en policlínica, puestos, rondas y visitas domiciliarias. Además, se llevan adelante acciones intersectoriales y con participación comunitaria para fortalecer el abordaje integral de la problemática rural.

Uno de los ejemplos que el documento explicita es el de las policlínicas rurales dependientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se cita el caso de la policlínica de San Bautista, en el Departamento de Canelones, una localidad de 4 000 habitantes en su mayoría personas mayores, quienes hasta hace pocos años debían trasladarse 35 kilómetros a la capital departamental para acceder a una práctica de laboratorio, y actualmente pueden

realizarse sus estudios de forma local. La policlínica cuenta con especialidades básicas, coordinación con otros especialistas y con farmacia con todos los medicamentos del vademécum. Por otro lado, el sector de profesionales de la salud de esta institución realiza visitas domiciliarias y trabaja a la par con la comunidad.

En relación con la perspectiva de género y la diversidad sexual, la temática se encuentra institucionalizada a través del Instituto Nacional de las Mujeres y el Consejo Nacional de Diversidad Sexual, ambos dependientes del Ministerio de Desarrollo Social. Asimismo, el Consejo Nacional de Género conforma un espacio interinstitucional en el que se definen las líneas estratégicas de las políticas públicas de género. Del espacio participan el Ministerio de Salud Pública y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, entre otros organismos estatales, instituciones académicas y de la sociedad civil.

2.2.10. A modo de síntesis

En los países de la región iberoamericana que considera este informe, el acceso a la salud y los sistemas sanitarios nacionales se ven condicionados por el grado de desarrollo económico y social de los países. Esta heterogeneidad de realidades implica desafíos serios y variados, en cuanto al efectivo derecho a la salud de la población en general, en específico, de las personas mayores.

En primer lugar, se debe señalar que en Iberoamérica los sistemas de salud se organizan a partir de la oferta de servicios públicos y privados, por lo que se trata de sistemas mixtos que responden a modelos de la seguridad social cuyo peso varía de país en país. **España** se diferencia de los países latinoamericanos porque presenta un sistema de salud público de alcance universal con una amplia oferta y cobertura en los servicios de salud como se desprende de la alta inversión en términos de PBI lo que se traduce en una gran infraestructura, profesionales e insumos, características que lo convierten en un servicio público que, por medio de los cerca de 13 000 centros de salud y consultorios, comprende a toda la ciudadanía y a todo el territorio nacional (Ministerio de Sanidad, 2019). Por su parte, **Uruguay, Argentina y Chile** presentan niveles de desarrollo destacables en un continente con serios problemas en los sistemas de salud, que se manifiestan, sobre todo, en el escaso acceso a la atención primaria como se observa en los casos de **República Dominicana y Paraguay**. Si bien el resto de los países del continente presenta matices en el acceso a la salud, existen excepciones como las mencionadas de **Uruguay, Argentina y Chile**. Sin embargo, la calidad aún es un desafío para la mayoría de los países de la región.

En cuanto a la estructura del sistema de salud, en la mayoría de los países existen dis-

tintos niveles de atención que podrían definirse como progresivos: parten de estrategias de atención primaria, con prestación de atención básica territorialmente extendida y alcanzan zonas periurbanas y rurales. En este sentido, se destacan el desarrollo de programas de salud en ámbitos rurales de **España y Uruguay**.

Por otro lado, si bien la salud es un derecho instituido y proclamado de forma universal, el acceso a la salud presenta diferencias ancladas en el género, la orientación sexual y el área de residencia. En el ámbito de la salud, asumir una **perspectiva de género** implica reconocer la inequidad en el proceso salud-enfermedad-cuidados de mujeres y varones dado el desigual reparto de poder en nuestra sociedad (Tajer, 2020). De igual manera, la yuxtaposición de los ejes que atraviesan las identidades (clase, etnia, género, edad, ruralidad) afectan de manera diferencial “los modos de vivir, gestionar la enfermedad, consultar, ser atendido(a) y morir” (Tajer, 2004: 2). Así, al referirnos a género y salud es necesario incorporar el eje del impacto desigual y de las inequidades en el acceso a los sistemas y servicios de salud.

Por ello, el acceso a la **salud en ámbitos rurales** y desde una perspectiva de **género e intercultural** depende del grado de institucionalización pública de la perspectiva de género y la diver-

sidad sexual. En este sentido, los países nombran y conciben de modo desigual la temática de género. Mientras que en algunos la referencia es únicamente hacia las mujeres (República Dominicana, Brasil, México, Chile y Paraguay), en otros (España, Argentina y Uruguay) la perspectiva de género incluye a las diversidades sexuales de forma directa y presenta un mayor desarrollo de políticas interseccionales.

En cuanto a la integración de las perspectivas de **interculturalidad**, existen diversos grados de desarrollo entre los países. **España, México, Brasil, Chile y Argentina** presentan un mayor progreso en términos de institucionalidad en el entrecruzamiento de la salud desde una perspectiva intercultural. Asimismo, estos países cuentan con estudios y aportes en esta dirección. En el caso de Paraguay, merece atención la ley de políticas públicas para las mujeres rurales.

A pesar de los avances realizados en años recientes en la región, en especial, en el continente americano, queda en evidencia que los desafíos y lineamientos establecidos en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 y en la Convención Interamericana de 2015 sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como en las leyes nacionales, constituyen un horizonte todavía lejano, para la mayoría de los países latinoamericanos contemplados en este trabajo.

2.3. Acceso a servicios sociales de las personas mayores

2.3.1. Introducción

En el presente capítulo se consideran distintas dimensiones que abarcan desde la prevención hasta la dependencia. Por tal motivo, este apartado se estructura dando comienzo a la participación y autonomía de las personas, hasta la dependencia con residencias de larga estadía. De este modo, las categorías propuestas serán observadas de manera transversal en el marco de legislaciones y reglamentaciones que promuevan el reconocimiento de derechos de las personas mayores. En ese sentido, los **servicios sociales** representan el tercer pilar de la protección social en la vejez. Promueven y estimulan el fortalecimiento de la **autonomía** de las personas mayores, y permiten reducir las brechas de protección. Es responsabilidad de los Estados garantizar su cobertura por medio de acciones progresivas que configuran dos grandes líneas de trabajo.

Por un lado, las **políticas de envejecimiento activo y saludable**, la promoción y la estimulación de la autonomía, la independencia y el empoderamiento mediante la participación social y comunitaria, las acciones que buscan retrasar situaciones de fragilidad y dependencia, evitar el aislamiento social y la soledad no deseada. En esta línea, están incluidas las or-

ganizaciones y asociaciones de mayores, los clubes, los centros diurnos y nocturnos y las viviendas tuteladas.

Al mismo tiempo, los **cuidados de larga duración**, que deben garantizar la calidad de vida procurando el máximo nivel de autonomía posible de las personas mayores con pérdida de capacidad funcional por causa de enfermedades crónicas o discapacidades y que presentan dependencia moderada, severa o total. En esta línea se encuentran desde los servicios de apoyo y cuidados en los domicilios y la teleasistencia, hasta las residencias de larga estadía y los cuidados paliativos. La finalidad de la atención progresiva del cuidado, como parte de los servicios sociales, es que las personas mayores puedan vivir de manera autónoma en su domicilio durante el mayor tiempo posible y que reciban la atención que necesitan para hacerlo (Huenchuan, 2018).

El **reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia y del derecho al cuidado** que les asiste ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y la Organización de los Estados Americanos.

En esa línea, la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humana-**

nos de las Personas Mayores (OEA, 2015) con la participación de los Gobiernos de la Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Uruguay (Muñoz-Pogossian y Siegel, 2019), afirma que la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y la promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; sin perder de vista que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía. Asimismo, establece que los servicios sociales deberán garantizarse desde los Estados Parte a través de acciones como el diseño de medidas de apoyo a las familias y sus cuidadores(as), considerando las necesidades, las particularidades y con la plena participación de la persona mayor. Tanto la perspectiva de género como el respeto a su dignidad e integridad física y mental deberán tenerse en cuenta.

Dentro de los compromisos que asumieron los Estados Parte en la convención y que están reunidos en el artículo 12° (OEA, 2015), destacan:

- a) Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.
- b) Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral

y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.

- c) Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor.
- d) Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
- e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

A partir de este contexto general, común a América Latina, a continuación se exponen las características y especificidades que asumen los servicios sociales orientados a la promoción de la autonomía de las personas mayores en cada uno de los países considerados en el análisis de este informe.

Interesa mencionar que existe escasa información que aborde esta dimensión en clave rural.

Por lo tanto, realizar este tipo de estudios permitirá conocer a profundidad las experiencias particulares y, a partir de ellas, reconocer las necesidades tanto de acciones que promuevan y estimulen el envejecimiento activo y saludable para mantener la autonomía, la capacidad funcional y la participación social, evitando la fragilidad, el aislamiento y la soledad no deseada, como de cuidados de larga duración para estas poblaciones. Así, se podrá promover el diseño de políticas más enfocadas y adecuadas a sus características.

2.3.2. Argentina

En lo relativo a la promoción de la **participación** de la población mayor, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) del Ministerio de Desarrollo Social, tiene a su cargo el funcionamiento del Consejo Federal de los Mayores. Está integrado por personas mayores, sus organizaciones representativas, representantes de los gobiernos provinciales, representantes de organismos nacionales, de las Cámaras de Diputados y Senadores del Congreso Nacional, entre otros. Este Consejo es un órgano deliberativo que se propone colaborar en la definición y seguimiento de las políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores, y tiene como objetivo institucionalizar la colaboración y participación

del conjunto de los actores involucrados en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas públicas relacionadas con este grupo etario, en estrecha colaboración con los organismos del Estado Nacional.

Por su parte, el área de Educación, Cultura y Comunicación Comunitarias de la DINAPAM se encarga del diseño, la ejecución y el financiamiento de proyectos socio recreativos, educativos y culturales, mientras que desde el área de Fortalecimiento Institucional de esta Dirección se proyectan y financian acciones para mejorar las condiciones edilicias y mobiliario de centros de día y otros dispositivos diurnos destinados a la población mayor.

Uno de los programas actuales desde el cual se estimula la **autonomía** y la **integración** de las personas adultas mayores en sus comunidades es "La experiencia cuenta". En este programa las personas mayores enseñan un oficio a los más jóvenes, esta actividad promueve el encuentro intergeneracional y el intercambio de conocimientos. Además, participan en diferentes actividades comunitarias. Las acciones se llevan a cabo junto con las organizaciones, federaciones de jubilados y organismos estatales y con el Consejo Federal de Mayores, revalorando las experiencias y habilidades acumuladas a lo largo de la vida, promoviendo un rol activo de las personas mayores y, al mis-

mo tiempo, recuperando oficios tradicionales (DINAPAM, s.f.).

Por otro lado, la DINAPAM implementa desde el año 1996 el **Programa Nacional de Cuidados en Domicilio**, depende del Área de Cuidados en la Comunidad. Este programa brinda capacitación y formación a profesionales y equipos técnicos de residencias de larga estadía y centros de día encargados de la atención y el cuidado, por medio de cursos de especialización. El objetivo del área es formar y capacitar a los recursos humanos para la atención domiciliaria, comunitaria e institucional de las personas mayores, con el propósito de brindar servicios de apoyo sanitario y social a quienes requieran cuidados.

Aunado a lo anterior, el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios³⁴ procura contar con información actualizada de personas con la formación adecuada que ofrecen sus servicios especializados en cuidados domiciliarios. Este registro vincula al sector de cuidadores profesionales con aquellas que requieren este tipo de servicios. En la actualidad, la DINAPAM no cuenta con la información desagregada por áreas rurales.

A su vez, el Área de Atención Gerontológica Institucional de la DINAPAM tiene por objetivo brindar atención integral centrada en la persona a mayores de 60 años en situación de

³⁴ <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/registrocuidadores>

fragilidad o dependencia. Para tal fin, se cuenta con ocho residencias de larga estadía, siete de las cuales se ubican en localidades de la provincia de Buenos Aires y una en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El otro organismo de relevancia en materia de vejez en Argentina es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Cumple un rol central en las **políticas de servicios sociales** del país, en tanto incluye prestaciones médicas y sociales para promover y estimular una vida activa, saludable y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. En ese marco, el INSSJP-PAMI cuenta con consejos participativos locales por cada una de las unidades de gestión local (UGL) y con el consejo participativo nacional, instancias en las cuales se interactúa con representantes de las confederaciones, federaciones y centros de jubilados y pensionados.

Desde este instituto se ofrecen más de 860 talleres, mediante el programa Universidad para Adultos Mayores Integrados (UPAMI) desarrollado a partir de convenios con 52 universidades de todo el país. Estos espacios universitarios tienen como objetivos la participación y el acceso a la educación de las personas adultas mayores y la promoción de la igualdad de oportunidades para el desarrollo de valores culturales y vocacionales.

El INSSJP-PAMI subsidia a 5 000 centros de personas jubiladas, distribuidos en todo el territorio nacional con alcance a las zonas urbanas y rurales. En estos centros se brindan **actividades de autocuidado** (atención de enfermería, pedicura, masoterapia, entre otras), así como otras acciones preventivas, como actividades físicas, socio recreativas, turismo y talleres (de hábitos saludables, patologías prevalentes, estimulación cognitiva y expresión artística, entre otras). Estas estrategias de autocuidado y recreación están destinadas a promover el envejecimiento activo y saludable y apuntan a prevenir enfermedades, retrasar el deterioro cognitivo y evitar consecuencias que puedan generar dependencia, discapacidad, soledad no deseada y aislamiento social. El instituto no dispone los datos de estas acciones discriminados por regiones urbanas y rurales.

La Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del INSSJP-PAMI transversaliza la **perspectiva de género y diversidad sexual** mediante capacitaciones que buscan incluir esta perspectiva en la atención de salud y propiciar el abordaje de situaciones de violencias basadas en el género de personas afiliadas, entre otras cuestiones. Además, participa en campañas y capacitaciones en derechos humanos y buen trato, en conjunto con otros organismos de alcance nacional como la mencionada DINAPAM

del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Derechos Humanos.

En lo que hace al **sistema progresivo de cuidados**, el INSSJP-PAMI cuenta con el Programa de Atención a la Dependencia y la Fragilidad, que tiene por objetivo proveer un apoyo económico a las personas afiliadas al instituto que presentan situaciones de dependencia y fragilidad, por lo que requieren ayuda para el desempeño de las actividades instrumentales o básicas de la vida diaria. De esta manera, se otorga un apoyo económico que les permite costear la contratación de una persona cuidadora domiciliaria. Esta acción busca promover la permanencia de las personas en el medio sociofamiliar comunitario, así como evitar internaciones y reinternaciones prolongadas e inadecuadas, previniendo el agravamiento de la dependencia funcional, así se favorece la calidad de vida y se garantiza al máximo la autonomía de las personas mayores. Cabe mencionar que este programa se modificó recientemente para poder brindar servicios directos a través de efectores (y no mediante subsidios), lo cual resulta una mejora en la calidad de atención al incorporar, como requisito para ser prestador del instituto, que las personas cuidadoras certifiquen la formación.

Por otra parte, a la fecha de este informe el instituto está implementando el Programa de Teleasistencia, destinado a personas mayores

que se encuentren viviendo solas y con redes de apoyo insuficientes. En una primera etapa se priorizará la inclusión de personas mayores de 80 años.

Otra acción que se implementó en el año 2021 es el Programa Casa Propia-Casa Activa. En el marco de un convenio celebrado entre el Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat y el INSSJP-PAMI, se están construyendo 3 200 viviendas, distribuidas en complejos conformados por 32 unidades habitacionales (20 individuales y 12 para dos personas) y un centro de día. Este programa tiene como finalidad brindar soluciones al problema habitacional, combatir el **aislamiento** y la **soledad no deseada** de las personas adultas mayores y ofrecer un espacio donde puedan realizar actividades cognitivas, recreativas, de movimiento, arte, terapia, entre otras, con el objetivo de promover la autonomía desde el paradigma del envejecimiento activo y saludable. Esta iniciativa se suma a los 60 centros y clubes de día que el INSSJP-PAMI financia, distribuidos en todo el país y que funcionan como espacios de participación, prevención y contención social a este grupo poblacional con diferentes grados de dependencia, vulnerabilidad social, fragilización y soledad. Estas estrategias apuntan a evitar la institucionalización, preservar a la persona en su medio comunitario, con la contención profesional necesaria, y estimular la creación de vínculos entre los concurrentes y su integración al medio institucional.

Por último, el INSSJP-PAMI cuenta con **residencias de larga estadía**, cuatro propias y alrededor de 560 que pertenecen a la red de prestadores privados, distribuidas en todo el territorio nacional. Estos espacios representan aproximadamente el 16,0 % del total de las residencias del país y alojan cerca de 20 000 personas afiliadas.

En resumen, el sistema progresivo de atención del INSSJP-PAMI está integrado por los siguientes programas: Casa Propia-Casa Activa, Teleasistencia, Programa de Atención a la Dependencia y la Fragilidad, y Residencias de Larga Estadía, todos ellos con despliegue de alcance nacional.

2.3.3. Brasil

En Brasil, la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (*Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa*) del Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos (*Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*) coordina y propone acciones para la **promoción, defensa, protección y tratamiento** de las violaciones de los derechos de las personas mayores en todo el territorio nacional. No se cuenta con registros de organizaciones sociales, culturales o políticas de personas mayores en áreas rurales.

Asimismo, existen los Consejos del derecho de la persona mayor que prevén la **participación social** en los órganos gubernamentales. Desde estos se propicia la representación de las personas adultas mayores y el intercambio entre la comunidad y el poder público para el diseño y la implementación de políticas para esta población. En este sentido, se pretende trabajar en sintonía entre los niveles nacionales y provinciales.

Además, el Consejo Estatal o Nacional de la Tercera Edad (*Conselho Estadual da Pessoa Idosa*) es el organismo fiscalizador del cumplimiento del Estatuto de las Personas Mayores (*Estatuto do Idoso*) y es responsable de los fondos nacionales y municipales a los que pueden realizar donaciones tanto las personas físicas como las personas jurídicas. Todos los fondos que se recauden pueden destinarse a la implementación de políticas para personas adultas mayores. El Consejo tiene la función de deliberar, fiscalizar y acompañar la utilización de esos fondos, en conjunto con la gestión por parte de los diferentes niveles de gobierno (municipal, estatal o nacional).

En Brasil no existe una política pública dirigida a las personas mayores en el contexto rural. Sin embargo, el Programa "Vivir"- Envejecimiento activo y saludable (*Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável*) está dirigido a la **participación de personas adultas mayores**

que residen en áreas urbanas y rurales. Está vigente desde 2019 y alcanza a la población mayor sin importar el área en que reside. Si bien el programa es de carácter nacional, hasta el año 2021 se había implementado en 99 municipios de los 5 500 existentes.

Este programa se enfoca en insertar a las personas mayores en su contexto para optimizar la **calidad de vida** y fortalecer la **autonomía** desde el **envejecimiento activo y saludable**. El propósito del programa es fungir como referente en el proceso de optimización de oportunidades de inclusión digital y social. En esta perspectiva, el programa tiene los siguientes campos de acción: tecnología, educación, educación financiera, salud, movilidad física y actividades recreativas. Estas líneas de intervención pueden ampliarse de acuerdo con las necesidades y peculiaridades de cada municipio brasileño.

Otra acción es la Estrategia Brasil Amigo de las Personas Mayores (*Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa*) (EBAPI), se diseñó para incentivar a las comunidades y ciudades a promover acciones dirigidas al **envejecimiento activo, saludable, sostenible y ciudadano**, con un carácter intersectorial e interinstitucional. Su objetivo es contribuir a maximizar la eficacia del estatuto de las personas adultas mayores (Ley N.º 10.741/2003) y fortalecer los consejos de derechos de dicha población para ga-

rantizar sus derechos en todos los sectores, además de proponer políticas públicas para las especificidades y necesidades de las personas mayores y aplicar sanciones por las violaciones de sus derechos.

La presencia de **centros de día** es escasa y no se dispone de información respecto del tipo de gestión (pública o privada) de estos dispositivos. Si bien Brasil no cuenta con un programa que regule el funcionamiento de estos establecimientos, existe un proyecto para su implementación, según datos de la Dirección del Departamento de Políticas sobre Derechos de las Personas Mayores dependiente de la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (*Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa*).

Respecto del **sistema de cuidados de larga duración**, no existe una política pública específica dirigida a las personas mayores en el contexto rural. La atención de la salud y los cuidados están en gran medida a cargo de las familias. Las Instituciones de Larga Estancia para Personas Mayores (*Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas*) (ILPI), destinadas a personas mayores con dependencia moderada o grave, no son instituciones específicas para el público rural. Si bien las ILPI son iniciativas tanto públicas como privadas, con o sin fines de lucro, no se cuenta con legis-

lación que las regule. Tampoco, con un registro nacional oficial y se desconoce el número de personas adultas mayores que residen en ellas. Generalmente, las personas que residen en estas instituciones no tienen familia (es posible que hayan sido abandonadas). En su mayor parte se alojan de manera voluntaria y, en menor medida, pueden ser derivadas por decisión judicial.

2.3.4. Chile

Chile cuenta con una gran diversidad de programas de **servicios sociales** que gestiona el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Entre ellos, cabe destacar el Fondo Nacional del Adulto Mayor a través del cual se financian proyectos de las personas mayores, en tres modalidades (autogestionados, ejecutores intermedios y por convenios institucionales); la Escuela de Formación para Dirigentes Mayores, cuyo propósito es fomentar espacios de **participación y formación política** para quienes integran las organizaciones de personas mayores con el fin de difundir sus derechos; el Voluntariado País de Mayores, desde el cual se brinda apoyo socioeducativo a la niñez y a los miembros de familias en situación de vulnerabilidad del sistema de Protección Social, iniciativa que pretende contribuir tanto a la integración social como a la construcción de una imagen positiva de las personas adultas

mayores; el Programa Envejecimiento Activo, que promueve la participación de las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad social para mejorar la calidad de vida y retrasar la dependencia, y el Programa Vínculos, mediante el cual se entregan desde herramientas psicosociales hasta bonos de protección y prestaciones monetarias con el fin de que las personas mayores en situación de vulnerabilidad social se vinculen con sus pares y con la red de apoyo social de su comuna (SENAMA, 2021).

Por otra parte, se encuentra el programa **Centros Diurnos del Adulto Mayor**, en los que se ofrecen, a través de una asistencia periódica, servicios sociosanitarios y de apoyo que buscan promover y fortalecer la **autonomía**, contribuir al retraso de la dependencia y a la pérdida de funcionalidad, y mantener a las personas mayores en su entorno familiar y social.

Los centros diurnos se dividen en Centros Diurnos Referenciales (CDR) y Centros Diurnos Comunitarios (CDC). Los primeros ofrecen diversas prestaciones, como talleres y atención enfocada a la salud de las personas mayores. Existe un centro por región y son de mayor dimensión que los CDC. Tienen infraestructura pública y son gestionados por el SENAMA. Dentro de los objetivos de los CDR destacan:

- a) conservar o mejorar el nivel de funcionalidad de los usuarios a través de una atención integral, potenciando las capacidades funcionales, mentales y sociales;
- b) proveer alimentación saludable acorde a los requerimientos de las personas mayores usuarias del Centro Diurno Referencial;
- c) favorecer el acceso de las personas mayores a la información e incorporación a los recursos sociales, a través de la activación y/o potenciación de redes de apoyo formal e informal, y
- d) capacitar en temáticas de vejez y envejecimiento a cuidadores formales e informales de personas mayores de la comunidad, entregando conocimientos y herramientas que faciliten el autocuidado, el cuidado adecuado o correcto y el manejo en casa, entre otros (SENAMA, 2021d).

Algunos CDR tienen convenio con otros organismos, como es el caso del CDR ubicado en la ciudad de Temuco (capital de la región de la Araucanía). En particular este dispositivo cuenta con un equipo interdisciplinario y tiene convenio con la universidad para llevar adelante la formación de profesionales e investigaciones financiadas por el SENAMA, que aporta la estructura, la implementación, el equipamiento y el funcionamiento del centro diurno.

A su vez, los centros comunitarios CDC están ubicados en las comunas y son más pequeños que los CDR. Los servicios se configuran a partir de talleres a los que la persona mayor accede de acuerdo con un plan de intervención individual y se agrupan en tres áreas: personal, social y comunitaria. Desde los CDC se trabaja con la comunidad para integrar a la persona mayor a su contexto. Dentro de los objetivos de los CDC se mencionan:

- a) promover hábitos de vida saludable en las personas mayores tanto a nivel físico como cognitivo;
- b) promover la independencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria;
- c) favorecer el acceso de las personas mayores a la información e incorporación a los recursos sociales, a través de la activación y/o potenciación de redes de apoyo formal e informal;
- d) orientar, informar y educar a las familias y/o cuidadores informales de las personas mayores en temas gerontológicos, que les permitan contar con conocimientos y herramientas que faciliten su adaptación al entorno y cuidados socio sanitarios;
- e) prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación de las capacidades funcionales, cognitivas y sociales, y

- f) promover un entorno que favorezca las relaciones sociales y afectivas (SENAMA, 2021d).

La población objetivo de los CDC son las personas mayores que están en situación de vulnerabilidad extrema, según los criterios del Registro Social de Hogares (RSH), y que presentan dependencia leve o moderada. Los criterios para el ingreso al programa son la edad, la situación socioeconómica y la proximidad a los centros. La ejecución de los CDC se realiza bajo los lineamientos del SENAMA. Entre ellos se tiene en cuenta el acceso que tienen las personas mayores residentes de las zonas rurales a este tipo de dispositivo o servicios, ya que, a pesar de estar presente en esas zonas, la participación depende de la posibilidad o recursos para trasladarse hacia el lugar.

Esta situación puede subsanarse en las localidades rurales pequeñas, no así (o en menor medida) en el caso la población rural dispersa. Asimismo, existen experiencias itinerantes de profesionales que se acercan a las residencias de las personas y brindan las prestaciones. Pero, en estos casos, las limitaciones están dadas por la cantidad de recursos que demandan estas iniciativas o por la accesibilidad geográfica-territorial.

De acuerdo con los datos más relevantes, se hace más difícil el acceso en los sectores de la

cordillera y hacia el extremo sur del país. Mientras que, en la modalidad de Centros Diurnos Itinerantes, son los profesionales quienes se acercan a los espacios disponibles en la comunidad, como sedes, postas rurales o escuelas, para brindar prestaciones. Siempre es más dificultoso llegar a las zonas rurales que a los centros urbanos, dadas las particularidades del acceso territorial.

Otros espacios que fomentan la **participación** y el **envejecimiento activo** en Chile son los clubes para personas adultas mayores. Se trata de asociaciones de personas autoconvocadas que se organizan para realizar diferentes tipos de actividades que permiten mantener y mejorar la calidad de vida. Estas iniciativas son reguladas por la Ley N.º 20.500/2011 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. A partir de la obtención de la figura legal, las asociaciones se postulan para recibir recursos del Fondo Nacional del Adulto Mayor, que fue creado por ley junto con el SENAMA, para financiar distintos tipos de actividades y acciones que deciden los propios socios, respetando así la plena participación en cuanto a la toma de decisiones. No existe información desagregada por zona urbano-rural sobre servicios sociales dirigidos a personas mayores (oiss, 11 de diciembre de 2018).

En lo que respecta al financiamiento de los clubes, corresponde mencionar que son las

personas adultas mayores quienes realizan las principales aportaciones. El mantenimiento de la estructura y la organización de los clubes se solventa a partir del pago de cuotas. Dentro de este esquema de autogestión, por parte de los municipios, los clubes reciben asesoramiento en aspectos legales y de organización.

La implementación de este tipo de acciones y proyectos en el entorno rural resulta, en gran medida, compleja, principalmente por razones operativas. En otras palabras, las limitaciones relacionadas con el acceso a la información, así como las vinculadas con la infraestructura o la falta de un lugar físico, obturan la posibilidad de su implementación. Adicionalmente, la distancia funciona como un obstáculo para la participación.

Por otra parte, el **Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor** provee tanto servicios integrales de viviendas como cuidados sociosanitarios para las personas mayores, según el nivel de dependencia, y trabaja en convenio con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU). Posee dos líneas de acción, los Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT) y los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM). Desde la primera se otorgan viviendas a las personas mayores y se les proporciona apoyo psicosocial y comunitario promoviendo los vínculos con la red socio-comunitaria para contribuir con la integración y la autonomía.

La segunda modalidad de acción está alineada con los programas de **cuidado a largo plazo**. Por un lado, el Programa de Cuidados Domiciliarios (PCD) tiene presencia en áreas rurales o alejadas desde el año 2020. Este programa generó una per cápita diferenciada para centros de áreas rurales o alejadas. Sin embargo, no son acciones orientadas de forma exclusiva a las personas adultas mayores de zonas rurales. Este programa, cuyo funcionamiento depende del SENAMA desde el año 2013, en sus inicios fue una iniciativa del tipo voluntariado (solo se financiaba el transporte). En 2020 se modificó el enfoque y la metodología y se diseñaron diferentes formas de intervención en los entornos rurales que tienen como eje la perspectiva de la población beneficiaria. Dicho programa se instaló en ocho comunas rurales a las que se brindan servicios de apoyo y cuidados en la realización de las actividades de la vida diaria a personas mayores de 60 años con dependencias moderadas o severas, que no cuentan con cuidador principal y que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Por lo tanto, los cuidados son el resultado de poner en consideración las necesidades y particularidades según el contexto en el que las personas mayores experimentan su cotidianidad, sus costumbres y cultura.

El PCD se ejecuta a través de los municipios o de instituciones privadas sin fines de lucro. Además, en el marco de los derechos huma-

nos y la atención centrada en la persona, se ofrecen servicios de apoyo y cuidados para las personas adultas mayores divididos en tres áreas: atención personal, apoyo en realización de tareas del hogar y relación con el entorno. Los asistentes de apoyo y cuidados son quienes brindan estos servicios en los domicilios de las personas adultas mayores.

Por otro lado, se encuentran las **Residencias de Larga Estadía** (RLE), entre las que se distinguen dos categorías: las que están formalmente constituidas y cuentan con la resolución sanitaria, y las informales. Dentro de la primera categoría, los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), con o sin fines de lucro, están formalmente constituidos bajo el reglamento de establecimientos de larga estadía para personas mayores (Decreto N.º 14/2010). La segunda categoría agrupa a los establecimientos que podrían denominarse informales o no registrados, de los cuales algunos funcionan en el ámbito rural.

La fiscalización de los ELEAM está bajo la órbita del Ministerio de Salud. Asimismo, el SENAMA puede intervenir en la capacitación y formación respecto de la infraestructura y los recursos físicos y humanos necesarios para realizar la actividad dentro de los parámetros espera-

dos y de manera eficiente, pero no es de su competencia determinar el carácter legal o no del establecimiento y, en consecuencia, permitir o no su funcionamiento.

El financiamiento de los ELEAM registrados formalmente es, parcial o totalmente, a través de fondos del Estado, por medio del Servicio Nacional del Adulto Mayor. En el caso de que la cobertura parcial, el resto es cubierto por las personas mayores residentes. Para acceder al subsidio, los ELEAM deben postularse y concursar, ya que el subsidio no es universal ni automático. Dentro de los ELEAM, se puede discriminar los ELEAM-SENAMA, los ELEAM subsidiados y los ELEAM dependientes del Consejo Nacional de Promoción a la Ancianidad (CONAPRAN).

2.3.5. España

En España existe el **Instituto de Mayores y Servicios Sociales** (IMSERSO)³⁵, creado en 1978 por la Ley N.º 36/1978, entidad gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. El IMSERSO es el órgano más importante del país en materia de políticas dirigidas a las personas mayores. Dentro de las competencias del instituto le corresponden bajo su actuación las referidas a las personas mayores:

³⁵ Dependiente de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

entre ellas, las que se deriven de la creación y puesta en funcionamiento del sistema de protección a las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas y programas en relación con el envejecimiento activo de la población. Asimismo, le corresponde la gestión de los servicios sociales complementarios del sistema de la Seguridad Social y la gestión de los planes, programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y para personas con dependencia. Finalmente se atribuye al IMSERSO la elaboración de propuestas de normativa básica que garanticen la igualdad de los ciudadanos y el desarrollo de políticas de cohesión social interterritorial en relación con las materias antes enumeradas (IMSERSO, 2021).

Para la promoción del **envejecimiento activo y saludable**, el país cuenta con diversos programas impulsados desde el IMSERSO. Los dos más significativos, por su alcance y antigüedad, son el Programa de Termalismo³⁶ y el Programa de Turismo³⁷. Ambos promueven un estilo de vida saludable, con el objetivo de prevenir enfermedades, mantener la capacidad intrínseca, facilitar la integración social, evitar la soledad no desea-

da y propiciar las relaciones intergeneracionales. El primero ofertó más de 200 000 plazas en su última edición, antes del inicio de la pandemia por COVID-19 y el segundo viene ofreciendo, en los últimos 10 años, un promedio de aproximadamente un millón de plazas para el turismo.

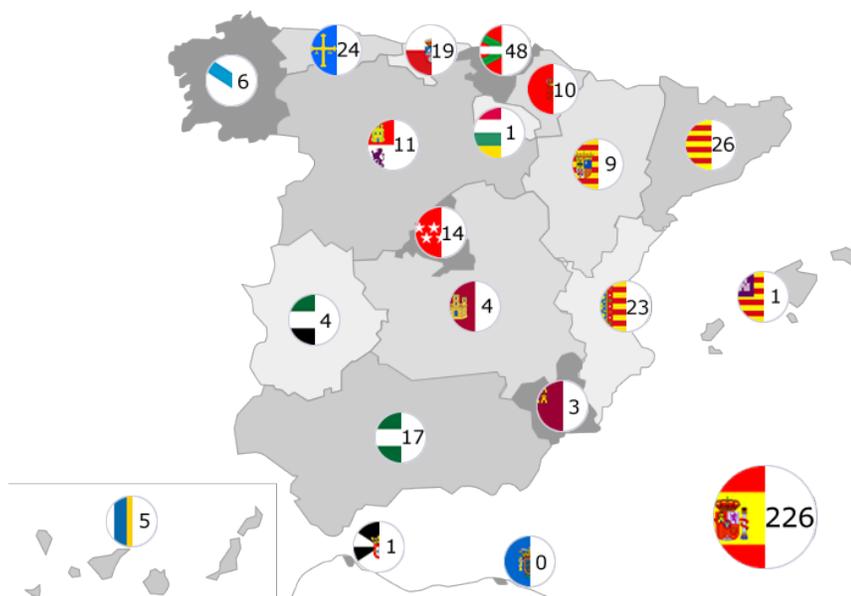
Desde 2012 y a través de un Convenio de Colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el IMSERSO es el organismo encargado en España de promocionar y apoyar este proyecto, impulsando y coordinando la creación de una Red Española de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, ofreciendo asesoramiento y facilitando el proceso de adhesión a la Red a las corporaciones locales interesadas. Esta Red tiene como objetivo contribuir a la creación de entornos y servicios que promuevan y faciliten un envejecimiento saludable y activo para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y facilitar la participación plena desde una planificación municipal de manera transversal. En mayo de 2022, se contaba con 226 ayuntamientos adheridos a la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en todo el territorio español, tal como puede observarse en el Mapa 2.

³⁶ Este Programa, vigente desde 1989, da respuesta a la demanda de las personas mayores de poder recibir tratamientos recuperadores en los establecimientos termales especializados. Para ello, se potencia el desarrollo económico de las zonas en las que se asientan los balnearios, lo que contribuye a la creación y mantenimiento de empleo, facilita la mejora y modernización de las infraestructuras y de las instalaciones de estos centros, y permite la profesionalización y especialización del personal que presta sus servicios en los establecimientos.

³⁷ Este programa es un servicio complementario de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social española. Su objetivo es proporcionar a las personas mayores estancias en zonas de costa y turismo de interior, contribuyendo con ello a mejorar su calidad de vida, su salud y la prevención de la dependencia. Por otra parte, estas acciones inciden favorablemente en el mantenimiento del empleo y la actividad económica.

Mapa 2

Red española de Ciudades y Comunidades amigables con las personas mayores.*



Fuente: IMSERSO (2021a).

* Cada uno de los íconos indica la cantidad de ayuntamientos adheridos a la Red.

Por otro lado, el **sistema de apoyos y cuidados** para la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia es uno de los grandes logros de la política social en el país. La demanda de cuidados para personas en esta condición se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años y se estima que seguirá aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas. A partir de la Ley N.º 39/2006 de Promoción de la autonomía per-

sonal y atención a las personas en situación de dependencia, se incorporó la atención a la dependencia al sistema público de protección social. Esto constituye un avance significativo en el desarrollo de los derechos sociales. La ley contempla la forma específica de la prevención y la atención a las personas que se encuentran en situación de dependencia y configura, para ellas, el derecho a un catálogo de servicios y prestaciones económicas³⁸.

³⁸ Los servicios del catálogo tienen un carácter prioritario y se prestan a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados, debidamente acreditados. En España, se están reforzando las políticas de atención a la dependencia y apoyos a la autonomía personal. Esto impulsa un cambio en el modelo de apoyos y cuidados de larga duración hacia una atención centrada en la persona y la desinstitucionalización. Se ha avanzado con importantes decisiones y acuerdos territoriales en esta dirección.

En España, como estrategia nacional frente a la Agenda 2030 y para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el año 2019 se acordaron las directrices generales de la **Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico**, elaboradas por el Comisionado adscrito al Ministerio de Política Territorial y Función Pública (MPTFP, s.f.). Enfocándose en especial en los medios rurales, las directrices recogen “los objetivos transversales a la acción política y las líneas de actuación de las administraciones públicas frente a la despoblación, el envejecimiento y los efectos de la población flotante” (MPTFP, 2019). Para ello se ha propuesto un trabajo mancomunado entre las administraciones públicas, las Comunidades Autónomas, las ciudades con Estatuto de Autonomía y Entidades Locales de colaboración, cooperación y coordinación que incorpora la dimensión internacional de la Unión Europea y sus políticas.

Como parte de este esquema institucional articulado entre las distintas administraciones, se creó el **Consejo Territorial de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**³⁹ para la cooperación y la articulación de los servicios sociales y la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. Está adscrito

al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, y es regulado por la Ley N.º 39/2006. Este organismo atiende las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Ley N.º 39/2006).

El SAAD es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección de las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados, debidamente acreditados, con objetivos y planteamientos comunes. Contribuye a la mejora de las condiciones de vida de las personas, en acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. En este sentido, España cuenta con la red de **Centros de Referencia Estatal (CRE)** para promover unidades de servicios sociales destinado a las personas en situación de dependencia, en los territorios de las Comunidades y Ciudades Autónomas del país articulando con el Estado. Es el gobierno el que, por medio de la Administración General del Estado, define los

³⁹ El artículo 2 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define la autonomía personal como: “Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.

parámetros mínimos de protección. El financiamiento es en conjunto entre el Gobierno central y las comunidades autónomas. Por su parte, la administración autonómica brinda, gestiona y supervisa el cumplimiento; las entidades locales, a su vez, participan de la gestión de los servicios mediante la aportación de un acceso adicional a los servicios.

En España se ofrecen una serie de **servicios de cuidados progresivos** que van desde las atenciones domiciliarias e intermedias hasta las residenciales reguladas por ley. Además, se brindan, alternativamente, prestaciones económicas para cuidados familiares en su entorno habitual o para asistentes personales. La población objetivo son personas independientes o con cualquiera de los tres grados de dependencia (leve, moderada, alta). Esta prestación es de carácter universal, llega a todo el territorio español y se accede a ella a través del sistema universal de Servicios Sociales.

Los **servicios de prevención** de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal enmarcados en el envejecimiento activo son:

- a) Servicios de participación social: Centros de envejecimiento activo o centros de mayores.
- b) Servicios de atención diurna: centros de día o de noche para personas mayores dependientes.

- c) Servicios de atención domiciliaria: ayuda a domicilio y teleasistencia.
- d) Servicios de atención residencial: centros residenciales y viviendas para mayores (IMSERSO, 2020a).

En el marco de las Comunidades Autónomas, existen centros tanto públicos como privados —debidamente acreditados— que conforman la **Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas**. Cabe aclarar que, si bien existen establecimientos privados que no forman parte de la Red, para funcionar deben contar con la acreditación de la Comunidad Autónoma donde se desempeñan.

Dentro de los servicios de **participación social** se encuentran los centros de envejecimiento activo o centros de mayores. En estos se promueven la participación, el ocio y la integración social en el marco del envejecimiento activo. Se ofrecen actividades socioculturales, ocupacionales, artísticas y recreativas, además se realiza una importante labor de sensibilización y de prevención a través de actividades que potencian los factores de protección para un envejecimiento óptimo, como la práctica de deportes, alimentación saludable, gestión emocional, habilidades sociales, educación ambiental, proyectos intergeneracionales y voluntariado, entre otras.

Los centros de día o de noche también brindan servicios sociales no residenciales desti-

nados a prestar atención integral psicosocio-sanitaria, preventiva y rehabilitadora individualizada, en régimen diurno o nocturno, a la población mayor. El objetivo es proporcionar atención sociosanitaria que prevenga y compense la pérdida de autonomía de las personas mayores, facilite el apoyo a sus familiares o cuidadores, retrase la institucionalización y facilite la permanencia en su medio habitual (IMSERSO, 2020a).

Los servicios de **atención domiciliaria** se prestan en el hogar de las personas mayores para evitar el desarraigo y la ruptura con el entorno en el que habitualmente se desenvuelven. Se ofrecen dos modalidades: la ayuda a domicilio y la teleasistencia.

La **ayuda a domicilio** es un servicio de apoyo que consiste en un conjunto de acciones que se llevan a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia para atender las necesidades de la vida diaria. Este servicio puede llevarse a cabo por entidades o empresas acreditadas para tal fin (IMSERSO, 2019) y comprenden: la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la atención de las necesidades domésticas o del hogar como la limpieza de la vivienda, el lavado, actividades relacionadas con la cocina y otros. Estos servicios podrán prestarse de manera individual o conjunta según el Programa Individual de Atención (artículo 23, Ley N.º 39/2006).

Por su parte, la **teleasistencia** consiste en un dispositivo especial conectado a la línea telefónica que permite contactar, de forma inmediata, a la persona mayor con el servicio a través de un botón o pulsador (colgante o brazalete) desde cualquier lugar del domicilio. Esto hace posible una atención directa y personalizada ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento, con profesionales especializados que proporcionan los apoyos necesarios para poder resolver situaciones de diversa naturaleza, movilizándolo los recursos más adecuados para cada caso (artículo 22, Ley N.º 39/2006).

Por su parte, los **Servicios de Atención Residencial** ofrecen alojamiento y manutención a las personas adultas mayores de manera permanente o temporal, desde un enfoque biopsicosocial. Se trata de servicios consecuentes, de carácter personal y sanitario de acuerdo con el tipo, grado de dependencia e intensidad de cuidados que precisa cada persona. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente o por estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales (artículo 25, Ley N.º 39/2006).

De esta manera, en España se persigue un modelo de alojamiento basado en la **Atención Centrada en la Persona** (ACP) que, a diferen-

cia de las residencias convencionales, tiene como principios la dignidad y los derechos de las personas considerando sus deseos y preferencias. Por lo tanto, los centros que aplican este modelo promueven en las actividades cotidianas los principios de autonomía, participación, integralidad, individualidad, inclusión social, interdependencia y continuidad (Rodríguez Rodríguez, 2010) e incorporan las necesidades, capacidades y preferencias de las personas mayores. Esto implica además que los recursos humanos estén formados y capacitados según este modelo.

Se concibe al centro como un hogar, con elementos personales y familiares, para que la convivencia tenga el menor impacto posible para los residentes y se aleje de la imagen de instituciones hospitalarias u hoteles (Rodríguez Rodríguez, 2012). Se distinguen dos tipos de atención residencial:

- Los **centros residenciales** ofrecen alojamiento y atención especializada a aquellas personas mayores que no pueden ser atendidas en sus domicilios debido a su situación familiar, económica, social o por sus limitaciones de autonomía personal (IMSERSO, 2020a).
- Las **viviendas para mayores** son unidades habitacionales, compartidas o indi-

viduales, destinadas al alojamiento de las personas mayores. Se tiene como objetivo mantener a las personas en su medio habitual con total independencia y compartiendo normas estipuladas por el grupo conviviente (IMSERSO, 2020a).

Además, el IMSERSO está a cargo de la gestión y análisis de los datos de la Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales a partir de los insumos que recibe periódicamente, mediante los cuales se realizan informes y estudios pertinentes, entre ellos, sobre los servicios sociales dirigidos a las personas mayores. En este caso, los informes incluyen el detalle del alcance de la población usuaria y el índice de cobertura, discriminada por Comunidades Autónomas, género, precio de las prestaciones y particularidades según el servicio social (por ejemplo, cantidad de dispositivos para teleasistencia o cantidad de horas para la ayuda en domicilio) (IMSERSO, 2020a).

Cabe resaltar que el IMSERSO publica periódicamente diversos informes⁴⁰, entre ellos sobre los servicios sociales y programas dirigidos a las personas mayores (participación social, atención diurna, atención domiciliaria y atención residencial) en los cuales se identifican las Comunidades Autónomas y el medio urbano o rural.

⁴⁰ <https://www.imserso.es/>

Las Comunidades Autónomas se clasifican según el peso o proporción de los municipios rurales. Con mayor proporción, entre un 30,0% y un 50,0% de municipios rurales, se encuentran en cuatro Comunidades Autónomas (Extremadura, Castilla – La Mancha, Castilla y León y Aragón). Por su parte, la Comunidad Foral de Navarra, Galicia, Andalucía, Principado de Asturias y La Rioja poseen una proporción de municipios rurales de entre 20,0% y 30,0%. Por último, en las Comunidades de Cataluña, País Vasco y Comunidad de Madrid la proporción de estos municipios es menor al 7,0%. Cabe remarcar que, si bien el medio rural se extiende en todo el territorio, se concentra en las regiones norte y oeste del país, y las comunidades que tienen menos del 7,0% de municipios rurales son prácticamente urbanas (SGACE, 2021).

Complementariamente a los **servicios sociales**, es fundamental la formación, actualización y promoción de los recursos humanos para la atención, el apoyo y el cuidado de las personas mayores. En esta línea se promueven acciones formativas, gratuitas, internas o externas y con certificación, para incrementar los conocimientos en diferentes áreas. El IMSERSO, desde los Servicios Centrales y también desde sus centros, tiene una importante oferta de formación especializada tanto para profesionales como para el apoyo y la capacitación de cuidadores no formales. Desde la plataforma educativa www.teleformacion.imserso.es/ Moodle se dictan cursos permanentes sobre

temáticas como memoria, funcionamiento y rehabilitación; curso para familiares de personas con daño cerebral adquirido; actualización en identificación y prevención de riesgos personales frente a COVID-19 en entornos de atención sociosanitaria, entre otros.

Por otro lado, el **Consejo Estatal de las Personas Mayores (CEPM)** es un órgano colegiado de carácter asesor y consultivo de la Administración General del Estado, adscrito al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. El CEPM es el máximo órgano de participación que tienen las personas mayores dentro de la administración pública. Tiene como objetivo, según dicta el Real Decreto N.º 117/2005 por el que se regula el Consejo Estatal de las Personas Mayores:

Institucionalizar la colaboración y participación del movimiento asociativo de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida para este sector de población, en el ámbito de las competencias atribuidas a la Administración General del Estado.

El Consejo está compuesto por representantes de diferentes organizaciones, asociaciones de jubilados y de la administración estatal, autonómica y local, y se encuentra en funcio-

namiento desde la década de 1990. Entre sus funciones, cabe resaltar la participación en el diseño y la elaboración de los servicios dirigidos a las personas mayores.

Además del Consejo Estatal de personas Mayores (CEPM), como espacio de participación recientemente se ha creado la **Plataforma de Mayores y Pensionistas** (PMP), esta reúne a las organizaciones, federaciones y confederaciones de personas mayores y pensionistas más importantes de España. El CEPM se creó con el propósito de representar al movimiento asociativo de las personas mayores (15 079 asociaciones, con más de 5 746 000 afiliados personas físicas) y facilitar la interlocución con los poderes públicos y otros actores sociales.

2.3.6. México

En México existen dos organismos con alcance nacional que se encargan de las políticas orientadas a los servicios sociales para las personas mayores. El primero es el organismo rector de las políticas enfocadas en la población de personas mayores, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), y el otro es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El INAPAM pertenece a la Administración Pública Federal, está descentralizado y posee au-

tonomía para “coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas”⁴¹ regidos por la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Dicho marco normativo, basado en los derechos humanos de las personas mayores, fomenta y promueve tanto el bienestar y la calidad de vida, como la reducción de las desigualdades e inequidades, considerando la perspectiva de género y un contexto favorable e inclusivo para la población de personas mayores (CNDH, 2015).

La promoción del **envejecimiento activo y saludable**, la **protección de derechos** y el **cuidado**: desde el **envejecimiento activo y saludable** se ofrecen actividades que fomentan la participación y el aprovechamiento en el uso del tiempo libre. En esta línea de acción se encuentran los centros culturales, las cuatro sedes se encuentran en la Ciudad de México, y ofrecen actividades físicas, educativas, recreativas, culturales y productivas. Destinadas al fortalecimiento de la capacidad funcional y la potencialidad en los ámbitos familiar y comunitario (INAPAM, 2022).

Dentro de esta línea de acción se encuentran los clubes. Estos espacios de participación comunitarios ofrecen diferentes opciones formativas, educativas, culturales, deportivas

⁴¹ <https://www.gob.mx/inapam/>

y sociales. Tienen cobertura nacional y se ubican en: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza, Xochimilco. Es loable destacar que en los clubes y en centros culturales se llevan a cabo **acciones preventivas** como las actividades físicas y deportivas (INAPAM, 2022).

Otro programa del INAPAM está enfocado en la **capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre de las personas adultas mayores**. Dicho programa contiene dos ejes: uno en formación en nuevas tecnologías y otro enfocado en la producción en pequeña escala de diversos artículos para el autoconsumo y para la venta (bordado, cerámica, dibujo, escultura, estampado en tela, florería, grabado, juguetería, malla y rafia, marquetería, orfebrería y joyería, peletería, peluche, pintura, pirograbado, popotillo, repujado, talla en madera, tarjetería española, tejido y vitral). Estos programas se ofrecen en los centros de la Ciudad de México y en otros estados.

Para la **inclusión social y vinculación productiva de las personas mayores** se llevan a cabo tres líneas estratégicas: la primera es la capacitación al sector empresarial para la incorporación laboral de las personas mayores; la segunda es el Servicio de Vinculación Productiva que es una acción conjunta entre el INAPAM y las

empresas que desean incorporar a las personas mayores; y la tercera es el Sistema de Empacado Voluntario de Mercancías, que promueve la inclusión social en actividades voluntarias. Estos programas buscan promover el empleo (de acuerdo con el oficio, habilidad o profesión) y generar ingresos. Los módulos de vinculación productiva se encuentran distribuidos en todo el territorio mexicano: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad De México, Oaxaca, Coahuila, Colima, Durango, Estado De México, Guanajuato, León, Irapuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Cuautla, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Orizaba, Yucatán Y Zacatecas (INAPAM, 2022).

Respecto a la salud y el bienestar desde el enfoque de derechos humanos se encuentra en la Ciudad de México el Centro de Atención Integral (CAI). Desde éste se brinda atención médica primaria y general: audiología, cardiología, dermatología, geriatría, ginecología, homeopatía, nutrición, odontología, optometría, ortopedia, psicología, reumatología y estudios como audiometría, electrocardiograma, ultrasonido.

El INAPAM, en cuanto a la **protección de los derechos** de las personas adultas mayores, brinda **apoyo y asesoría jurídica** en temáticas como: jurisdicción voluntaria, arrendamiento

inmobiliario, juicio sucesorio testamentario, pensión alimentaria, etc. Entre otros trámites administrativos propicia enlaces con diferentes instituciones de asistencia y dependencias. Estas gestiones pueden realizarse de manera presencial en la Ciudad de México o en línea a través de un correo electrónico.

Otro programa dirigido a mejorar la **calidad de vida de las personas mayores** es la Credencial INAPAM. Las personas adultas mayores que poseen esta tarjeta tienen acceso a descuentos y beneficios en todo el territorio mexicano y en diversos rubros como: alimentación, asesoría y servicios legales, educación, salud, recreación cultural, agua, transporte, vestido y hogar.

Referido al **diagnóstico temprano** se ofrecen consultas externas integrales para la detección o la confirmación de los diagnósticos de deterioro cognitivo leve o trastorno neurocognitivo mayor (demencia). También se orientan en la temática, según las necesidades de cada caso, a las personas adultas mayores, a sus familiares y al personal de cuidados. Los diagnósticos se realizan en la Clínica de la memoria, ubicada en la Ciudad de México (INAPAM, 2022).

Dentro de los programas dirigidos a los **cuidados** se encuentran los **Albergues y Residencias de día**. En los primeros se brinda atención gerontológica integral. El ingreso es gratuito y una cuota mensual cuyo monto se determina

mediante un estudio socioeconómico. Cuatro de los seis albergues se encuentran en la Ciudad de México (Alabama, Gemelos, Moras y Nebraska). Los otros dos se ubican en las ciudades de Guanajuato y Tuxtepec en Oaxaca.

En las **Residencias de Día** se proporciona atención gerontológica integral a personas adultas mayores en media jornada (de 8 a 15 h), se realizan dos comidas diarias y se brinda seguimiento en el primer nivel de salud, estimulación cognitiva y rehabilitación física temporal. Se apunta, desde una perspectiva de derechos humanos, a que las personas mayores continúen integradas en sus hogares y en la comunidad. Para participar en estas residencias las personas deberán presentar una disminución de la capacidad funcional y contar con nulos o insuficientes recursos económicos y redes de apoyo. Además, deben ser valorados integral y geronto-geriátricamente por el equipo multidisciplinario del INAPAM. El ingreso a las residencias es gratuito y luego, según la situación socioeconómica, deberán abonar una cuota mensual. Cinco de las residencias se encuentran en la Ciudad de México (Cerro San Andrés, Corpus Christi, Dr. Atl, Guadalupe Proletaria, Héroes del 47) y una en Zacatecas (Antonio de Haro Saldívar) (INAPAM, 2022).

Otra línea de acción del INAPAM son las **actividades de capacitación** en temas gerontológicos con enfoque de derechos y de género. Las mo-

dalidades son cursos, talleres y conferencias. Las actividades están destinadas tanto a las personas adultas mayores sobre cuestiones de envejecimiento activo, como a las personas que brindan servicios a la población de personas mayores (personal del servicio público —a nivel federal, estatal y municipal—, personal laboral de los centros de atención a personas mayores y profesionales abocados a dicha población) con el fin de mejorar las prácticas profesionales. Las líneas temáticas de las capacitaciones son: salud mental, cuidados paliativos, prevención de la violencia en personas mayores, nutrición en personas mayores, redes sociales de apoyo, sexualidad en la vejez, síndromes geriátricos, entre otras (INAPAM, 2022).

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se fundó en el año 1943 es un organismo descentralizado con presencia relevante en cuanto a los **servicios sociales** y de **salud** expandidos en todo el territorio. De los nueve millones de personas mayores del país, siete millones están aseguradas a través del IMSS (IMSS, 2021). El Instituto brinda atención y realiza acciones dirigidas a las personas adultas mayores a través de distintos programas. Entre ellos, PrevenIMSS y Envejecimiento Activo Saludable (PREA) pertenecen al primer nivel de atención, y se implementan con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores por medio del **autocuidado y la promoción de la salud** tanto física, mental, emocional como

social. Por su parte, en cuanto el segundo y tercer nivel, el programa GeriatrIMSS – Atención integral brinda consultas externas y hospitalización, además de capacitación a cuidadores.

El programa PrevenIMSS está enfocado en “diversas actividades de promoción de la salud, prevención y detección oportuna del cáncer, con el fin de evitar el incremento de casos de esta enfermedad crónica degenerativa” (IMSS, 2021). Este programa no está dirigido solamente a la población de personas mayores, también realiza campañas de vacunación contra la hepatitis B y el Virus del Papiloma Humano en infantes y adolescentes.

Por otro lado, el **Programa de Envejecimiento Activo Saludable** (PREA) promueve y mejora la calidad de vida de las personas mayores mediante actividades como talleres y capacitación en el uso de nuevas tecnologías y redes sociales. En el año 2018 alrededor de 323 000 personas mayores accedieron al programa PREA en las 123 Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI) y Centros de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM) (IMSS, 2021).

A su vez, el programa GeriatrIMSS es un **plan geriátrico institucional** que ofrece atención especializada y favorece el envejecimiento saludable. Dentro de sus objetivos se encuentra el de capacitar y formar a los profesionales

vinculados con la atención a las personas mayores, para lo que cuenta con una plataforma educativa virtual en la cual se dictan cursos gratuitos sobre la temática (CLIMSS)⁴² y con 21 sedes en todo el territorio mexicano para la formación de médicos especialistas en geriatría. Otro de sus objetivos es implementar acciones de prevención primaria a través de la detección de factores de riesgo para evitar la incapacidad funcional e “implementar estrategias integrales de atención y capacitación interdisciplinarias dirigidas a disminuir mortalidad, morbilidad, discapacidad, estancia hospitalaria y costos” (IMSS, 2021).

En México destacan dos instituciones con fuerte presencia en el país que brindan servicios o tienen programas relacionados con el **cuidado de largo plazo**: la Red de Casas de Día de la Secretaría de Bienestar y las propias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Las Casas de Día son una red que agrupa a Centros de Atención para personas mayores para proporcionar atención integral, promover el bienestar biopsicosocial y el empoderamiento integrándolas a un grupo de convivencia. Además, mediante la coordinación con otras dependencias o instancias, se busca promover el acceso a diversos servicios de

salud, educación, recreación y tiempo libre, entre otros. Estos centros están diseñados para que las personas mayores cuenten con un espacio que les permita ganar independencia y sociabilidad, evitando al mismo tiempo el aislamiento y la soledad no deseada.

El objetivo de la red de Casas de Día es proveer el apoyo necesario para que las instituciones u organizaciones dedicadas a la atención de las personas mayores cuenten con los mínimos requeridos para brindar una atención adecuada, propiciando la generación de espacios de comunicación, promoción de la autonomía y nuevas relaciones sociales, y fomentando, además, la participación tanto de la persona mayor, como de su familia y la comunidad. Como objetivo específico, se busca apoyar la rehabilitación, acondicionamiento o equipamiento de centros o espacios de atención (Centros de Atención a Población de Adultos Mayores, Centros Comunitarios, Casas de la Cultura, Universidades de la tercera edad, entre otros espacios que, en su operación, contemplen la atención específica de este sector de la población) con la finalidad de que se ajusten a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Personas Mayores en Situación de Riesgo y Vulnerabilidad (NOM-031-SSA3-2012) y se sumen a la Red de Casas de Día⁴³.

⁴² <https://climss.imss.gob.mx/index.php>

⁴³ Documento Rector Red de Casas de Día, Programa de Pensión para Adultos Mayores. Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios (DGAGP).

La Red está compuesta por dependencias y organizaciones formalmente establecidas, sin fines de lucro, en cuya operación participa una autoridad municipal, local o federal. Se corresponde con un único apoyo anual para acondicionar y dotar de equipamiento a los centros de día o espacios destinados a atender a las personas mayores.

Según la página oficial del ISSSTE (2021), existen 21 Casas de Día (dos en la Ciudad de México, una en el Estado de México y el resto distribuidas en todo el territorio nacional), las cuales tienen como objetivo que las personas mayores:

Realicen actividades que fortalezcan su cuerpo, mente y autoestima, así como permitir a los familiares liberarse de la preocupación y el riesgo de que estos se encuentren solos en casa. Las Casas de Día son lugares de convivencia, donde encontrarán actividades para el cuerpo, ejercicios para la mente, diversas expresiones artísticas, espacios para que pueda comer y convivir con sus amigos, registro médico, apoyos psicológico y nutricional. Todo en ambientes agradables y seguros que operan durante el tiempo de una jornada normal de trabajo (cfr. Párr. 2-5).

Con relación a lo anterior, López-Ortega y Aranco (2019) mencionan que:

Se puede afirmar que en México el rol del Estado en lo que respecta a los cuidados a la dependencia es inexistente, excepto por la administración de algunas casas residenciales o centros de día. Como consecuencia, éstos son mayormente cuidados familiares no remunerados, con poco apoyo o capacitación. Por otra parte, se observa una creciente oferta privada que abarca una gran variedad de servicios y costos, pero que quedan al alcance de la población con mayores ingresos únicamente (p. 34).

En este contexto, los **centros de día** se consolidan como una estrategia de apoyo para quienes son, dentro de las familias, los principales proveedores de cuidado de las personas mayores o, como mencionan las autoras, “una oportunidad para que la persona a cargo de brindar servicios de apoyo tenga algo de tiempo personal, pueden tratarse como un servicio de respiro” (ibíd: 35).

En cuanto a los **servicios residenciales**, según los datos del Censo 2020, se registran, en todo el territorio mexicano, 1 504 instituciones del tipo Casa Hogar para personas mayores, brindadas a través de la asistencia social, donde residen 27 590 personas adultas mayores.

Si bien los resultados del Censo 2020 no discriminan por tamaño de localidad sino por entidad federativa, lo que no permite estimar la cobertura

ra en las áreas rurales, es razonable asumir que los servicios residenciales tienen presencia en los entornos rurales o, al menos, en las entidades federativas donde hay mayor presencia de población rural, como es el caso de Chiapas donde de los 208 alojamientos que existen, 20 corresponden a Casa Hogar para personas mayores.

Por último, dentro de otras acciones relacionadas con unidades de **cuidados a largo plazo**, se destaca el Plan Médico a Tu Casa. Cabe notar que, tanto en este tipo de programas como en las acciones identificadas en los párrafos anteriores, no se advierte la incorporación de aspectos o criterios relacionados con el género, la diversidad sexual y cultural, salvo en las unidades de residencia tipo albergues, específicos para la población indígena.

2.3.7. Paraguay

En Paraguay, desde la **Dirección de Adultos Mayores del Instituto de Bienestar Social** se lleva a cabo la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos destinados a mejorar las condiciones y la calidad de vida de las personas mayores, en cumplimiento de la Ley N.º 1885/02 "De las personas adultas mayores".

En el país, los **servicios sociales** tienen dos líneas de acción. Por un lado, los servicios dirigidos a las personas adultas mayores con algún tipo de **dependencia**, cuyo objetivo es reducir o

retrasar la dependencia, (como los centros de día) y atender las situaciones derivadas de la dependencia, a lo que apunta la atención domiciliaria o los establecimientos de larga estadía.

Por otro lado, los servicios destinados a atender a las **personas autónomas** que atraviesan situaciones de vulnerabilidad extrema, entre los que cabe mencionar a los hogares tutelados, unidades enfocadas en la atención de las necesidades de las personas adultas mayores en situación de calle que tienen modalidades de residencia ordinaria o habitual. Si bien estos establecimientos se ubican principalmente en zonas urbanas, se registran algunos hogares de este tipo en entornos rurales.

En Paraguay las acciones hacia las personas adultas mayores contemplan el fortalecimiento y la creación de servicios sociales generales, intermedios y especializados. Esto involucra, por un lado, la promoción del **envejecimiento activo y saludable**, para lo que se cuenta con siete centros comunitarios y cinco comedores en funcionamiento. En cuanto a la creación de servicios generales, es importante mencionar que existen doce residencias u **hogares de estadía permanente o de larga estadía**, cinco nacionales y siete estatales (en convenio), y están destinados, en especial, al cuidado de las personas mayores.

Los **centros comunitarios** son una alternativa de atención diurna a personas de 60 años y más,

donde se ofrecen servicios y actividades que estimulan y fortalecen la autonomía y favorecen la participación. En estos centros se realiza la atención preventiva, con servicios especializados cuya intención es lograr que las personas mayores se mantengan en un estado físico y emocional que les permita valerse por sí mismas y permanecer en un medio familiar y social.

Este tipo de unidad se encuentra a disposición de las personas residentes en los entornos rurales. Entre ellos, figuran el Centro Comunitario Cerro Poty (Ñemby), el Centro Municipal de Adulto Mayor de Fdo. de la Mora, el Centro Comunitario San Antonio (San Antonio), el Centro Comunitario Miguel Ángel Ortiz (Asunción), el Centro Comunitario Amka (Paraguarí), el Centro Comunitario Apamies (Ypane) y el Centro Comunitario Carmelo Peralta (Alto Paraguay). Estos centros en combinación con los comedores comunitarios son las principales estrategias para atender las necesidades de la población en situación de vulnerabilidad y dependencia, dentro de la que se encuentran personas adultas mayores.

Los **comedores comunitarios** tienen como finalidad satisfacer las necesidades de alimentación de personas adultas mayores de escasos recursos en situación de pobreza y vulnerabilidad, para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de seguridad alimentaria y nutricional. Corresponde mencionar que, si bien no

es una política exclusiva para las personas mayores, alcanza a esta población. En su origen, son acciones dirigidas a personas en situación de pobreza o vulnerabilidad, a los niños y adolescentes entre 0 a 18 años, personas con discapacidad y personas de comunidades indígenas. El programa entrega alimentos de forma bimestral en los comedores pertenecientes a las organizaciones comunitarias responsables del proyecto, conforme a la población atendida en cada comunidad. Entre los comedores se hallan: Amvilla (Villeta), el Comedor Divino Niño (Asunción), el Comedor Villa Jardín (Limpio), Comedor Pueblo de Dios (Colonia Repatriación) y el Comedor Beata Piedad de la Cruz (Asunción).

Por su parte, las **Residencias de Larga Estadía (RLE)** o los hogares permanentes son establecimientos que brindan atención integral, vivienda, alimentación, atención médica, social, psicológica, fisioterapéutica y odontológica. Dos de los hogares nacionales se ubican en Asunción, Santo Domingo (exclusivo para varones) y Nuestra Señora de la Asunción (solo para mujeres). Por su parte, la Residencia Geriátrica Gijón Róga es un albergue mixto que funciona en Luque; el hogar Monseñor Emilio Gaona, en Concepción, y el hogar Tutelado, también mixto, en el predio del hogar Santa Teresita. Entre las residencias con convenio se encuentran el hogar de Ancianos Virgen del Rosario (Natalicio Talavera-Guaría), el de Yhú (Caaguazú), el hogar Juan Pablo II (Coro-

nel Oviedo–Caaguazú), San Vicente de Paul (Misiones), Divina Misericordia (Ayolas), San Francisco de Asís (Luque) y el hogar de ancianos Santa María (Encarnación).

2.3.8. República Dominicana

El **Consejo Nacional de la Persona Envejeciente** (CONAPE) es el organismo responsable de diseñar las políticas nacionales destinadas a las personas mayores en República Dominicana, y está regulado por la Ley N.º 352/1998 sobre Protección de la Persona Envejeciente. Su objetivo es generar acciones para que las personas adultas mayores tengan una **vida activa, productiva y participativa**, dentro de un marco de dignidad, libertad, convivencia familiar y comunitaria, y mediante el ejercicio de sus derechos a la recreación, la cultura y la igualdad. Tiene a su cargo la responsabilidad de orientar en la aplicación de las políticas a las entidades autorizadas del sector y hacer cumplir la ley que lo organiza, en torno a los lineamientos del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.

Desde el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD) y en conjunto con el Ministerio de la Mujer, se generó la **Mesa Nacional de Cuidados**, en ella participan diversas instituciones que brindan servicios de atención a diferentes poblaciones, entre ellas a las personas adultas mayores. El objetivo es avanzar en el

diseño, articulación y puesta en marcha de una Política y Sistema Nacional de Cuidados. En este marco, en 2021 se lanzó el Programa Supérate.

Respecto de los **cuidados a largo plazo**, el CONAPE posee Centros de atención de las personas mayores y ejecuta el programa social de CONAPE, transferido desde la Dirección de Protección a la Vejez del Ministerio de Salud Pública. Entre los centros para el cuidado y orientación de las personas mayores se pueden discriminar dos tipos: los Centros Permanentes y los Centros Diurnos.

Por su parte, el **Programa Familias de Cariño** (PFC) brinda incentivos económicos a familias que alojan en sus hogares a personas mayores de 65 años que presentan una condición de dependencia y no cuentan con redes familiares de apoyo o contención. El programa identifica a las familias de “confianza” en cada barrio, prioriza las de mujeres solas y personas mayores jubiladas o sin empleo con el fin de convertir sus casas en “Hogares de Cariño” a partir de una prestación económica que aporta el Estado. Esta línea programática apunta a reforzar la corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado, y procura:

- a) Reducir la institucionalización de las personas mayores.
- b) Remunerar el cuidado de la persona mayor.
- c) Capacitar a los cuidadores de las personas mayores.

- d) Fomentar programas de inclusión y atención integral a las personas mayores.
- e) Contribuir al fortalecimiento económico de quienes cuidan a personas mayores en extrema vulnerabilidad.

En cuanto a la **participación social** como parte del **envejecimiento activo y saludable** de las personas mayores, República Dominicana no dispone de registros de organizaciones sociales, culturales o políticas de personas mayores en áreas rurales. Sin embargo, en el país existen más de 64 organizaciones de la sociedad civil que trabajan con la población mayor a nivel nacional y se suman, de esta manera, a aquellas que implementan programas en centros diurnos y permanentes.

2.3.9. Uruguay

Uruguay se destaca por llevar a cabo diversas acciones que promocionan el **envejecimiento activo y saludable** y buscan fortalecer la **autonomía**, propiciar la **participación social** de las personas mayores y garantizar la **calidad de vida**. Entre ellas, la **Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores** (Redam) reúne a organizaciones de todo el país conformadas por las personas mayores. Entre los objetivos de la Redam se encuentran la democratización de la información a nivel nacional y regional en políticas sobre envejecimiento y vejez; la promoción de los

derechos de las personas mayores; el fortalecimiento de redes de personas mayores, y el intercambio sobre prioridades y demandas de los propios colectivos de personas mayores (Redam, 2021).

La articulación entre estas organizaciones y el Ministerio de Desarrollo Social es significativa. Así, por ejemplo, en la VII Edición del Premio Interamericano a la Innovación para la Gestión Pública Efectiva de 2019, el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) obtuvo un Reconocimiento Especial otorgado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) a la experiencia sobre promoción de la participación de las personas mayores del Uruguay a través del vínculo de este instituto con la Redam.

A su vez, la **Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas** del Uruguay (ONAJPU) ha destacado por su participación, entre otras cuestiones, como interlocutor en el desarrollo de soluciones habitacionales para jubilados y pensionados en áreas rurales, que Uruguay lleva adelante a través del Sistema Nacional de Cuidados (del Banco de Previsión Social), el Ministerio de Vivienda y el Movimiento Pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre (MEVIR).

Sumado a lo anterior, se destaca la presencia del **Consejo Consultivo** como órgano de

propuesta y asesoramiento en materia de políticas dirigidas a las personas adultas mayores, creado por Ley N.º 18.617/2009, en ámbito del Inmayores del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Este Consejo está integrado por: la sociedad civil organizada (la red de organizaciones Redam y las asociaciones de jubilados y pensionados ONAJPU mencionadas), actores estatales como el Ministerio de Salud, el Banco de Previsión Social (BPS), el Congreso de Intendentes de Uruguay y la academia de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República a través de la Cátedra de Geriatría y Gerontología.

Por otro lado, el acceso a los **servicios de cuidado** en Uruguay se organiza por medio del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) que ejecuta la Secretaría Nacional de Cuidados. En el ámbito del MIDES, esta secretaría tiene el objetivo de articular y coordinar de manera intersectorial e interinstitucional los propósitos del sistema, a partir de los lineamientos emanados de la Junta Nacional de Cuidados, con alcance nacional.

Los ministerios que conforman el SNIC son: Desarrollo Social, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública y Economía y Finanzas. En la puesta en práctica participan la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Banco de Previsión Social y el Instituto del

Niño y el Adolescente. A su vez está conformado por la Secretaría Nacional de Cuidados, la Junta Nacional de Cuidados y el Comité Consultivo. Cabe destacar que el sistema de cuidados alcanza a la población infantil de 0 a 3 años, a personas con discapacidad severa y a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia (BPS, 2021).

La Ley N.º 19.353/2015 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) garantiza el cuidado como un derecho y función social. Este sistema surgió para generar un modelo de responsabilidad compartida entre familias, Estado, comunidad y mercado. Mediante el SNIC se busca el desarrollo integral, la autonomía y el bienestar de la población en situación de dependencia, lo que implica la promoción de la autonomía personal, atención y asistencia de las personas mayores que necesitan la ayuda de otras para realizar sus actividades cotidianas. En este marco, resultan también población objetivo del SNIC las personas encargadas del cuidado, incentivando el reconocimiento y la profesionalización de sus tareas a través de la formación y capacitación, entre otras acciones.

En el país, el 12,9 % de la población mayor de 65 años presenta **situación de dependencia**, cerca de 490 000 personas. Esta situación se agudiza a medida que aumenta la edad, y las mujeres son las más afectadas. Así, en 2018

se estimó una demanda potencial de servicios de cuidado de 64 000 personas (Sistema de cuidados, 2020).

En este contexto, el **sistema de cuidados** se enfoca en brindar asistencia para que las personas dependientes puedan desenvolverse en su cotidianidad, por medio de dos líneas de acción: el programa de asistentes personales y el programa de **teleasistencia**.

El programa de asistentes personales supone la presencia de un cuidador o una cuidadora que acompaña a personas con dependencias severas durante veinte horas semanales (la prestación implica únicamente tareas de cuidado, no domésticas). A su vez, el programa de **teleasistencia** está destinado a personas mayores de 70 años con dependencia leve o moderada y se instrumenta mediante un dispositivo (pulsera o collar) que, al ser presionado, activa una conexión con un centro de atención disponible 24 horas durante los 365 días del año (MIDES, 2021a). Este mecanismo simple y eficaz le permite a la persona mayor solicitar ayuda en situaciones de urgencia, es decir, avisar a la familia, vecinas y vecinos o servicio médico, ante cualquier incidente que tenga lugar en su hogar. El servicio de teleasistencia tiene alcance nacional y en marzo de 2020 contaba con 1533 personas mayores usuarias (Sistema de cuidados, 2020).

Los **centros de día**, también destinados a la población adulta mayor, son espacios de cuidados diurnos para personas mayores de 65 años con dependencia leve o moderada que residen en sus hogares. Tienen como objetivo promover la **autonomía** de la persona mayor, favorecer la permanencia en su entorno habitual, retrasar los procesos de institucionalización o entrada a las residencias de larga estadía y apoyar a la familia cuidadora. Están gestionados conjuntamente por los municipios, las intendencias y las organizaciones de la sociedad civil, con corresponsabilidad social entre el Estado, la comunidad y las familias. En el año 2019 Uruguay contaba con nueve centros de día ubicados en La Paz, Pando, Juan Lacaze, Minas, Rocha, Paso de los Toros, Paysandú, Tranqueras y Melo (MIDES, 2019).

Por su parte, los **centros de larga estadía** o **residencias de larga estadía** son hogares o residenciales que brindan, en forma permanente, cuidados a personas mayores. Ofrecen **vivienda, alimentación, actividades y servicios**. Existen 343 residencias de este tipo habilitadas o en proceso de habilitación. Están distribuidas en todo el territorio, incluyendo los entornos rurales, aunque se concentran en mayor medida en las regiones metropolitana y litoral (Sistema de cuidados, 2020).

A través del Banco de Previsión Social (BPS), integrado por los ministerios de Desarrollo So-

cial, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública y Economía y Finanzas, se desarrollan acciones para el acceso a créditos con el objetivo de mejorar los servicios que brindan o para profesionalizar los servicios de las personas cuidadoras.

En cuanto a servicios de cuidados en zonas rurales y pequeñas localidades, Uruguay cuenta con planes de acción de cuidados específicos que se implementan a través de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. En conjunto con municipios y diversos actores locales desarrollan iniciativas con equipos de personal cuidador comunitario, así como espacios de cuidados y de socialización destinados a las personas mayores, centros de promoción de la autonomía para personas con discapacidad y la promoción del sistema y de la corresponsabilidad social y de género. Estos espacios se ubican en los departamentos de Salto (Villa Constitución, Belén y Colonia Lavalleja), Treinta y Tres (Vergara y Charqueada), Durazno (Blancoquillo, La Paloma y Villa del Carmen), Artigas (Tomás Gomensoro y Sequeira), y Canelones (Soca, Aguas Corrientes y Santa Rosa).

2.3.10. A modo de síntesis

En la región iberoamericana y en particular en los ocho países comprendidos en este informe, en el marco de las protecciones garantizadas por las coberturas en servicios sociales

a la población mayor y como un primer escalón de estas, se llevan a cabo diversas acciones destinadas a promover la participación e integración social y comunitaria de las personas mayores, que fomentan la autonomía, propician el retraso de la dependencia, previenen el aislamiento, la soledad no deseada y mejoran la calidad de vida.

En este sentido se destacan **España, Uruguay y Argentina**, países que poseen órganos consultivos vinculados directamente a las instancias de diseño y elaboración de políticas dirigidas a la población mayor. En esta línea, cabe subrayar la presencia de las diferentes organizaciones de la sociedad civil autogestionadas por las personas mayores, que cuentan con apoyo del Estado, como son los casos de los clubes para personas mayores en **Chile** y la participación en organizaciones tales como la Redam o la ONAJPU en **Uruguay**.

Como se mencionó, los servicios sociales están organizados en torno al sistema de cuidados progresivos, con iniciativa pública, privada y mixta. Inclusive, en algunos casos, con cuotas por parte de los destinatarios, como se observa en **Chile y España**.

La mayoría de los países cuenta con centros diurnos y nocturnos destinados a personas con dependencia leve y moderada, en los cuales se realizan diferentes tipos de actividades

que procuran el envejecimiento activo, es decir, el mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas y el retraso de la dependencia. En algunos casos, estas acciones se combinan con los sistemas de cuidados en domicilio y, en menor medida, con la teleasistencia.

Otro de los servicios destinados al cuidado de las personas mayores que se observa en el conjunto de los países analizados son las residencias de larga estadía, así como otras alternativas de cuidados residenciales. Dentro de los últimos se destacan los servicios que se proporcionan en **España** a través de los Servicios de Atención Residencial que ofrecen las viviendas para mayores y la experiencia de **República Dominicana** por medio del Programa Familias de Cariño, que brinda incentivos económicos a familias que alojan en sus hogares a personas mayores en situación de dependencia que no cuentan con redes familiares de apoyo o contención.

Con base en las observaciones realizadas surge que en todos los países de este informe existe un alto compromiso con la población adulta mayor. Un indicador de ello es el alto grado de institucionalización de la problemática de las personas mayores que se advierte en los países que se han analizado, los cuales cuentan con Direcciones, Secretarías y Ministerios, por mencionar solo algunos, con alta labor inter-organismos y en los diferentes nive-

les de gobierno. Sin embargo, debe destacarse que los distintos niveles de institucionalización presuponen también un reconocimiento, compromiso y alcance estatal diferencial.

Así también, se destacan los diferentes marcos legales que regulan las políticas de cuidado en domicilio, el funcionamiento de las residencias de larga estadía e incluso los cuidados paliativos. No obstante, en países como **Brasil** y **República Dominicana**, una parte importante de las tareas de cuidado de las personas mayores continúa siendo responsabilidad de los otros actores del “diamante de los cuidados”: el mercado y los entornos familiares y comunitarios (Razavi, 2007: 21). En ese sentido, se observa un desarrollo insuficiente de dispositivos intermedios como los centros diurnos.

Respecto de los obstáculos para el acceso a ciertos servicios sociales en las zonas rurales, se coincide en que los principales son las distancias y la escasez de recursos para el desplazamiento de las personas mayores. En **México** la mayoría de los programas se ofrecen en la Ciudad de México o están centralizados en la misma, esto conlleva a que las personas mayores tengan que trasladarse o accedan a través de otros medios o canales de comunicación como el teléfono o el correo electrónico. En algunos países, como parte de los servicios sociales, se brindan transferen-

cias económicas y alimentarias para los sectores vulnerables o de pobreza extrema de la población mayor. En la mayoría de los países, esta problemática afecta en mayor medida a la población de los entornos rurales.

Por último, es importante subrayar las acciones enfocadas en la profesionalización, a través de la formación continua de los recursos humanos que brindan atención, apoyo y cuidados a las personas mayores.

Entre ellas, destacan los casos de **España**, que a través de la plataforma virtual ofrece una amplia variedad de cursos de formación y actualización permanente; **Chile**, que propor-

ciona formación continua y especialización a los profesionales que trabajan en el área de la vejez y el envejecimiento, a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), y **Argentina**, que además de formar y capacitar a personas cuidadoras desde la década de 1990, cuenta con un registro a nivel nacional con alcance a todo el territorio. Asimismo, todos los países de este análisis han detectado la necesidad de formar y capacitar personas en el tema del envejecimiento y están llevando a cabo acciones en esta dirección, para lo cual el Estado articula la participación de las ONG y la contribución de las instituciones civiles, con y sin fines de lucro, en el momento de legislar sobre la materia.





La vejez rural iberoamericana en el marco de la pandemia por la COVID-19



3

3.1. Introducción: el impacto de la pandemia en la región iberoamericana

La pandemia por la COVID-19 a comienzos de 2020 ha puesto en jaque a los sistemas de protección social y la atención socio-sanitaria en todo el mundo, y en particular, aquellos orientados a la atención en la vejez.

De acuerdo con sus características, el virus se ha presentado con mayor riesgo de hospitalización y letalidad en determinados grupos poblacionales, en especial en las personas mayores de 60 años y aquellas con enfermedades prevalentes como obesidad, diabetes, patologías cardíacas, respiratorias, renales crónicas e inmunocomprometidas, entre otras. Si se tiene en cuenta que los factores de riesgo de la salud tienen mayor presencia entre las personas mayores, la situación las torna aún más vulnerables.

A continuación, se presentan los datos globales sobre los efectos de la pandemia y el alcance de los procesos de vacunación a nivel regional en cada uno de los países de este informe, con énfasis en la población mayor de los ámbitos rurales. Asimismo, se identifican las medidas que los Estados han llevado ade-

lante durante la pandemia para reducir sus efectos en la población.

Debido a que se trata de un evento reciente —y aún en proceso— el análisis de los efectos de la pandemia que se realiza en este capítulo se basa, en gran medida, en la información que proporcionan las instituciones miembros del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las Personas Adultas Mayores (PICSPAM). A su vez, los aspectos relacionados con la situación epidemiológica, las medidas de prevención y la vacunación se abordaban a partir de los registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Planes Estratégicos de vacunación de cada país.

Asimismo, en lo que respecta a la situación epidemiológica cabe aclarar que, debido a que los datos de **casos acumulados de contagio** se presentan en cantidades absolutas, el ejercicio de comparación de estos números entre países de diferente densidad poblacional resulta poco pertinente. Así, para fines de este informe, se estima el porcentaje que el número de contagios de cada país representa respecto de su población y, a partir de ello, se realiza la comparación.

Gráfica 6

Porcentaje de casos positivos en la población total por país.
Octubre de 2021.



Elaboración propia. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

Según se observa en la Gráfica 6, en la región iberoamericana Argentina, España, Uruguay, Costa Rica y Panamá (los dos últimos no forman parte de este informe) registraron la mayor proporción de casos detectados sobre el total de población. En otras palabras, en Argentina un 12,0 % de la población resultó contagiada, mientras que, en España, Uruguay, Costa Rica y Panamá el porcentaje de contagios es del 11,0 % de la población, en cada caso.

Respecto de las políticas para contener el avance del virus, en el conjunto de los países analizados se implementaron medidas similares, pero con disímiles niveles de rigurosidad y cumplimiento⁴⁴. Desde el comienzo de la pan-

demia y en tanto no se contaba con vacunas contra el virus, el uso del tapabocas (mascarillas) y el distanciamiento social se impusieron como las prácticas claves para prevenir los contagios, así como la implementación del confinamiento y las restricciones en la movilidad. En general han persistido como herramienta complementaria, en grado diverso, una vez implementada la vacunación en los distintos países.

Además de estas medidas, los **planes de vacunación** que se implementaron son uno de los indicadores más relevantes para analizar las políticas de contención. En líneas generales, estos planes fueron diseñados, en el conjunto

⁴⁴ Para profundizar sobre la aplicación de estas se sugiere consultar el rastreador de respuestas gubernamentales COVID-19 de Oxford (OXCGRT) <https://worldhealthorg.shinyapps.io/covid/>

de los países, según una estrategia progresiva y escalonada, estructurada sobre los objetivos estratégicos definidos por la OMS (2020c), entre los que destacan: la protección de la integridad del sistema de salud, por lo que se recomienda como prioritaria la vacunación de los profesionales de la salud de los diferentes niveles y servicios; la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada con la COVID-19, de esta manera se daba protección a las poblaciones de mayor riesgo y se reducía la transmisión de la infección comunitaria. Si bien las fases y etapas en las que se organizan estos planes responden a las características propias

de cada uno de los países, las distintas estrategias que se adoptaron en la región están acordes con las recomendaciones internacionales y comparten los mismos lineamientos generales.

En este sentido, resulta interesante analizar la evolución que ha tenido el **proceso de vacunación** en cada caso. La tasa de vacunación representa un indicador de mucha utilidad, ya que permite analizar el avance de la estrategia de vacunación en cada país de la región, y relaciona la cantidad de vacunas por cada 100 habitantes.

Gráfica 7

Tasa de vacunación por COVID-19 por país. Octubre de 2021*.



Elaboración propia. Fuente: OMS (2021).

* Datos correspondientes al 15 de octubre de 2021. Excepto los datos de Bolivia, que corresponden al 8 de octubre de 2021 y España y Portugal, del 17 de octubre de 2021.

Con base en la Gráfica 7 y en consideración de todos los países de la región (no solamente los que se incluyen en este informe), se desprende que existe una dispersión significativa en cuanto a la disponibilidad de las vacunas y su alcance en relación con la población de cada país. Así, países como Cuba, Uruguay, Chile y Portugal superan, y en algunos casos duplican, la cantidad de vacunas por cada 100 habitantes. Dicho de otro modo, cada 100 habitantes Cuba registra 209 vacunas, Uruguay 186, Chile 178 y Portugal 157. En segundo lugar, se puede mencionar a España 149, Panamá 131, El Salvador 125, Argentina 122 y Ecuador 121.

En sentido opuesto, entre los países con las tasas de vacunación más bajas se encuentran Nicaragua 15 y Guatemala 44, cuyas tasas son inferiores a 50, Venezuela y Bolivia, con valores levemente superiores (57 y 59 personas vacunadas por cada 100 habitantes, respectivamente).

3.1.1. Argentina

En Argentina, el Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 fue construido a partir de las recomendaciones de los organismos internacionales. De esta manera, el esquema de vacunación se estructura sobre la priorización de la población con mayor nivel de riesgo, ya sea por exposición, por enfermedad grave o por condición vulnerable. Con base en esos

criterios, la **campaña de vacunación** contra la COVID-19 se organizó de manera escalonada y progresiva, en las siguientes etapas:

1. Personal de salud, estratificado según el riesgo de la actividad.
2. Personas de 70 años y más y personas mayores residentes en hogares de larga estadía.
3. Personas entre 60 y 69 años.
4. Fuerzas Armadas, de seguridad y personal de servicios penitenciarios.
5. Personas de 18 a 59 años de Grupos de Riesgo.
6. Personal docente y no docente de nivel inicial, primaria y secundaria.
7. Otras poblaciones estratégicas definidas por las jurisdicciones y la disponibilidad de dosis (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2020: 11).

Si bien en el plan no se especifican acciones de vacunación dirigidas, en particular, a la población rural, cabe aclarar que la estrategia de vacunación en Argentina contempla al conjunto de la población al margen del área de residencia, la edad y la presencia de factores de riesgo (estos dos últimos aspectos han sido tenidos en cuenta al momento de definir las etapas de vacunación, como se mostró en el párrafo precedente).

De acuerdo con los datos del Monitor Público de Vacunación publicados en noviembre de

2021 (y recuperados el mismo año), el país registraba el 80,0 % de la población con el esquema de vacunación iniciado y el 63,0 % con el esquema de vacunación completo. Adicionalmente, se observa que, dentro de las aplicaciones administradas, el 2,4 % corresponde a personas vacunadas con dosis adicionales y con dosis de refuerzo (Monitor Público de Vacunación, 2021). Si bien esta información no especifica la cobertura por grupos de edades, sí se presentan los datos de vacunación discriminados por género. Así, del conjunto de las personas que se vacunaron el 52,6 % son mujeres, el 47,2 % son varones y el resto corresponde a otras identidades (Monitor Público de Vacunación, 2021).

Entre las iniciativas desarrolladas para hacer frente a los efectos de la pandemia, cabe mencionar el Programa Residencias Cuidadas desarrollado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) con el propósito de prevenir e intervenir ante situaciones de contagio de la COVID-19 en las Residencias de Larga Estadía (RLE) para personas mayores. El programa busca resolver la demanda de cuidados frente a la emergencia sanitaria de las personas afiliadas que residen en estas instituciones e implementa diversas medidas destinadas a reducir la morbimortalidad y adecuar las instalaciones para mejorar su capacidad de respuesta a la pandemia.

En este contexto, mediante el Programa Residencias Cuidadas se ha instrumentado un acompañamiento continuo a las residencias de larga estadía, incluyendo la implementación de un sistema que permitió generar intervenciones rápidas ante la aparición de situaciones de contagio. A su vez, se diseñaron herramientas para el control y seguimiento de los brotes institucionales; se dispuso la conformación de un equipo psicosocial para la contención a residentes y familiares, y se fortaleció económicamente a las residencias con el fin de garantizar el acceso a los insumos básicos necesarios para cumplir con los protocolos y medidas de seguridad vigentes e incentivar la adecuación de espacios destinados al aislamiento en caso de presentarse contagios.

El desarrollo de estas acciones ha permitido contener el impacto de la pandemia dentro de las residencias de larga estadía dependientes del organismo. De acuerdo con información de las autoridades del INSSJP-PAMI, se logró contener de forma efectiva las tasas de contagio y letalidad en las residencias, considerando que del total de casos positivos dentro de la población afiliada de 60 años y más, solo el 2,6 % corresponde a residentes de estos establecimientos, y del total de fallecidos por COVID-19 dentro de la misma población, solo el 2,8 % corresponde a personas que viven en residencias. Este programa alcanza a más de 560 establecimientos distribuidos en todo el

país, en los cuales residen aproximadamente 22 000 personas afiliadas (INSSJP PAMI, s.f.a).

Asimismo, el INSSJP-PAMI implementó el programa Chequéate en casa, que permitió desarrollar una forma de autoevaluación para detectar factores de riesgo para la salud y efectuar un seguimiento médico personalizado (INSSJP-PAMI, s.f.b). Esta medida actuó complementando la implementación de las recetas electrónicas mediante las cuales las personas afiliadas podían acceder a su medicación sin necesidad de asistir al consultorio médico, lo que redujo el traslado a consultorios en un 75,0 % (INSSJP PAMI, s.f.c). Esta iniciativa tuvo un alcance menor en áreas rurales debido al menor acceso a tecnologías digitales.

3.1.2. Brasil

Brasil fue uno de los países más afectados por la pandemia de la COVID-19 a nivel global. El Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos (*Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*), a través de la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (*Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa*), diseñó un plan de vacunación en sintonía con las recomendaciones internacionales en la materia, lo estructuró en cuatro fases de acuerdo con un esquema de priorización de la población objetivo.

En la fase uno se vacunó al personal de salud, a las personas de 75 años y más, y a las personas mayores de 60 años que vivían en residencias sociales o de larga estadía. La fase dos comprendió la vacunación de las personas de entre 60 y 74 años, mientras que en la fase tres se vacunó a quienes presentaban riesgos por comorbilidades (problemas cardíacos, diabetes y enfermedades renales). La cuarta fase abarcó a los equipos docentes, personal del sistema penal, población penitenciaria y miembros de las fuerzas de seguridad y salvamento.

Como se puede observar en la Gráfica 7, en octubre del 2021, Brasil registraba una tasa de vacunación de 116 vacunas por cada 100 habitantes. Si bien no se cuenta con información específica respecto del alcance de la vacunación sobre la población adulta mayor y puntualmente de las zonas rurales, según los datos que se dieron a conocer en noviembre de 2021, el 60,0 % de la población brasileña estaba vacunada con al menos una dosis (Statista, 2021).

Cabe destacar que, en Brasil, el 75,0 % de la población indígena mayor de 18 años está vacunada, lo cual es importante puesto que se trata de una población con condiciones de vulnerabilidad extrema (ONU, 2021). Por su parte, los operativos de vacunación desplegados específicamente en zonas rurales se enmarcan en el Programa de Salud Familiar.

Los **efectos de la pandemia** son múltiples ya que impactaron el plano económico con la afectación de los ingresos y las redes de apoyo social y por consiguiente en la salud mental (Romero *et al.*, 2021).

En el marco de este informe, la Dirección del Departamento de Políticas sobre Derechos de las Personas Mayores de la Secretaría Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores destacó el impacto negativo de la COVID-19 en términos de la salud mental de las personas adultas mayores, la cual mantiene una estrecha relación con las condiciones de aislamiento y soledad que vivieron a causa del distanciamiento social.

Si bien estas situaciones impactan en el conjunto de la población mayor, la dependencia antes mencionada afirma que en los entornos rurales el efecto negativo fue mayor, debido a la distancia y la falta de infraestructura (en telecomunicaciones, por ejemplo), que profundizaron las situaciones del aislamiento y soledad no deseada. Según Romero *et al.*, la política de atención primaria de la salud en Brasil sufre un proceso de debilitamiento desde 2017. El modo en que esto impactó en los equipos que asisten en los territorios (Agentes Comunitarios de Salud, ACS) agravó el riesgo de desasistencia de una parte significativa de la población, especialmente durante la pandemia (2021: 11).

Por último, cabe destacar que, aun cuando el aislamiento social no se impulsó como una política nacional, ya que Brasil es un país federal, los estados que lo integran implementaron acciones de cuidado y distanciamiento social con el fin de proteger a la población durante la pandemia (Acosta *et al.*, 2021).

3.1.3. Chile

El **plan de vacunación** que aplicó Chile se basó en un esquema progresivo, que consideró los factores de riesgo de la población. En este marco se definió a las personas residentes en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) como grupo prioritario para la vacunación, y se estableció el siguiente orden: en primer lugar se vacunaría en los establecimientos localizados en las regiones priorizadas por el poder ejecutivo; luego en los establecimientos con personas residentes con alto nivel de vulnerabilidad y con altos niveles de dependencia funcional, con o sin autorización sanitaria; y por último, en los ELEAM sin contagios activos. En abril de 2021 se habían vacunado al menos con la primera dosis el 99,0 % de los residentes de los establecimientos (SENAMA, 2021c).

En cuanto al alcance del plan de vacunación, Chile registra los niveles más altos de población vacunada respecto de los países que se analizan en este informe: en noviembre de

2021, registraba cerca del 82,0 % de la población con esquema completo de vacunación (Statista, 2021), destacándose un alto nivel de participación de la población mayor.

Se hace necesario mencionar que, en Chile, si bien:

La ruralidad está asociada a desafíos de desarrollo territorial por su vulnerabilidad socioeconómica, menor conectividad, menor acceso a servicios, menor población y densidad poblacional, no todas las zonas rurales presentan estos desafíos y algunas zonas urbanas sí los presentan. Por otro lado, no existen comunas de por sí rurales, sino que territorios rurales dentro de las comunas (SENAMA, 2021a: 25).

En este contexto, aunque no se especifica el alcance de la vacunación en áreas rurales, se destacan la organización del operativo de vacunación y la articulación entre los diferentes niveles de gobierno para su ejecución. En particular, sobre la red de atención primaria, cuya presencia en todo el territorio involucra el contacto directo con las personas y la cercanía a los lugares donde reside la población de los entornos rurales. Además, las unidades del nivel de atención primaria habitualmente participan de operativos de vacunación y pudieron por consiguiente funcionar como vacunatorios contra la COVID-19.

Uno de los efectos más notorios de la pandemia en Chile se relaciona con la suspensión y el retraso en los controles y procedimientos médicos que las personas mayores se realizan de forma periódica. Por su parte, en lo referente a la salud mental, un dato relevante fue el deterioro que experimentaron las personas mayores como consecuencia de las medidas de prevención implementadas, como el distanciamiento social y los confinamientos o las cuarentenas (voluntaria, total obligatoria o sanitaria), lo que trajo aparejados efectos adversos sobre la salud biopsicosocial de las personas mayores en general (Proyecto NODO, 2021: 6). Es decir, estas limitaciones generaron un impacto negativo en la salud mental de la población en general, y en particular para las personas mayores, en un escenario desfavorable para el acceso a las redes de apoyo material y emocional.

El SENAMA implementó diversas acciones con el objetivo de revertir y paliar esta situación. Así, junto con el Proyecto NODO desarrollado en el marco del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se puso en funcionamiento el programa Fono Mayor COVID-19, herramienta de mucha utilidad para hacer frente a la crisis sanitaria y sus efectos en la población mayor. A través de esta iniciativa, se implementó un canal de comunicación directa para apoyo psicológico y contención emocional de las personas mayores, las personas cuidadoras, familiares y se acompañó y orientó a

esta población para aminorar el impacto de la salud física y mental durante el confinamiento (SENAMA, s.f.). Asimismo, los llamados a esta línea telefónica permitieron difundir información relevante sobre la agenda programática del SENAMA, dar soporte para la compra de medicamentos y alimentos, ofrecer acompañamiento ante eventuales situaciones de violencia familiar, facilitar el acceso a beneficios sociales y derivaciones a instituciones especializadas en contexto de la COVID-19, entre otras ayudas (Proyecto NODO, 2021: 30).

Este canal de comunicación permitió realizar más de 40 000 llamadas a personas mayores, hasta mediados de junio de 2021, así ellas pudieron expresar sus temores y contrarrestar los efectos negativos del aislamiento (Proyecto NODO, 2021: 6). A su vez, cabe destacar que la experiencia implicó una articulación intersectorial virtuosa entre el SENAMA, los municipios y la sociedad civil.

A nivel comunal, se identificaron cinco niveles de acciones. Dentro del primer nivel de acciones, dirigidas a aminorar el efecto directo de la COVID-19, se mencionó la atención de las personas que adquirieron el virus. La segunda línea de acciones, para evitar la expansión de la emergencia, incluye las restricciones para la circulación de personas y la transmisión de información sobre la pandemia. El tercer grupo de acciones se orientó a atenuar los efectos

de la emergencia sanitaria en las necesidades básicas, por ejemplo, mediante la distribución de canastas con alimentos, bonos para servicios básicos como el gas o cupones para comercios locales, entre otros. El cuarto nivel de acciones apuntó a mitigar los efectos de la emergencia sanitaria en necesidades no consideradas básicas e incluyó servicios como el acercamiento de centros de trámites en los barrios o el acompañamiento psicosocial hacia las personas mayores por medios telefónicos, virtuales o visitas domiciliarias. La quinta línea de trabajo consistió en reestructurar las medidas realizadas previas a la emergencia y recuperar las intervenciones promocionales, interviniendo en las adaptaciones necesarias para aminorar las restricciones de la pandemia, por ejemplo, con la implementación de actividades como el cine u otras de apoyo a la activación cognitiva (SENAMA, 2021e).

Por último, entre otras de las medidas llevadas a cabo en Chile para intervenir sobre los efectos de la pandemia en la población mayor cabe destacar el desarrollo de la plataforma Cuenta conmigo, que ofrece modelos de trabajo voluntario para ayudar a personas mayores a nivel local (Acosta *et al.*, 2021: 97).

3.1.4. España

La elaboración de la **Estrategia de Vacunación COVID-19** en España fue un mandato del Conse-

jo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), órgano colegiado de sanidad del cual participan el personal de consejería de sanidad de las Comunidades Autónomas y la persona titular del Ministerio de Sanidad. Se elaboró un plan con base en una estructura escalonada y progresiva, con criterios de priorización definidos para los diferentes grupos de población, de acuerdo con los lineamientos y recomendaciones de los organismos internacionales pertinentes. Atento a la dinámica de la situación epidemiológica, las acciones implementadas en el marco del plan se fueron adecuando y perfeccionando con el correr del tiempo, a medida que se incrementaban las vacunas recibidas desde el exterior y se progresaba en el conocimiento y en las recomendaciones del personal experto (Ministerio de Sanidad, 2022).

Dentro de las actuaciones del CISNS una de las primeras estrategias en el año 2020 fue trazar las “líneas maestras para las estrategias de vacunación”, a partir de las cuales se puso en marcha el plan en todos los territorios, se puso a disposición de las Comunidades Autónomas recursos materiales y humanos. Además, se creó un Registro estatal de vacunación COVID-19, fundamental para el seguimiento y la evaluación de la estrategia de vacunación implementada (Ministerio de Sanidad, 2020).

Esta estrategia se organizó en tres etapas, cada una dirigida a un grupo poblacional es-

pecífico, y de acuerdo con la disponibilidad de las dosis de vacunas. La primera etapa estuvo orientada al grupo prioritario constituido por residentes y personal de centros de mayores y de atención a grandes dependientes, personal sanitario y sociosanitario de primera línea y personas en situación de dependencia no institucionalizadas. La segunda etapa incluyó a las personas mayores de 80 años, a personas entre 70 y 79 años, personas con condiciones de muy alto riesgo, personas entre 60 y 69 años, otro personal sanitario y sociosanitario, personal de trabajo con una función social esencial y personas entre 50 y 59 años. La última etapa incluyó a las personas entre 5 y 49 años (Ministerio de Sanidad, s.f.a).

Desde el Ministerio de Sanidad se indicó que “entre el 27 de diciembre de 2020 y el 4 de febrero de 2021 se ha notificado al Registro de vacunación COVID-19 del SNS la administración de un total de 90 715 373 dosis” (2022: 3). Según datos oficiales el 86,7 % de la población total tiene al menos una dosis, el 84,1 % de la población tiene la pauta completa y el 50,9 % de la población española ya cuenta con la dosis de refuerzo (Ministerio de Sanidad, s.f.b).

Los datos indican un amplio alcance del plan de vacunación tanto en la población general como en la población mayor: el 96,6 % de las personas entre 60 y 69 años cuenta con el esquema completo, porcentaje que asciende al

98,8 % entre las personas de 70 a 79 años y alcanza el 100,0 % de las personas de 80 años y más. Este resultado se refleja en el conjunto de las Comunidades Autónomas, incluidas las que cuentan con una mayor proporción de municipios rurales (Ministerio de Sanidad, s.f.b).

Además de la estrategia de vacunación, en España se implementaron diferentes medidas para enfrentar la crisis sociosanitaria y reducir los impactos negativos de la pandemia en la población mayor. En este sentido, desde la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, impulsada por el IMSERSO y en coordinación con la OMS, se realizaron acciones específicas dirigidas a los ayuntamientos, enfocadas en las personas con mayor vulnerabilidad. De esta manera, trabajaron mancomunadamente diferentes actores como las administraciones públicas, las redes vecinales, entidades sociales, empresas adjudicatarias de servicios públicos y profesionales, entre otros (IMSERSO, 2020).

En un trabajo mancomunado entre el IMSERSO y la OMS, en el año 2020, se llevó a cabo una investigación, en el contexto de la Red de Ciudades y comunidades amigables. Se recolectó y analizó información sobre las diferentes **iniciativas amigables con las personas mayores**, que se llevaron a cabo, en 45 ayuntamientos durante la crisis sanitaria y el confinamiento por la COVID-19. El objetivo fue

compartir experiencias y aportar información para generar estrategias de intervención en otros lugares. El informe estuvo enfocado en colaboración y cooperación entre los distintos actores (administraciones y servicios públicos; asociaciones y redes, voluntarios y empresas, entre otros) y las acciones sobre diferentes ejes como: llamadas telefónicas a personas mayores, los diversos servicios, prestaciones, gestiones, actividades y programas que ofrecieron los ayuntamientos y sus adaptaciones, redes sociales, aplicaciones tecnológicas y la coordinación de voluntariado, entre otros (IMSERSO, 2020).

Otra acción que destaca es el **servicio de atención telefónica** para personas adultas mayores desde diferentes entidades públicas y organizaciones del tercer sector, a nivel nacional, regional, provincial y local. A partir de las llamadas telefónicas a personas mayores se pudo conocer su situación y detectar sus necesidades, en función de ello fue posible ofrecer servicios y prestaciones como la ampliación de la teleasistencia, ayudas en gestiones como compras y realización de trámites, atención en domicilio, envío de materiales de entretenimiento y prestaciones económicas para atender situaciones de vulnerabilidad. Asimismo, desde las páginas web municipales se difundió información específica para esta población y desde las aplicaciones tecnológicas de comunicación se promovieron

las redes sociales y se adaptaron programas y actividades.

Por su parte, se coordinaron voluntariados y redes vecinales, orientados principalmente a la asistencia a personas en situación de vulnerabilidad, sin red sociofamiliar y con necesidades de apoyo (IMSERSO, 2020).

Además, se han impulsado y desarrollado diferentes programas y servicios de **inclusión digital** para que las personas mayores tengan la oportunidad de incorporar habilidades y destrezas que **faciliten el uso de dispositivos tecnológicos**, esto tuvo resultados positivos que contribuyen a disminuir la brecha digital en este sector de la población.

3.1.5. México

De acuerdo con la información del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la pandemia tuvo mayor incidencia en las zonas urbanas de México, en tanto los niveles de transmisión fueron más elevados en los lugares con mayor concentración de personas. En este sentido, el entorno rural representó en sí mismo una ventaja con respecto al urbano. Si bien las comunidades rurales presentan más dificultades para el acceso a los servicios de salud, al existir menos conglomeración y una mayor facilidad para el aislamiento de los casos positivos, la tasa de

contagio fue menor en comparación con los centros urbanos.

El **plan de vacunación** que se llevó a cabo en México, al igual que en la mayoría de los países analizados, priorizó la vacunación del personal de salud y de las personas de 60 años y más. Se estructuró en cinco etapas, más un operativo especial para la población educativa. La primera etapa estuvo dirigida a los profesionales de la salud, quienes están vacunados en su totalidad. En la etapa dos se desplegó el operativo que contempló como población objetivo a las personas de 60 años y más, con una cobertura del 86,0%. Las demás etapas se vinculan a los otros rangos etarios: etapa tres (50 a 59 años), etapa cuatro (40 a 49 años) y etapa cinco (resto de la población) (Secretaría de Salud de México, s.f.).

Si bien no hay datos específicos sobre el avance de la vacunación en la población mayor que reside en entornos rurales, corresponde mencionar que en estas áreas se llevaron a cabo operativos especiales denominados “Correcaminos”, dirigidos a las localidades y zonas más alejadas con el objetivo de acercar la vacunación a su población. Para que la estrategia operativa se implementara de manera eficiente a nivel federal se crearon brigadas especiales por cada sitio de vacunación, integradas por representantes del nivel nacional, promotores de programas sociales, una persona

responsable del área médica —encargada de la vigilancia y supervisión de los componentes técnicos de los operativos—, personas capacitadas como vacunadoras, y voluntarios de la sociedad civil (Gobierno de México, 2021).

Según información del ISSSTE, de estos operativos se desprenden dos aspectos relevantes. Primero: el uso de vacunas monodosis y con ello cierta eficiencia logística, ya que se logró el esquema completo en un único traslado. Además, se utilizaron vacunas que no requiriesen sistemas de ultracongelación (las vacunas que sí precisaban de estos sistemas se aplicaron solamente en los lugares donde fue posible adaptar el equipamiento necesario para garantizar la cadena de frío estipulada por los fabricantes). Segundo: es destacable la baja adhesión a la vacunación en las comunidades rurales, lo que se asocia, al desconocimiento y la falta de información acerca de la vacuna y el plan de vacunación.

No obstante, y tal como se mencionó en párrafos anteriores, alrededor del 60,0 % de la población mexicana se encuentra vacunada, porcentaje que asciende al 86,0 % cuando se considera la totalidad de la población adulta mayor (Secretaría de Salud de México, s.f.).

3.1.6. Paraguay

En Paraguay, desde el Instituto de Previsión Social, se destacan como relevantes las ini-

ciativas orientadas a atender los efectos de la pandemia que hace al Plan Estratégico Integral. De acuerdo con este plan, la estrategia de vacunación en Paraguay se organizó según la definición de prioridades respecto del nivel de riesgo o exposición, tales como la edad (mayor de 60 años), la presencia de comorbilidades y la realización de trabajos asociados a mayor exposición, el caso de profesionales de la salud (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2021a).

Esto adquiere sentido si se considera que, tal como se expone en los “Lineamientos técnicos y operativos. Vacunación contra COVID-19 febrero 2021” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2021a), si bien la mayor proporción de contagios se registra entre los jóvenes (15-29 años), el mayor número de fallecidos se registra entre las personas mayores. Además, dentro de la población que presenta mayor riesgo ante la COVID-19, cerca del 60,0 % está compuesta por las personas adultas mayores (OPS, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 2020).

Si bien no se especifican acciones particulares para las poblaciones rurales, en el documento rector figura, dentro de los criterios sobre los que se establecieron las prioridades, la necesidad de tener en cuenta a los grupos sociales que presentan condiciones especiales, como las poblaciones de lugares geográficos remo-

tos en espacios pequeños, grupos que viven en vecindarios urbanos con alta densidad poblacional, grupos de familias multigeneracionales, entre otros (Ministerio de salud pública y bienestar social, 2021a). Por lo tanto, aunque el documento rector no explicita acciones específicas, la población rural tuvo una consideración especial dentro del plan.

En el caso de la población indígena, aunque no está indicada dentro de los grupos prioritarios, se establece una estrategia específica para ella: “será vacunada por concentración a través de brigadas de vacunación de los servicios de salud que tienen dentro de su área de influencia las comunidades indígenas” (Ministerio de salud pública y bienestar social, 2021a: 27).

Ahora bien, tal como se observa en la Gráfica 7 (introducción del capítulo), Paraguay registra una tasa de vacunación —a octubre de 2021— menor a 100. Es decir que, por cada 100 habitantes, se registraban 69 personas vacunadas. Asimismo, en noviembre de 2021, cerca del 35,0 % de su población tenía completo el esquema de vacunación. (Statista, 2021).

3.1.7. República Dominicana

Según datos del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente de República Dominicana, el impacto de la pandemia ha sido mayor en

las zonas urbanas del país. En este sentido, la incidencia que tuvo la COVID-19 en las poblaciones rurales en general y en las personas adultas mayores de esas zonas en particular se concibe como relativamente baja y se relaciona con las principales características que presentan estos entornos: bajos niveles de socialización y gran dispersión territorial.

El **Plan de Vacunación** que se implementó en el país —Vacúnate RD—, se estructura en tres fases, en función de prioridades acordadas con las condiciones de vulnerabilidad asociadas a la edad, la salud y lo social. Asimismo, cada una de las fases se divide en etapas que anteponen, dentro de cada subpoblación, a los grupos que presentan mayor riesgo. Así, en la fase 1 etapa A, la población objetivo estuvo compuesta por el personal de salud y, puntualmente, por aquellos cuyo desempeño tenía lugar en los centros de atención de casos de COVID-19; en la etapa B, se vacunó al resto de los profesionales de la salud; en la C, a las personas mayores con comorbilidades, priorizando aquellas que viven en residencias de larga estadía, y, en la etapa D, a las personas mayores, las fuerzas de seguridad y los docentes.

Las fases 2 y 3 se organizaron en dos etapas, a partir de los rangos etarios y la presencia de enfermedades. La fase 2 etapa A contempló a la población dominicana entre 50 y 59

años que padecieran comorbilidades y, en la etapa B, se vacunó al resto de esta población de dicho rango etario. Para la tercera fase, se incluyó a la población dominicana de entre 18 y 49 años, la etapa A para quienes padecieran comorbilidades y en la etapa B el resto de esta población (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

Dado que se priorizó a las personas adultas mayores en el esquema de vacunación, el país garantizó que las personas mayores de 59 años pudieran acceder a testeos de manera gratuita (Huenchuan, 2020).

Con el objetivo de alcanzar a la totalidad de la población, el plan de vacunación definió la implementación de operativos de vacunación “intramurales” y “extramurales”. Los primeros constan de unidades ubicadas en los establecimientos que brindan atención especializada, entre ellos las residencias de larga estadía o lugares donde asisten las personas mayores, como los clubes, centros diurnos, hogares de día, entre otros. Por su parte, los extramurales están conformados por puestos fijos de vacunación ubicados en lugares estratégicos de las distintas comunidades, así como puestos móviles para llegar a comunidades de difícil acceso, modalidad que permitió alcanzar a las poblaciones rurales.

Otras medidas que se implementaron para reducir los efectos de la pandemia fueron

las transferencias económicas y la provisión de alimentos en los hogares de las personas mayores, así como el otorgamiento de equipos de protección para las instituciones encargadas de proporcionar los cuidados (Huenchuan, 2020).

Adicionalmente, desde el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) se destacó el nivel de participación que las personas mayores tuvieron en el marco del operativo de vacunación. Aunque no se cuenta con datos específicos sobre el número de personas mayores vacunadas, hacia mediados de noviembre de 2021, República Dominicana registraba cerca del 50,0 % de su población con el esquema completo (Statista, 2021). En lo que respecta a la disponibilidad de vacunas y tal como se observa en la Gráfica 7, por cada 100 habitantes hay 114 vacunas disponibles.

3.1.8. Uruguay

En virtud de los informes del Instituto Nacional de las Personas Mayores, en Uruguay, la pandemia de la COVID-19 evidenció aspectos que estaban, en cierta medida, invisibilizados, dentro de ellos los que se relacionan con la magnitud de las desigualdades sociales, más específicamente, con la pobreza, el género, la etnia y la raza. Si bien se destaca el impacto que tuvieron el confinamiento y la soledad en la salud de las personas mayores, desde dicho organismo se

señalan como problemáticas relevantes la violencia intrafamiliar e intergeneracional.

En el caso de Uruguay, el **plan de vacunación** que se ejecutó también se apegó a las recomendaciones internacionales en la materia. Planteó como grupos prioritarios tanto al personal de la salud y esenciales (agentes de policía, personal de servicios municipales, proveedores de servicios de guardería, trabajadores/as del transporte, personal esencial para el funcionamiento crítico de la administración no incluidos en otras categorías), como a los grupos con riesgo asociado a la edad y las comorbilidades o enfermedades preexistentes. No especificó etapas, pero se estableció un calendario asociado al esquema de prioridades e incluyó a las personas mayores (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En cuanto al alcance de la vacunación, Uruguay es uno de los países con niveles más altos en términos de porcentaje de población vacunada. Tal como se indicó en la introducción de este capítulo, su tasa de vacunación (186) es de las más elevadas de la región. De esta manera, el país registró, en noviembre de 2021, el 75,0 % de su población con el esquema completo. Además, cerca del 22,0 % recibió la tercera dosis de refuerzo. Al enfocarse en la población mayor de 65 años, resultó que el 95,0 % completó el esquema de vacunación. Asimismo, dentro del conjunto de personas

de 65 a 74 años, cerca del 60,0 % ya recibió la dosis de refuerzo, mientras que, entre los mayores de 75 años, el 25,0 % ya cuenta con ella (MIDES, s.f.).

Con relación a las personas mayores que viven en zonas rurales, de acuerdo con información del Instituto Nacional de las Personas Mayores, los altos niveles de cobertura se debieron a la implementación de vacunatorios móviles como estrategia para acercar la vacunación a la población que presentaba dificultades para trasladarse a los centros de vacunación.

Además de la campaña de vacunación, entre las medidas orientadas a la población adulta mayor se destaca el diseño de protocolos para Establecimientos de Larga Estadía para personas adultas mayores, que les proporcionan una serie de recomendaciones a llevar a cabo (MIDES, s.f.a).

3.1.9. A modo de síntesis

Sin duda, la pandemia puso de manifiesto las desigualdades sociales relacionadas con las condiciones de pobreza, género y raza, así como la debilidad de los sistemas sanitarios y de protección social en los países que se incluyen en este informe.

Es clara la multiplicidad de respuestas ante la misma emergencia y es importante destacar

que los ocho países que se consideran en este informe priorizaron en sus diseños y planes de vacunación a las personas adultas mayores. Por ello el alcance de las estrategias que se llevaron a cabo se tradujo en niveles de vacunación elevados en la población adulta mayor, en su mayoría dicho sector poblacional cuenta con el esquema completo e incluso, en casos como **España, Uruguay y Argentina**, con la aplicación de la dosis de refuerzo en curso.

Entre las iniciativas que pusieron en marcha algunos países para atenuar el impacto negativo de la crisis sanitaria se encuentran las líneas telefónicas de contención para las personas adultas mayores cuyas redes de apoyo social son escasas, la ayuda económica y alimentaria y la implementación de protocolos en las unidades de cuidados a largo plazo.

Al cuestionar los efectos de la pandemia en la vida cotidiana, existe un consenso amplio sobre el impacto en la salud mental de la población en general y de las personas mayores en particular. Algunos países señalaron que las acciones implementadas en esta dirección se encontraron con limitaciones estructurales asociadas con los diversos grados de desarrollo de las telecomunicaciones, la falta de accesibilidad a dispositivos telefónicos e incluso los altos niveles de analfabetismo digital de las personas adultas mayores (Romero *et al.*, 2021).

El análisis comparativo de la COVID-19 entre los entornos urbanos y rurales muestra, tal como señala Tapia (2020), que el impacto se manifestó en mayor medida en zonas urbanas a causa de la mayor densidad demográfica en estas zonas. No obstante, la pandemia afectó también a la población de áreas rurales.

La diferencia en el impacto de la pandemia en las áreas rurales se atribuye a las distancias y al desarrollo de la infraestructura. Sin embargo, esta situación no impidió que los planes de vacunación llegaran a las poblaciones rurales, la puesta en marcha de iniciativas como las unidades vacunatorias móviles en **Uruguay**, el operativo “Correcaminos” de **México**, y la vacunación domiciliaria, son algunas de las estrategias que hicieron posible brindar inmunidad a esta población pese a que, como señala el grupo de investigación *Anàlisi Quantitativa Regional* (AQR, 2020) de la *Universitat de Barcelona*, las zonas rurales sean invisibles en términos estadísticos, sobre todo, en países con alto grado de urbanización.

Por otro lado, países como **Chile, México y República Dominicana** indicaron que el entorno rural podría representar una ventaja en este contexto debido a la menor densidad demográfica y al distanciamiento habitual, mientras que en **Brasil** dicha condición representó una desventaja. **Uruguay** no opinó al respecto y en el resto de los casos no se cuenta con información.

Buenas prácticas



4

Una buena práctica es aquella acción que se ha puesto en marcha y que ha demostrado que produce buenos resultados. Es decir, se trata de experiencias exitosas en términos del logro de sus objetivos y del impacto positivo en la comunidad. A continuación, se presenta una serie de políticas públicas consideradas como **buenas prácticas en materia de protección social de la vejez en cada uno de los países analizados, se enfocan en la población mayor que reside en ámbitos rurales.**

4.1. Argentina: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

En el marco del proceso de envejecimiento demográfico que iniciaba en Argentina, en el año 1996 se creó el **Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios** con el objetivo de formar recursos humanos que pudieran asistir a personas mayores con algún grado de dependencia. El programa ofrece capacitación para personas mayores de 18 años que cuenten con capacidades lecto-comprensivas. El propósito que se persigue es el fortalecimiento técnico de quienes brindan atención domiciliaria con el fin de promover la autonomía de la persona mayor mediante prácticas de cuidado con calidad que se basan en la perspectiva de derechos humanos y que contemplen el bienestar integral de las personas que presentan dependencia en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Dicho programa pretende, por un lado, contar con personal de cuidado calificado, que incorpore conocimientos teóricos sobre la situación biopsicosocial de las personas atendidas en su interacción con el medio y desarrolle habilidades en el desempeño diario de las tareas específicas del cuidado en domicilio, entre otros aspectos. Por otro lado, se busca la valoración del rol de las personas cuidadoras, a través de la profesionalización de su tarea mediante la promoción de fuentes formales de trabajo. Esta valoración emerge al visibilizar que, a lo largo del tiempo, las tareas de cuidado recayeron mayoritariamente en las mujeres e impactaron el uso y la distribución de su tiempo posicionándolas en desventaja a la hora de incorporarse y permanecer en el mercado de trabajo (Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, 2020).

El período de formación es de cinco meses y según la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), responsable del programa, desde su creación se han formado más de 50 000 personas cuidadoras. Si bien el programa no es de formación exclusiva para ámbitos rurales, su alcance nacional permite que personas de todo el país, incluidas las pequeñas localidades, puedan acceder a la formación en cuidados.

Un aspecto interesante de este programa es que incluye la perspectiva de género y diver-

sidad sexual. Esto permite que las personas mayores que forman parte de la comunidad LGBTIQ+ cuenten con personas cuidadoras sensibilizadas con las necesidades propias de esta comunidad. En ese sentido, debe mencionarse la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado cuya meta es transversalizar el enfoque de derechos e igualdad de género y coordinar las instancias de análisis, propuestas, implementaciones, seguimientos y evaluaciones de las acciones definidas garantizando la perspectiva de género. Asimismo, la desigual distribución y organización de los cuidados, se señala en este documento, es una de las causas de la brecha salarial y la feminización de la pobreza. De ese modo “una redistribución justa y con perspectiva de género de los cuidados también tendrá por efecto la generación de empleo y el crecimiento económico” (Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado, 2020: 25).

En este mismo sentido, resulta relevante mencionar la incorporación, en el año 2012, de un cupo para travestis y personas trans que quisieran realizar el curso. Para ello se firmó un convenio con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de la Argentina (ATTTA), con el fin de brindar a la comunidad la posibilidad de formarse en el marco del programa. Desde entonces, se han formado más de 100 travestis y personas trans. Esto permite ampliar la diversidad de las personas que cuidan y a su vez contrarrestar el déficit

de acceso a empleos formales de travestis y personas trans.

4.2. Brasil: Programa “Vivir” - Envejecimiento activo y saludable (*Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável*)

El programa se fundamenta en el Estatuto de las personas mayores (*Estatuto do Idoso*) (art. 3) y la Constitución Federal (art. 230) y tiene como objetivo promover el acceso al derecho a un envejecimiento activo y saludable de la población. Para ello, se propone que la población mayor adquiera las competencias necesarias para fomentar una mejor calidad de vida mediante la implementación de cuatro líneas de acción:

- a) **Tecnología:** busca promover la inclusión tecnológica en todos los ámbitos de la vida, como el acceso seguro a las redes sociales, a los cajeros automáticos de los bancos, a los tótems de los aeropuertos (paneles informativos), al manejo electrónico de transporte público, entre otros.
- b) **Educación:** apunta a la alfabetización de las personas mayores, favoreciendo los aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos, físicos y sociales. Este componente incluye la educación financiera, que brinda herramientas para administrar los recursos financieros de manera responsable y concientizar sobre las consecuencias del exceso de ofertas de

crédito disponibles por parte de las instituciones financieras.

- c) **Salud:** se orienta a difundir información y conocimiento a través de conferencias, debates y campañas (relacionadas con la nutrición y prevención de enfermedades crónicas, entre otros), desde la perspectiva del proceso de envejecimiento, con énfasis en la prevención de enfermedades.
- d) **Movilidad física:** se busca facilitar a las personas mayores la práctica de actividades físicas diarias, de ocio y recreativas, con el objetivo de proporcionar bienestar físico y psicosocial.

Si bien estas líneas funcionan como un marco dentro del cual realizar actividades, se pueden ampliar de acuerdo con las necesidades y peculiaridades de cada municipio.

El programa se implementa mediante la adhesión de las entidades federativas, que se alían con organismos gubernamentales y no gubernamentales que integran la red de protección y atención a las personas adultas mayores en cada localidad y son los encargados de brindar los cursos y las actividades.

Finalmente, dentro de los beneficios que se esperan se mencionan: aumento de la confianza

y autoestima de la persona mayor que participa del programa; reducción de la depresión y la soledad; longevidad con calidad de vida; mayor participación social de las personas mayores; ampliación del acceso a la información para las personas mayores y sus familias; disminución en las tasas de violencia contra las personas mayores en los estados y municipios adheridos; disminución de la demanda de servicios de atención ambulatoria y hospitalaria a nivel estatal y municipal; reducción de las tasas de suicidio y posibilidad de reconocimiento nacional e internacional del municipio o región en el desarrollo de una política de envejecimiento activo y saludable, entre otros.

4.3. Chile: Fono Acompañamiento del Adulto Mayor

Este programa, a cargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se implementó hace más de diez años para informar sobre temas asociados a la vejez, el envejecimiento y la oferta programática del organismo (SENAMA, s.f.).

Frente a la pandemia por COVID-19, el programa se fortaleció y readecuó, conformando el Fono Mayor COVID-19, un trabajo mancomunado con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Proyecto NODO⁴⁵ respaldado

⁴⁵ El Proyecto NODO es una iniciativa del Sistema de las Naciones Unidas en Chile. En su diseño e implementación participan la Oficina de la Coordinadora Residente, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización para la Alimentación y Agricultura (FAO) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Proyecto NODO, 2021).

por el fondo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con financiamiento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Desde marzo de 2020 hasta junio de 2021 se atendieron más de 40 000 llamados (Proyecto NODO, 2021) y se consolidó como una herramienta innovadora y un canal altamente efectivo, sobre todo al considerar la población de riesgo y los impactos negativos de la pandemia.

El programa consta de una línea telefónica por medio de la cual se ofrece atención, contención y comunicación para las personas de 60 años y más, aunque el servicio también está disponible para la ciudadanía en general. Además, es un espacio donde las personas obtienen orientación e información sobre temáticas referentes a la vejez y el envejecimiento en el contexto de la pandemia por COVID-19 (SENAMA, s.f.).

Asimismo, este programa permitió recabar información para comprender los componentes psicosociales y la salud mental de las personas adultas mayores en situación de cuarentena por la pandemia (Proyecto NODO, 2021a). Con base en la información que recabó este programa se realizaron diversas publicaciones denominadas NODO+ que dan cuenta de los diferentes aspectos de la población mayor, como la diversidad del envejecimiento y la pluralidad de realidades y permiten dar a conocer las situaciones, las nece-

sidades que afectan a las personas y el alcance e impacto que tuvo el Fono Mayor en sus vidas ante este contexto (Proyecto NODO, 2021a).

En Fono Mayor COVID-19 participaron profesionales y expertos en vejez y envejecimiento, lo que permitió brindar apoyo e información y dar respuestas adecuadas y rápidas a las demandas vía telefónica ya que este medio era el más efectivo por su alcance para esta población (Proyecto NODO, 2021).

4.4. España: Estrategia Nacional para el Reto Demográfico en el ámbito rural

En este caso, se presentan los lineamientos y principales directrices de la política pública focalizada, en gran medida, en el ámbito rural, con base en información del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

La **Estrategia Nacional para el Reto Demográfico** surge en el marco del envejecimiento demográfico que atraviesa el país. Frente a esto, el Gobierno de España, con la colaboración de las Comunidades Autónomas, las Ciudades con Estatuto de Autonomía y las Entidades Locales, diseñaron una respuesta conjunta y de futuro para afrontar la problemática del progresivo envejecimiento poblacional, del consiguiente despoblamiento⁴⁶ y de

⁴⁶ Desde el año 2001 hasta 2018 han perdido población el 63 % de los municipios españoles (Ministerio de Política Territorial y Función Pública).

los efectos de la población flotante (Ministerio de Política Territorial y Función Pública, s.f.).

Desde el año 2010 hasta 2019, el país registró tasas de crecimiento anual negativas y el incremento de la pérdida demográfica para todos los tipos de poblamiento. En efecto, en dicho período se hizo evidente que el despoblamiento dejó de ser un proceso vinculado únicamente con las áreas rurales, para convertirse en un fenómeno generalizado que comienza a afectar a las cabeceras comarcales e incluso a las ciudades pequeñas y a las capitales de provincia. Tan es así que, en la presente década, la pérdida de población es un proceso que atraviesa más de la mitad de las capitales de provincia, más del 60,0 % de las cabeceras comarcales y el 83,4 % de los municipios de las áreas rurales.

Si a este proceso se agrega que el 19,2 % de la población de España se compone de personas de 65 años y más, de las cuales casi un tercio son mayores de 80 años, se ilumina otro proceso demográfico que se impone como un desafío: el sobrevejecimiento que el país experimenta. Este proceso se profundiza o alcanza niveles significativos si se observan las zonas rurales, donde cerca del 25,0 % de la población es mayor de 65 años. En este contexto, en los 5 000 municipios con menos de mil habitantes, el peso relativo de personas mayores de 65 años y más en la composición de la población alcanza el 31,0 %, lo que significa

que, entre los residentes de las zonas rurales de España, tres de cada diez son personas de 65 años y más.

El reto demográfico se conforma como una prioridad para el gobierno, puesto que, más allá del desafío que suponen, los cambios demográficos ofrecen –junto a otros retos que enfrenta España, como el cambio climático, la revolución digital, la globalización o los cambios tecnológicos– una oportunidad de modernización y valorización del potencial del país, con vistas al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

El aumento, en los últimos años, de la desigualdad en todas sus dimensiones (salarial, renta, consumo, intergeneracional, género, etc.) se refleja también en su distribución territorial, aumentando la brecha entre las áreas urbanas y rurales.

En este escenario, el objetivo general de la estrategia nacional frente al Reto Demográfico es sentar las bases de un proyecto de país que garantice la igualdad de oportunidades y el libre ejercicio de derechos de ciudadanía en todo el territorio.

La estrategia nacional cuenta con 130 actuaciones que se ordenan en diez ejes de acción orientados hacia un amplio conjunto de ob-

jetivos que impulsan la igualdad de oportunidades y la cohesión territorial mediante la diversificación económica de las zonas más desfavorecidas; el impulso de la innovación; la plena conectividad digital; el reforzamiento de los vínculos rurales y urbanos; la puesta en valor del territorio y de sus posibilidades endógenas de crecimiento; la prestación adecuada de los servicios básicos y la incorporación de la perspectiva demográfica en el proceso de toma de decisiones del gobierno.

La iniciativa se orienta a toda la población en general y en particular a la población adulta mayor, que reside en ámbitos rurales en lo que se denomina la "España vacía", y su objetivo es asegurar a la población, generar actividad y empleo, dotar de mejores recursos y comunicaciones físicas y digitales en localidades en proceso de despoblamiento.

Lo anterior se especifica en el conjunto de los objetivos transversales, que se enlistan a continuación:

1. Garantizar la plena conectividad territorial con una adecuada cobertura de internet de banda ancha y telefonía móvil en todo el territorio, de acuerdo con la Agenda Digital Europea 2020.
2. Asegurar la prestación adecuada de servicios básicos a toda la población en condiciones de equidad adaptada a las características de cada territorio.

3. Incorporar el impacto y la perspectiva demográfica en la elaboración de leyes, planes y programas de inversión, favoreciendo la redistribución territorial en favor de una mayor cohesión social.
4. Avanzar en la simplificación normativa y administrativa para los pequeños municipios, con el fin de facilitar la gestión de los ayuntamientos.
5. Eliminar estereotipos y poner en valor la imagen y la reputación de los territorios más afectados por los riesgos demográficos.
6. Mejorar los mecanismos para una mayor colaboración público-privada, potenciando la incorporación de los factores demográficos en la responsabilidad social del sector privado, para convertir todos los territorios, sin exclusiones, en escenarios de oportunidades.
7. Alinear las líneas de acción y los propósitos de la Estrategia con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, así como con el resto de las políticas palancas que ha identificado el Gobierno en su Plan de Acción para la Agenda 2030.

Estos objetivos transversales se consolidan sobre tres líneas de acción, cada una de ellas está asociada a uno de los retos demográficos antes mencionados (envejecimiento, despoblamiento y población flotante).

Así, para afrontar el despoblamiento se propone:

- Garantizar la funcionalidad de los territorios afectados por la despoblación y la baja densidad.
- Mejorar la competitividad y facilitar el desarrollo de nuevas actividades económicas y el fomento del emprendimiento.
- Favorecer el asentamiento y la fijación de población en el medio rural.

En cuanto a las acciones para afrontar los desequilibrios en la pirámide de población, en la estrategia se plantea la necesidad de:

- Coordinar las acciones referidas a personas mayores, envejecimiento activo y atención a la dependencia en todo el territorio.
- Apoyar la puesta en marcha de proyectos de desarrollo socioeconómico de la juventud, que garanticen el relevo intergeneracional.
- Facilitar el desarrollo de proyectos que garanticen la residencia efectiva de las mujeres en el territorio.
- Garantizar las condiciones que favorezcan la crianza de los hijos, y que faciliten, así, la equiparación de la natalidad al promedio de la Unión Europea.
- Asegurar la igualdad de oportunidades y la no discriminación de la infancia por ámbito de residencia y tipología de familias.

- Trabajar, en coordinación con Unión Europea, para canalizar una migración regular, ordenada y su arraigo en todo el territorio.
- Facilitar la vuelta de los españoles residentes en el exterior que deseen regresar a España (Plan de Retorno).

Por último, para gestionar los efectos de la población flotante, se definen las siguientes acciones:

- Garantizar la prestación de servicios básicos para la población residente y flotante en todo el territorio.
- Asegurar el dimensionamiento de las infraestructuras y equipamientos necesarios para el desarrollo socioeconómico sostenible de las áreas con intensos flujos de población flotante.

En síntesis, la estrategia nacional resulta una iniciativa relevante puesto que, dentro de sus ejes principales, contempla la igualdad de derechos y oportunidades y sitúa entre sus prioridades la eliminación de las brechas de género derivadas de la falta de cohesión social y territorial. En este sentido, identifica la masculinización del territorio, la falta de oportunidades para las mujeres en el medio rural, la carga femenina en materia de economía de los cuidados y la violencia de género, como elementos de intervención prioritaria.

Asimismo, sitúa a los jóvenes en el centro de su acción para garantizar el acceso a centros educativos, fomentar la formación de talento y generar oportunidades de empleo capaces de retener y atraer a ese talento a entornos rurales, así como de fomentar el emprendimiento e impulsar la actividad económica sobre el territorio.

Otra de las metas prioritarias es la puesta en marcha de políticas sociales en áreas demográficamente desfavorecidas, que presten especial atención a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población rural y procuren el bienestar social y la economía de los cuidados.

Para instrumentar lo anterior, la Estrategia destaca como necesario el involucramiento de todos los actores implicados en el proceso. En este sentido, la iniciativa busca la participación social a través de mecanismos de gobernanza abierta, promoviendo alianzas público-privadas con el tercer sector y el sector privado, así como con las universidades, con los centros de investigación y con la ciudadanía.

Por último, la estrategia resulta interesante por el carácter transversal, la perspectiva multidisciplinar y la articulación entre las diferentes áreas de gobierno y ministerios⁴⁷, que asumió tanto en su elaboración como en su

ejecución. De este modo, se han articulado iniciativas tales como la elevación gradual de la edad de jubilación, el complemento de maternidad para reducir la brecha en las pensiones, el Plan de Retorno de los residentes españoles en el exterior, la posibilidad de compatibilizar la pensión con ciertos trabajos, el Plan Director por un Trabajo Digno 2018-2020 y el Plan de Choque por el Empleo Joven 2019-2021 que incluye medidas específicas de fomento del empleo agrario y de apoyo al entorno rural y a los territorios más despoblados, entre otros (Rodher, 2015).

4.5. México: IMSS-Bienestar

Con una trayectoria ininterrumpida de 43 años, IMSS-Bienestar es un programa federal que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbanas marginadas del país. De esta manera, el programa constituye una red de servicios en salud orientados a la atención de personas sin seguridad social, que proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención, donde se atienden las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología (IMSS, 2022).

⁴⁷ Ver Anexo 1 Relación de Medidas según Objetivos y Líneas de Acción. https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/directricesgeneralesenfrd_tcm30-517765.pdf

Su origen respondió a la preocupación del Estado mexicano por ampliar los servicios de salud, y con ello la igualdad de oportunidades a la población desprotegida, aplicando un enfoque de cooperación entre gobierno y sociedad. Por lo tanto, se aprovechó la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico, lo que marca su fuerte impronta intercultural. De hecho, el modelo cuenta con la participación de más de 300 000 personas voluntarias.

La creación y el desarrollo del programa es responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo que proporcionó el respaldo y la asistencia técnica y administrativa necesarios para lograr impactos en el mejoramiento de la salud de los grupos más vulnerables.

El IMSS-Bienestar tiene presencia en 19 estados del país, con una población adscrita de 11.6 millones de personas. Es decir, atiende a 20 000 localidades pertenecientes a más de 1 000 municipios (IMSS, 2022).

El Modelo de Atención Integral a la Salud que implementó el programa IMSS-Bienestar presenta un enfoque preventivo e integral y está constituido por dos componentes: la atención médica y la acción comunitaria. De esta manera, se busca enfrentar las causas, los riesgos y los daños a la salud mediante estrategias

de prevención, promoción y educación, que fomentan la apropiación de conocimientos y adopción de hábitos saludables con pleno respeto a la cultura, organización y prácticas tradicionales de cada comunidad.

El componente de atención médica se basa en los servicios de salud y en las acciones de vigilancia epidemiológica que se proporcionan a través de una red de dispositivos sanitarios que incluye 80 hospitales, 3 622 unidades de salud, 184 brigadas, 140 unidades médicas móviles y 37 centros de atención rural obstétrica (IMSS, 2022). Es decir, estos servicios de salud tienen carácter tanto ambulatorio como hospitalario e implementan acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como acciones de identificación y atención a los riesgos y daños a la salud. De este modo, estas políticas permiten garantizar el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social.

El componente de acción comunitaria incluye diversas estrategias que tienen por objetivo fortalecer el autocuidado y difundir métodos para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales en las comunidades (IMSS, 2022). Se apoya en una red comunitaria compuesta tanto por comités de salud que incluyen personal médico y técnico de promoción y educación para la salud, como por agentes comunitarios dedicados a la supervisión y promoción de la acción comunitaria.

Estos últimos se eligen en asamblea comunitaria y son los encargados de llevar a cabo actividades como la identificación y derivación de pacientes o personas en riesgo a las unidades médicas; la notificación de padecimientos de importancia en salud pública, a través de la vigilancia epidemiológica simplificada; la búsqueda intencionada de personas gestantes para favorecer la atención de partos de bajo riesgo por medio de las obstetras y, por último, la participación en acciones de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental de sus comunidades.

El programa IMSS-Bienestar está sujeto a reglas: la Cámara de Diputados aprueba la asignación de sus recursos y se plasma anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. El programa se financia con subsidios del Gobierno Federal a través de dos vertientes: Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social, que administra la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y con recursos provenientes del Ramo 12 Salud, a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

En cuanto a los resultados que alcanza el programa a lo largo de los años en sus diferentes líneas de trabajo, se destacan la vacunación universal, que contribuyó a disminuir la tasa de mortalidad en los menores de 5 años (CO-NEVAL, 2012: 180); la prevención y reducción de la muerte materna, con mejora del acceso

a los servicios de salud, oportunidad del control prenatal, calidad de la atención médica y de la emergencia obstétrica especializada y un notorio incremento en el número de aceptantes de métodos anticonceptivos (ibíd: 182); la atención integral adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual y del sobrepeso y obesidad, violencia y adicciones (ibíd: 182); la prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino, que en México constituye la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres jóvenes y con mayor vulnerabilidad de las residentes rurales e indígenas (ibíd: 183); la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades como dengue, cólera y tuberculosis que afectan en mayor medida a poblaciones pobres, logrando una disminución significativa del número de casos y la reducción de la letalidad (ibíd: 184), y la atención integral a la salud a través de hospitales rurales, que significan la única oportunidad de atención especializada en forma gratuita, y en algunos casos, la diferencia entre la vida y la muerte (ibíd: 189).

Para mejorar el acceso y atención a los grupos vulnerables, además de la participación activa en materia de salud, IMSS-Bienestar pretende realizar acciones de concertación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, que potencien la interculturalidad y el respeto a los derechos de los pueblos y comunidades indígenas a los que presta ser-

vicios integrales de salud. Sin perder su tradición y características que lo convierten en un programa exitoso de salud, el programa IMSS-Bienestar busca estar en la avanzada de la innovación de la gestión y organización de los servicios de salud, en la perspectiva de un sistema de salud más justo e incluyente.

De acuerdo con el monitoreo del CONEVAL correspondiente al período 2020-2021 se concluyó que el programa ha logrado constituirse como una referencia de atención a la salud para la población de menores ingresos y sin acceso a la seguridad social, especialmente en las localidades semiurbanas, rurales y con gran dispersión de población, favorece la participación comunitaria para mejorar la salud tanto en el entorno individual como colectivo (IMSS, 2021). De esta manera, se destaca la implementación de estrategias adecuadas de fomento a la salud pública, una gran capacidad organizacional para operar servicios médicos tanto de primer como de segundo nivel, la solidez institucional y experiencia para atender las necesidades de la población en situación de marginación y pobreza (IMSS, 2021).

4.6. Paraguay: Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de pobreza

La situación de pobreza que atraviesa la población se profundiza al considerar que el 88,2 %

de las personas mayores no acceden a la jubilación (tal como se expuso en el apartado 2.1.7 de este informe). Por lo tanto, para atender sus necesidades, dependen de sus redes de contención (familiares y comunitarias) y del Estado.

La Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de pobreza, que se puso en ejecución en el marco de programas que buscan la inclusión y el acceso a los servicios sociales, busca mejorar el enfoque de las políticas sociales del gobierno, con el propósito de mejorar el nivel de vida de los hogares pobres y de personas en condición de vulnerabilidad social.

La pensión, instituida mediante la Ley N.º 3728/2009 que establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza, está destinada a la población mayor de 65 años y la instrumenta el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección Nacional de Pensiones no Contributivas (MH-DNPNC). El criterio para el acceso es contar con la ciudadanía, estar naturalizado(a) y al menos con cinco años de residencia, o extranjero(a) con al menos treinta años de residencia, y estar en situación de vulnerabilidad social. Las personas que cumplen con estos criterios son inscritas de manera automática como beneficiarias una vez que el Ministerio de Hacienda, en un plazo no mayor a treinta días, verifica el cumplimiento de los requisitos.

Un aspecto relevante de esta política es su alcance a las comunidades indígenas. En efecto, la pensión considera a todas las personas mayores indígenas de Paraguay, sin necesidad de justificar su situación de pobreza. Esta cobertura tiene sustento en las estadísticas oficiales (censos específicos de las comunidades), de las que surge que la mayoría de los pueblos indígenas se encuentran en situación de pobreza.

La prestación consta de una asistencia monetaria mensual, que se otorga a la ciudadanía mayor de 65 años que vive en condiciones de pobreza y no recibe sueldo, pensión o jubilación pública o privada. El monto mensual es el equivalente a la cuarta parte del salario mínimo vigente y no puede representar un monto menor. Actualmente la pensión registra 239 262 personas adultas mayores como beneficiarias.

Entre los efectos de la política se mencionan las mejoras en todas las dimensiones de bienestar subjetivo. De acuerdo con lo informado en ocasión de este análisis, las personas beneficiarias incrementan su habilidad cognitiva; reducen los índices de depresión; mejora su satisfacción con su condición actual, su empoderamiento y su autoestima, con efectos de disminución en la prevalencia de afecciones y enfermedades crónicas y agudas. Asimismo, al reducir la vulnerabilidad económica, en tanto la pensión permite comprar medicamentos y

asistir al médico, se evidencia un impacto positivo sobre la salud de las personas mayores.

4.7. República Dominicana: Programa TE-AMA (Transferencia Económica al Adulto Mayor)

Este programa consiste en la transferencia de un subsidio económico no condicionado de 600.00 DOP mensuales (equivalente a 11 USD), que se instrumenta a partir de una cuenta bancaria y una tarjeta. El programa está destinado al conjunto de las personas mayores de 65 años que no cuentan con ningún tipo de ingreso. Su objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores en situación de extrema pobreza, a partir de proveer los recursos económicos que garanticen la cobertura transitoria de la alimentación básica.

Es importante destacar que el programa tiene un carácter transitorio y se considera un paso previo al acceso a la pensión solidaria. En este sentido, las personas mayores participan del programa hasta el momento en que pueden acceder a la pensión solidaria, tras lo cual se les da de baja del programa conforme establece la Ley N.º 87/2001 de creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Esta política se inscribe dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada

en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 Estados Miembros que la suscribieron y se comprometieron, así, a vincularla con sus planes y estrategias internas.

En Paraguay, las iniciativas como el Programa TE-AMA se fundamentan, por un lado, en la Ley N.º 1/2012 sobre Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, que establece la Visión de la Nación de Largo Plazo que se aspira alcanzar para el año 2030:

República Dominicana es un país próspero, donde las personas viven dignamente, apegadas a valores éticos y en el marco de una democracia participativa que garantiza el Estado social y democrático de derecho y promueve la equidad, la igualdad de oportunidades, la justicia social que gestiona y aprovecha sus recursos para desarrollarse de forma innovadora, sostenible y territorialmente equilibrada e integrada y se inserta competitivamente en la economía global (Poder Legislativo, 2012, artículo 5).

Por otro lado, esta iniciativa se funda en la Política Nacional Sobre la Persona Adulta Mayor, que busca “proteger de forma Integral a las Personas Adultas Mayores, garantizar una vida activa, productiva y participativa; evitar

hasta donde sea posible, su institucionalización y propiciar la permanencia en su núcleo familiar” (Constitución Política de la República Dominicana, 2010, artículo 57).

En este contexto, donde la protección de las personas mayores es corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado, se procura, por medio de las iniciativas dirigidas a la población adulta mayor, “tener un Adulto Mayor Activo, Productivo, Participativo y Protegido por el Estado, la Familia y la Sociedad” (Ley N.º 352/1998 de Protección de la Persona Envejeciente).

De acuerdo con lo anterior, en la publicación de resultados del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) en 2019 se destaca que en República Dominicana se construye un futuro mejor para las personas mayores con base en el nuevo paradigma de un envejecimiento activo, productivo, participativo y protegido, con un nuevo concepto de atención. Se supera, así, la meta presidencial en un 109,0 % y se transforma la vida de 283 089 personas mayores en los diferentes programas que aportan a mejorar la calidad de vida de este sector (CONAPE, 2019: 5).

En el mismo documento, en el eje relacionado con el programa TE-AMA se destaca el aporte de este tipo iniciativas a la economía e inclusión social de 90 177 personas adultas mayores, con miras a garantizar su independencia eco-

nómica, a través de distintas transferencias económicas, entre las cuales se destacan las pensiones solidarias con una inversión de más de 500 000 000 DOP; las transferencias económicas PROVEE; la transferencia económica TE-AMA; la política de Adultos Mayores Acogidos de las Calles; las Pensiones Especiales; las Pasantías Adultos(as) mayores, con horarios sin barreras, y la Reparación de Vivienda y Píntale la casa al abuelo.

El programa se ejecuta desde el año 2016 y alcanza a 3 289 personas mayores, según registros hasta el primer semestre del año 2021.

4.8. Uruguay: Plan Ibirapitá

El **Plan Ibirapitá** creado por decreto N.º 130/2015 del Poder Ejecutivo del Uruguay es un programa que promueve la inclusión digital de las personas mayores de todo el país. La población destinataria está representada por los jubilados y jubiladas que perciben ingresos mensuales iguales o inferiores a los 36 152 uyu y no se encuentran en actividad.

El objetivo del Plan es promover la inclusión digital del sector de jubilados de menores recursos con la intención de disminuir la brecha digital entre las personas adultas mayores y los demás grupos etarios con el fin de contribuir a su igualdad de acceso al conocimiento e inclusión

social. Para ello, se entrega de forma gratuita un dispositivo tipo *tableta* con una interfaz de diseño intuitivo y amigable. Adicionalmente, se brindan talleres gratuitos de capacitación orientados al desarrollo de competencias que permitan un manejo básico del dispositivo y a motivar la exploración y el fácil acceso a información, entretenimiento y otros usos de la herramienta.

Puesto que es un plan que lleva seis años de implementación, cuenta con evaluaciones de sus resultados e impacto. En este sentido, el proceso de inclusión digital de las personas mayores beneficiarias del plan se observa a partir del desarrollo de capacidades para realizar un uso significativo de las TIC, asociado a la apropiación de estas tecnologías de la información y la comunicación. Así, a través del uso de tecnologías digitales, las personas mayores pueden incrementar su calidad de vida en algunos ámbitos de la vida cotidiana, facilitar el desarrollo personal y fortalecer su autonomía. El tipo de uso que hacen las personas beneficiarias de la *tableta* e Internet es, en gran medida, exploratorio, orientado y facilitado por la accesibilidad de la interfaz y por el uso propuesto por el Plan Ibirapitá.

No obstante, y más allá del tipo de uso, resulta significativo que el plan funciona como puntapié inicial en el uso de TIC. En la misma línea, en la quinta Encuesta de Uso del Plan 2019⁴⁸

⁴⁸ Al momento de desarrollarse esta encuesta, el Plan Ibirapitá había entregado 215 494 dispositivos.

se destaca que la población de Plan Ibirapitá presenta un 9,0 % más de probabilidad de estar en la franja del sector de jubilación con mayor bienestar, por sobre la población que no cuenta con el dispositivo. Adicionalmente, cuando se incorpora la tenencia de un teléfono inteligente, sumado a la posesión de la *tableta* Ibirapitá, la probabilidad aumenta al 14,0 %.

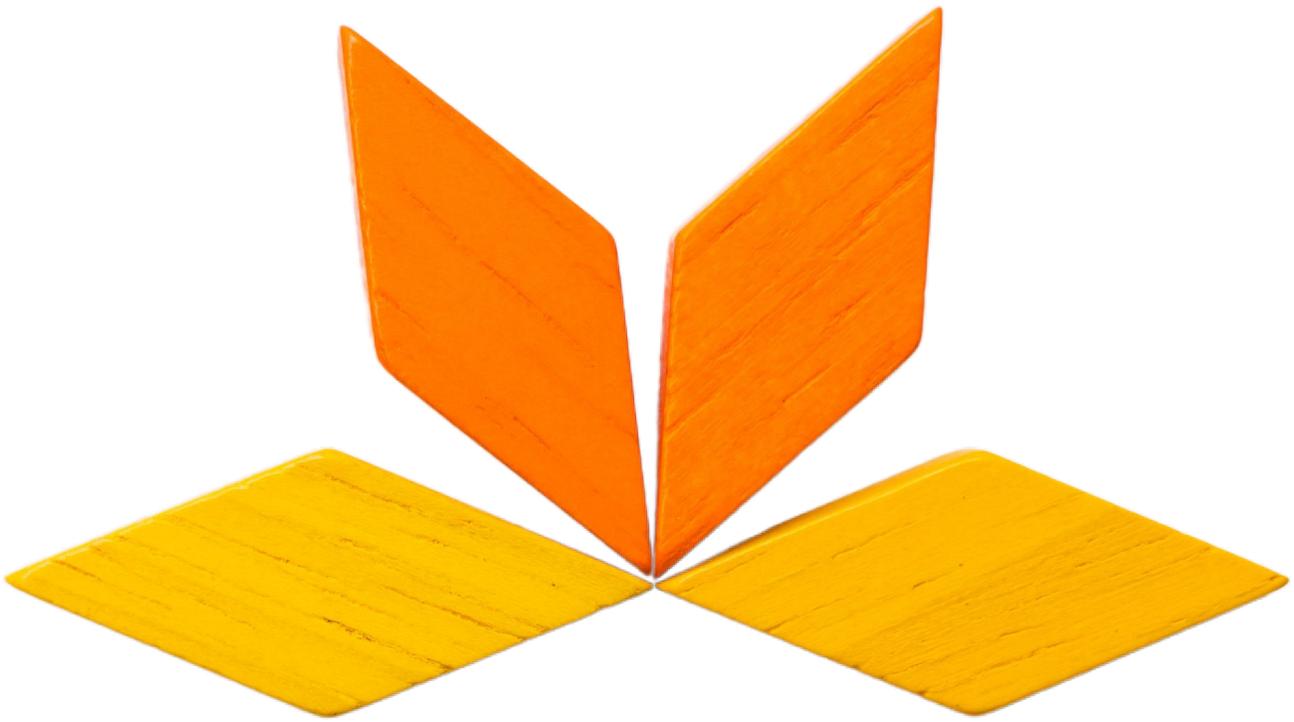
Asimismo, en dicha encuesta, la mitad de las personas jubiladas que declararon tener un teléfono celular inteligente indicaron que la *tableta* Ibirapitá fue su primer acercamiento a un dispositivo tecnológico. De quienes tienen teléfonos inteligentes el 35,0 % lo compró después de recibir su *tableta*, lo que representa un incremento de 6,0 % respecto del año anterior, 2018. Esto resulta aún más interesante en el

interior del país donde la cifra alcanza al 4,0 % de las personas beneficiarias.

En este contexto, se puede suponer que, luego de acercarse al dispositivo provisto por el plan y romper con la exclusión simbólica, las personas migran al teléfono inteligente. La *tableta* del plan es la puerta de entrada al uso de la tecnología de la comunicación y la información en la vida cotidiana. Así, de las personas beneficiarias que declararon tener un teléfono inteligente, un 90,0 % declara utilizar servicios de mensajería instantánea de tipo WhatsApp en el celular, un 78,0 % toma fotografías y un 64,0 % utiliza las redes sociales. Cabe mencionar, además, que un 20,0 % de las personas jubiladas declara que utiliza aplicaciones de transporte.



Conclusiones |



A continuación se presentan las principales deducciones que resultan del análisis de los aspectos centrales que caracterizan a la vejez en Iberoamérica, de acuerdo con los ocho países comprendidos en este informe: **Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Brasil, México, República Dominicana y España.**

Asimismo, se destacan los principales hallazgos respecto de las condiciones que presentan las personas mayores de los ámbitos rurales en cada uno de los pilares claves de la protección social: la seguridad de ingresos, la atención en la salud y el acceso a los servicios sociales para la promoción de la autonomía, se señalan los puntos en común y las diferencias que se advierten al respecto entre los países de la región.

En este análisis, como ya se había mencionado, el envejecimiento se concibe como un proceso multidimensional en el que intervienen factores psicológicos, biológicos y sociales. Desde esta perspectiva, abordar el fenómeno del envejecimiento de la población exige incorporar perspectivas integrales a partir de las cuales formular nuevas propuestas orientadas a la construcción de sociedades más inclusivas e igualitarias, que garanticen que dicho proceso sea digno y con calidad de vida (OEA, 2015)⁴⁹.

Luego de analizar el envejecimiento y las características que asume la vejez desde una perspectiva que incluye la dimensión territorial y de género que atraviesa los tres pilares de la protección social que se contemplan en el análisis de este informe, supone atender a una diversidad asociada con el grado de desarrollo económico y social de cada país y con las características que asumen los procesos de envejecimiento de la población y la significación que adquiere lo rural y lo urbano en cada caso.

5.1. Envejecimiento poblacional

El fenómeno del **envejecimiento demográfico** que experimenta, en mayor o en menor medida, la población de los países de la región iberoamericana, así como las particularidades respecto de su ritmo y evolución evidencian que, si bien se trata de una tendencia generalizada, el proceso no se transita de manera uniforme ni homogénea.

De este modo, en países como Portugal, España, Cuba, Uruguay, Chile, Argentina y Costa Rica la población mayor de 60 años representa, en promedio, cerca del 20,0 % de la población total, y supera el promedio regional (el 13,8 %). Mientras que, en países como Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, las

⁴⁹ Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid con su consiguiente Plan de Acción Internacional del año 2002 y en la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sancionada en el seno de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 2015.

personas de más de 60 años suman menos del 10,0 % de la población total.

En general, en el conjunto de los países que conforman la región se observa una mayor participación de las mujeres dentro de la población adulta mayor. Así, en sintonía con las tendencias mundiales, dentro del proceso de envejecimiento se destaca la **feminización de la vejez**.

En efecto, el 55,3 % de las personas mayores de Iberoamérica son mujeres. Una diferencia según el género que se profundiza a medida que se avanza en el rango de edad: a mayor edad, mayor proporción de mujeres. Este fenómeno está estrechamente vinculado con la esperanza de vida, la cual es mayor en el caso de las mujeres respecto de los varones. En el quinquenio 2015-2020, la brecha entre la esperanza de vida al nacer de las mujeres y la de los varones registró una distancia de 6 años en favor de ellas. Mientras que para los varones la EVN es de 73,4 años, para las mujeres asciende a 79,4 años.

Ahora bien, al detenerse en la distribución por género de la población mayor en cada uno de los países que integran la región iberoamericana, se observa que en países como Uruguay, El Salvador y Argentina el fenómeno de feminización de la vejez adquiere una representación superior al promedio regional. El 55,3 % de la población mayor de la región son mujeres: en

Uruguay esta población representa el 59,2 %, en El Salvador, el 58,3 % y en Argentina, el 57,6 %.

Al comparar el **índice de envejecimiento demográfico**, la diferencia en el ritmo del proceso de envejecimiento de la región resulta aún más notoria: en los países de América Latina y el Caribe, aunque el índice presenta diferencias, expresa una relación en la que tiene mayor participación la población joven, mientras que en España y Portugal los índices expresan una relación inversa: el grupo poblacional de personas mayores supera los grupos de la niñez y la juventud.

Por su parte, al analizar el **índice de dependencia económica**, resulta que en la actualidad todos los países de la región transitan el llamado bono demográfico. Los índices dan cuenta de que la proporción de personas en edad de trabajar supera marcadamente a la de las personas mayores. En este sentido, el rango de variación va desde 8 personas mayores por cada 100 personas en edad de trabajar en Honduras, hasta 36 personas mayores por cada 100 en edad laboral en Portugal.

Al valorar la **dimensión territorial**, otro de los rasgos comunes entre los países de la región es la urbanización de la vejez. Hay más personas mayores residiendo en entornos urbanos que en zonas rurales. Según los datos de la CEPAL, para el 2020 el 82,5 % de las personas mayores

de 60 años de los países iberoamericanos que forman parte de América Latina y el Caribe residían en áreas urbanas; tendencia que coincide para la península ibérica (en España el 91,5 % de las personas de 65 años y más reside en áreas urbanas y en Portugal el 55,8 %).

Sin embargo, es de interés señalar algunas diferencias que se observaron en los países iberoamericanos de América Latina y el Caribe. La primera: se identificaron países donde los niveles de participación de la población rural son significativos, tal es el caso de: Honduras, Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Guatemala. Estos países registran proporciones superiores al 35,0 % de la población residente en áreas rurales. La segunda: destaca un grupo de países donde la población mayor residente en áreas rurales es menor al 10,0 % dentro de ellos se encuentran: Uruguay, Argentina y Venezuela; en el caso de Uruguay, casi la totalidad de la población mayor reside en áreas urbanas (96,0 %).

Si bien el peso relativo de la población mayor que habita en áreas rurales es levemente inferior al de la población rural general, Bolivia, Ecuador, México, República Dominicana, Chile y Honduras presentan porcentajes más elevados de ruralidad en la población mayor que en la población general. En promedio, la diferencia entre la población rural general y la población mayor rural es del 2,4 % en favor de esta última.

Al detenerse en la **distribución por género** de la población mayor residente en áreas urbanas y rurales, resulta que la feminización de la vejez es un fenómeno más urbano que rural. En efecto, en las zonas urbanas el 56,6 % de las personas mayores son mujeres, mientras que en las áreas rurales esta proporción es del 48,8 %.

A diferencia de lo que ocurre en los entornos urbanos, la vejez en ámbitos rurales de los países iberoamericanos de América Latina y el Caribe se encuentra levemente masculinizada. Este fenómeno puede explicarse por las actividades productivas que tienen lugar en estas áreas, principalmente las agropecuarias, que son en mayor medida actividades, por tradición, a cargo de los varones.

5.2. Seguridad económica: los ingresos de las personas mayores

Como se dijo a lo largo de este informe, la **protección social** de las personas mayores está compuesta por tres pilares básicos, que son cruciales para garantizar una vejez digna y con calidad de vida: la seguridad de ingresos, la atención de la salud y el acceso a servicios sociales que fomenten la autonomía de las personas. La cobertura en estos tres aspectos resulta clave para la construcción de sociedades más inclusivas e igualitarias. Por lo tanto, es fundamental que los Estados implementen

acciones para garantizar los pisos mínimos en los tres componentes de la protección social.

En este sentido, la ampliación del acceso a los sistemas de protección social aún es un desafío para muchos de los países que integran la región iberoamericana. Las problemáticas asociadas al acceso al mercado laboral, los elevados niveles de informalidad y la escasa capacidad contributiva afectan y dificultan la posibilidad de robustecer estos sistemas.

Al considerar el avance del proceso de envejecimiento poblacional que transita Iberoamérica, los desafíos se redoblan: resulta indispensable adecuar los sistemas de protección social a los cambios demográficos a los que se enfrenta la región, frente a una población que enlentece su crecimiento al mismo tiempo que envejece de forma acelerada. Este escenario evidencia un importante **problema de financiación y sostenibilidad de los sistemas de protección social**. Los Estados deben asumir un papel decisivo para construir los equilibrios y la previsibilidad necesarias para garantizar la universalización de la protección social.

En línea con lo anterior, analizar los medios a partir de los cuales las personas mayores perciben ingresos en la región sugiere revisar la forma en la que se estructura el sistema previsional en cada país y, en particular, las

estrategias que se emplean para atender las necesidades de quienes quedan fuera de este sistema.

Si bien en las últimas décadas se verificaron avances importantes en cuanto a la cobertura de ingresos de las personas mayores en la región iberoamericana, en varios de los países la incertidumbre económica y las condiciones de vulnerabilidad y pobreza son problemáticas que todavía afectan a gran parte de la población mayor.

Se observan **alcances diferentes en la cobertura del sistema previsional**, entre los países que se analizaron en este informe. En efecto, en países como España, Uruguay, Argentina y, en menor medida Chile, la cobertura del sistema previsional es casi universal. Estos niveles de participación de la población mayor se obtienen de la combinación de las aportaciones realizadas durante la vida laboral y de las políticas públicas o programas del Estado, como son las pensiones a la vejez o la asistencia a la vejez. Estas últimas presentan montos más bajos que las primeras, y a veces están incluso por debajo de los índices de pobreza e indigencia de cada país.

En el caso de Argentina, aun cuando no hay datos específicos de la cobertura previsional existente en las zonas rurales, es interesante notar que es uno de los países que registra las

tasas más altas de cobertura previsional, como resultado de políticas que habilitaron el acceso a una jubilación para quienes tuvieran la edad requerida y no cumplieran con los 30 años de aportaciones acumuladas. Esta posibilidad benefició a las personas que no tuvieron acceso al trabajo formal y a las mujeres que no tuvieron acceso a un trabajo remunerado continuo como consecuencia de su dedicación a tareas de cuidado o del hogar, históricamente no reconocidas como trabajo.

En el otro extremo, países como Paraguay y República Dominicana presentan niveles relativamente bajos o casi inexistentes de cobertura previsional de la población mayor en general, y de la de ámbitos rurales en particular. Así, en Paraguay el 3,1 % de las personas mayores de entornos rurales percibe una jubilación o pensión, mientras que, en República Dominicana, solo el 2,0 % de las personas mayores presenta esta condición.

Dado que la cobertura no alcanza al total de la población adulta mayor de las áreas rurales resulta que en algunos casos una minoría y en otros la mayor parte de las personas mayores emplean una serie de estrategias (permanencia en el mercado de trabajo, asistencia de sus redes de contención, participación en programas sociales específicos para la población vulnerable) para hacer frente a sus necesidades cotidianas.

En este contexto, se destacan los impactos positivos de diferentes políticas, programas y acciones destinadas a atender las necesidades de la población adulta mayor rural, como el Beneficio de Prestación Continuada BPC en Brasil, el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores en México, el PROVEE Protección a Envejecientes en Pobreza Extrema, el programa de transferencias económicas TE-AMA en República Dominicana y la Pensión para el Adulto Mayor y las iniciativas en torno a la agricultura familiar en Paraguay.

No obstante, las estrategias desplegadas no garantizan que las personas mayores no atravesasen situaciones de pobreza y vulnerabilidad. En efecto, la incidencia de la pobreza y de la indigencia es significativa entre la población adulta mayor y se profundiza si el análisis considera el género y el lugar de residencia.

Así, en México el 56,1 % de las personas mayores rurales experimenta condiciones de pobreza; en Paraguay esta proporción desciende al 27,2 %; en Brasil representa casi a dos de cada diez personas mayores (el 18,2 %), mientras que en Chile y España el porcentaje de personas mayores consideradas pobres ronda el 10,0 %. En todos los casos, la pobreza tiene mayor incidencia entre las mujeres rurales que entre sus pares varones. Entonces, al intervenir el género, queda de manifiesto la forma en que opera la interseccionalidad, ya que ser po-

bre, mujer, indígena, negra o mulata y residir en un área rural profundiza las condiciones de vulnerabilidad.

Solo en Uruguay los porcentajes de incidencia de la pobreza y la indigencia de las personas mayores son poco significativos. Esto adquiere sentido cuando se considera que la no participación en el sistema previsional se fundamenta en que las personas cuentan con las condiciones materiales que hacen que no necesiten ni requieran, para su subsistencia, de una jubilación o pensión.

De este modo, si bien la pobreza asume particularidades dentro de los países de la región iberoamericana, en líneas generales parece ser una condición que alcanza en mayor medida a los entornos rurales y afecta más a las mujeres mayores que a sus pares varones.

Es por este escenario, común a la mayoría de los países analizados, que resulta especialmente importante diseñar e implementar acciones y políticas públicas orientadas a mejorar el alcance de los sistemas previsionales en los países de la región para garantizar la seguridad económica de las personas mayores procurando, en el mismo proceso, disminuir las brechas existentes en relación con el género y el tipo de territorio (urbano/rural).

5.3. Acceso a la salud de las personas adultas mayores

En la región iberoamericana los sistemas de salud se organizan a partir de la oferta de servicios públicos y privados. En este contexto, se destacan las experiencias con servicios que responden a los modelos de la seguridad social, con peso diverso según el país que se considere.

Los casos de Argentina con el INSSJP-PAMI, cuya población afiliada corresponde en un 90,0 % a población mayor de 60 años; Uruguay con los IAMC que brindan cobertura al 65,0 % de las personas mayores, incluyendo áreas rurales, y México con los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar, de los cuales participa el 65,3 % de la población rural, son los más resonantes en esta línea. En España, el acceso a la salud para las personas mayores es público.

En cuanto a la estructura del sistema de salud, en la mayoría de los países existen diferentes niveles de atención, que pueden entenderse como progresivos. Parten de estrategias de atención primaria de la salud, mediante la que se provee atención básica y extendida en los territorios, con alcance a zonas periurbanas y rurales. En este sentido, se destaca el desarrollo de programas de salud en ámbitos rurales de España y Uruguay.

Si bien la salud es un derecho instituido y proclamado de forma universal, el acceso a la salud presenta diferencias ancladas en el género y el área de residencia, lo que hace necesario incorporar el eje del impacto desigual y de las inequidades en el acceso a los sistemas y servicios de salud. Como señala Tajer (2004) tanto el acceso a los sistemas y servicios de salud como la forma de transitar la salud y la enfermedad están vinculadas con la forma en la que los países nombran y conciben la temática de género. Mientras que, en algunos casos, la perspectiva de género refiere solo a las mujeres (República Dominicana, Chile, Brasil, México y Paraguay), en otros países incluye a las diversidades sexuales de forma directa (España, Uruguay y Argentina).

En cuanto a la integración de las **perspectivas de interculturalidad**, también se observa diversidad entre los países analizados. Como se mencionó previamente, no todos los países le otorgan el mismo estatus a los fenómenos de interculturalidad y de multiculturalidad de sus naciones. Sin embargo, en aquellos que han buscado integrar estos fenómenos culturales (tanto brindándole carácter constitucional, asumiéndose como estados plurinacionales o multiculturales o firmando convenciones internacionales) se puede identificar, por un lado, un espacio de vacancia respecto a informes oficiales y, por el otro, el señalamiento de la literatura respecto a la sistemática vul-

neración de los derechos de grupos minoritarios. Algunos, como Brasil, Chile y Argentina, presentan un mayor desarrollo en términos de institucionalidad del enfoque de la salud desde una perspectiva intercultural y cuentan con estudios y aportes en esta dirección. En el caso de Paraguay, merece atención la ley de políticas públicas para las mujeres rurales y la línea programática que establece.

Pese a los diferentes grados de desarrollo, queda en evidencia que los desafíos y lineamientos establecidos en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015, y en las leyes nacionales, constituyen un horizonte todavía lejano para la mayoría de los países latinoamericanos contemplados en este documento.

Por último, puesto que las personas mayores que viven en ámbitos rurales tienen menos acceso al sistema de salud a causa de las distancias y la poca infraestructura existente para una atención integral, tanto en los países americanos como ibéricos queda pendiente el diseño de estrategias que permitan que vivir en zonas rurales no signifique una desventaja en el acceso a la salud. En ese sentido, respecto al caso español, la Organización Médica Colegial de España señala la

importancia de que la Atención Primaria rural “sea definitivamente considerada en toda su capacidad: asistencial, docente e investigadora en igualdad de condiciones que la urbana” (2020: 12).

Asimismo, desde una mirada integral, se deben elaborar propuestas de acceso al sistema de salud de las personas mayores que sean acordes a las necesidades de los entornos culturales de la vida en los espacios rurales.

5.4. Acceso a los servicios sociales las personas adultas mayores

Los **servicios sociales** son el tercer pilar de la **protección social**. Suponen una serie de acciones progresivas que se organizan en dos líneas en relación con las personas adultas mayores: la promoción del envejecimiento activo y saludable y los cuidados a largo plazo.

Desde la primera línea de trabajo se promueve y estimula el fortalecimiento de la autonomía, la independencia y el empoderamiento de las personas mayores, mediante la participación social y comunitaria, para retrasar situaciones de fragilidad, dependencia y evitar el aislamiento social y la soledad no deseada. Con este fin, se implementan acciones como el fomento de espacios de participación en ámbitos de decisiones, generalmente estatales, y la promoción de organizaciones de personas

mayores, clubes, centros diurnos y nocturnos y viviendas tuteladas.

La segunda línea de acción garantiza el **cuidado** para las personas que presentan algún tipo de fragilidad o dependencia. Incluye los cuidados de larga duración que deben garantizar la calidad de vida, con el máximo nivel de autonomía posible, de las personas mayores con pérdida de capacidad funcional debido a enfermedades crónicas o discapacidades y con dependencia moderada, severa o total. Dentro de estas intervenciones se encuentran los servicios de apoyo y cuidados en los domicilios, la teleasistencia, las residencias de larga estadía y los cuidados paliativos.

En la región iberoamericana, en el marco de las protecciones garantizadas por las coberturas en servicios sociales a la población mayor y como un primer escalón de estas, se llevan a cabo acciones que promueven la participación e integración social y comunitaria. Se destacan España, Uruguay y Argentina con órganos consultivos vinculados directamente a las instancias de diseño y elaboración de políticas dirigidas a la población mayor. También cabe resaltar la presencia de diferentes organizaciones de la sociedad civil autogestionadas por personas mayores, que cuentan con apoyo del Estado, como son los casos de los Clubes para personas mayores de Chile y la Redam o la ONAJPU en Uruguay.

Dentro de las acciones que tienen presencia en la mayoría de los países analizados, los centros diurnos y nocturnos destinados a personas con dependencia leve y moderada llevan adelante diferentes actividades. En algunos casos, estas acciones se combinan con los sistemas de cuidados en domicilio y, en menor medida, con la teleasistencia, como ocurre en España y Uruguay.

Otro tipo de servicios destinados al cuidado de las personas mayores que se observa en el conjunto de los países que se consideran en este informe son las residencias de larga estadía, así como otras alternativas de cuidados residenciales. Dentro de los últimos, se destacan los servicios brindados en España a través de los Servicios de Atención Residencial que ofrecen las viviendas para mayores, y la experiencia de República Dominicana por medio del Programa Familias de Cariño.

Uno de los aspectos en que se percibe menor coincidencia es en la definición de los sujetos sobre quienes recaen las responsabilidades del cuidado de las personas mayores. En países como Brasil y República Dominicana, una parte importante de las tareas de cuidado de las personas mayores aún es responsabilidad de sus entornos familiares y comunitarios. En ese sentido, se observa un desarrollo insuficiente de dispositivos intermedios como los centros diurnos.

En este mismo sentido, corresponde subrayar las acciones enfocadas en la profesionalización de los recursos humanos que brindan atención, apoyo y cuidados a las personas mayores. La formación continua y la calificación de quienes desarrollan estas actividades ha contribuido a que las tareas de cuidado dejen de ser principalmente responsabilidad de las familias y que intervengan otros actores como el Estado y el mercado. Se destacan en este sentido las experiencias de España, Chile, Argentina y Uruguay.

Tal como se observó, en todos los países de este informe se advierte un alto compromiso con la población mayor. Un indicador al respecto es la considerable institucionalización de la problemática en los países analizados, que cuentan con Direcciones, Secretarías y Ministerios específicos y articulan acciones inter-organismos y en los distintos niveles de gobierno. También se destacan los diferentes marcos legales que regulan las políticas de cuidado en domicilio, el funcionamiento de las residencias de larga estadía y los cuidados paliativos.

En cuanto a las acciones con perspectivas interculturales destinadas a la población mayor, sobresale la experiencia del Programa de Cuidados Domiciliarios (PCD) en Chile, que pone en consideración las necesidades de las personas mayores y las particularidades del contexto en el que experimentan su cotidianidad, sus costumbres y cultura.

Finalmente, respecto de los obstáculos para el acceso a ciertos servicios sociales en las zonas rurales, los datos coinciden en que los principales son: la distancias, la dificultad en el acceso por cuestiones geográficas y la escasez de recursos para trasladarse.

5.5. La vejez rural iberoamericana en el marco de la pandemia por la COVID-19

La irrupción de la pandemia por la COVID-19 a comienzos del año 2020 puso en jaque a los sistemas de protección social y la atención socio-sanitaria en todo el mundo.

En el conjunto de los países que se analizaron se implementaron múltiples acciones para contener el avance del virus, con niveles diversos de rigurosidad y cumplimiento. El uso del tapabocas (mascarilla) y el distanciamiento social se impusieron como las prácticas claves para prevenir el contagio, en especial al inicio de la pandemia cuando no se contaba con vacunas. No obstante, otras intervenciones como los “toque de queda” (entendidos como la prohibición o restricción establecida por instituciones gubernamentales de circular libremente por las calles), los confinamientos y las restricciones en la movilidad, contaron con menos consenso y su aplicación no fue uniforme en todos los países.

Además de estas medidas, en líneas generales se observa que en todos los países de la

región se diseñaron e implementaron planes de vacunación progresivos y escalonados, estructurados con base en los objetivos estratégicos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de protección de la integridad del sistema de salud y la infraestructura de los servicios esenciales, reducción de la morbilidad y mortalidad asociada con la COVID-19, reducción de la transmisión de la infección comunitaria y generación de inmunidad de rebaño.

Entre los países de la región se observa una dispersión considerable en cuanto a la disponibilidad de las vacunas y el alcance a la población. Esto queda en evidencia en las tasas específicas de vacunación, según las cuales son Cuba, Uruguay y Portugal los países que registran el mayor número de personas vacunadas por cada 100 habitantes. En el extremo opuesto, con las tasas de vacunación más bajas, se ubican Nicaragua (15) y Guatemala (44).

El alcance del plan de vacunación contra la COVID-19 en la población adulta mayor, considerando también a la de las áreas rurales, está ampliamente extendido. En la totalidad de los países analizados, la población adulta mayor se definió como prioritaria dentro de los planes de vacunación.

En este sentido, el alcance de las estrategias que se llevaron a cabo fue amplio y se tradujo en altos niveles de vacunación en las perso-

nas adultas mayores ya que completaron los esquemas e incluso en algunos casos, como España, Uruguay y Argentina, con la aplicación de dosis de refuerzo en curso. Cabe destacar la efectividad de los operativos de vacunación que se ejecutaron, en particular aquellos que permitieron alcanzar zonas alejadas, como los dispositivos de vacunación móviles en Uruguay, el operativo “Correcaminos” en México y la vacunación domiciliaria.

Al analizar el impacto de la COVID-19 en los entornos urbanos y rurales, la **densidad poblacional** se impone como una de las dimensiones más relevantes para estimar el avance de la enfermedad. Sin embargo, al contemplar no solo los diferenciales respecto de la densidad demográfica sino también las dinámicas propias de cada lugar, las interacciones, su frecuencia e intensidad, el análisis del impacto de la COVID-19 arroja luz sobre una serie de otras desigualdades que exceden la cuestión poblacional.

La COVID-19 ha cobrado millones de vidas con el consiguiente sufrimiento en las familias y entornos de las personas fallecidas, ahora nos encontramos con sociedades en proceso de reorganización social, cultural y económica sin precedentes.

Del análisis de los países de la región se percibe cierto acuerdo respecto a considerar como otro efecto de la pandemia, la soledad no de-

seada y el impacto negativo en la salud mental de la población en general y de las personas adultas mayores en particular.

Dentro de otras problemáticas preexistentes que se evidenciaron con la pandemia destacan la profundización de las desigualdades sociales y de las situaciones de violencia intrafamiliar e intergeneracional.

La evaluación del entorno rural en el contexto de la pandemia revela los menores niveles de coincidencia entre los países de este informe. Entre los países que evalúan el contexto según las probabilidades de contagio, el ámbito rural resultó en gran medida considerado como ventajoso, puesto que la baja densidad poblacional, la dispersión y la escasa socialización que supone representan menos posibilidades de contagio. En esta línea, se destaca la información que proporcionaron los organismos de Chile, México y República Dominicana. Dentro de los países que evalúan el entorno rural como desventaja, se ponderaron la distancia, el aislamiento y las limitaciones de acceso a servicios de salud, comunicación e información, como los principales obstáculos ante eventuales contagios y necesidades de atención, tal como se observó en Brasil.

De lo anterior se entiende que, con base en la misma información, la perspectiva desde la cual se evalúa determina conclusiones dife-

rentes: mientras para algunos la ruralidad es una ventaja en tanto las distancias y la dispersión funcionan como un aislamiento protector, para otros, estas mismas características son una desventaja porque crean la falsa sensación de inmunidad (rural) debido, en gran medida, a la falta de información específica y a la limitación en el acceso a los servicios, entre otras.

5.6. Recomendaciones

Con base en el análisis que se realizó en este informe, los datos disponibles en los países que se han considerado y el desarrollo de políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores, se observa cierta preponderancia de las acciones de política orientadas a la población mayor que reside en entornos urbanos.

Surge entonces como principal recomendación o sugerencia, avanzar en el desarrollo de marcos de referencia que remitan al abordaje específico de las condiciones de vida de las personas adultas mayores de los ámbitos rurales en la región. Estos marcos de referencia deberían establecer criterios comunes para construir un sistema de indicadores que permita contar con datos útiles para la caracterización de la población mayor rural.

Los resultados de este informe deberían servir como insumo para elaborar diagnósticos cer-

teros y oportunos, que permitan mejorar el diseño de acciones enfocadas y efectivas. Así como para ampliar los niveles de institucionalidad y profundizar en los abordajes de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva interseccional que contemple las particularidades y la diversidad, con el propósito de mejorar o sostener, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

En esta dirección, cabe desagregar las siguientes recomendaciones relacionadas con los ejes relativos a la protección social de las personas mayores en la región iberoamericana que se analizaron en este trabajo:

- Avanzar en el diseño e implementación de acciones y políticas públicas orientadas a mejorar el alcance de los sistemas previsionales en los países de la región, para garantizar la seguridad económica de las personas mayores y procurar, en el mismo proceso, disminuir las brechas existentes en relación con el género y el tipo de territorio (urbano/rural).
- Promover la creación de infraestructura básica que permita el acceso al sistema de salud en distancias que no impliquen grandes desplazamientos. Asimismo, será importante considerar las barreras arquitectónicas o cualquier otro tipo de escollo edilicio que impida o dificulte el acceso de las personas usuarias. Se recomiendan en este sentido iniciativas

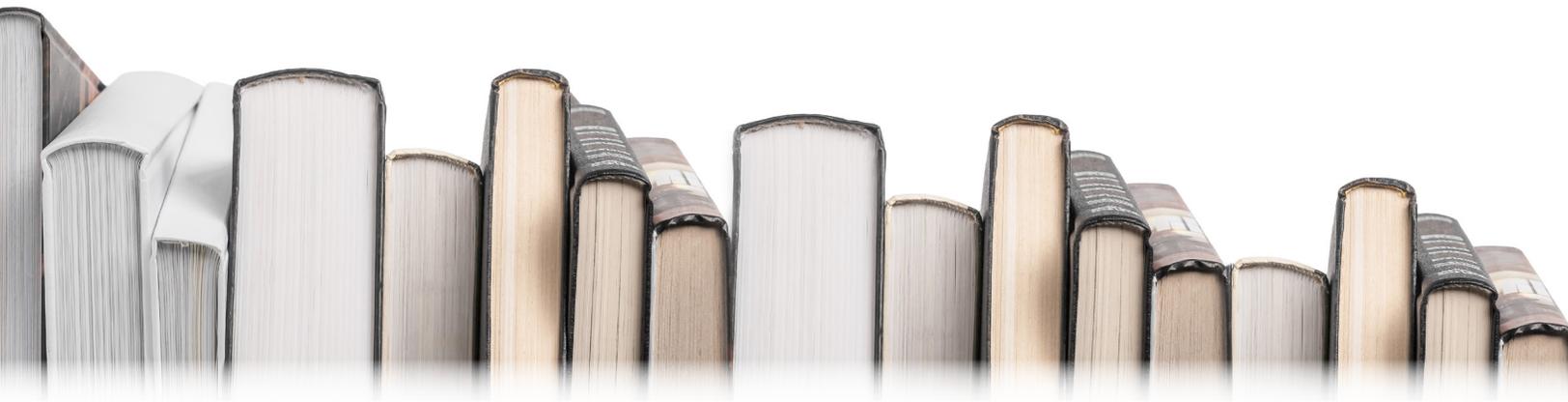
que faciliten abarcar puntos sanitarios organizados en redes para garantizar el acceso a la atención básica en tiempos máximos razonables.

- Propiciar, desde los Estados, ámbitos de participación plena de las personas adultas mayores con el objetivo de facilitar su involucramiento en las decisiones que se toman, sobre todo en aquellas que las conciernen, y fomentar la creación de espacios de participación comunitaria, intergeneracionales y con perspectiva de género e intercultural, considerando, que la protección social de esta población requiere de una mirada descentralizada que contemple la cultura y las necesidades de quienes viven en espacios rurales.
- Profundizar o desarrollar, según corresponda, acciones enfocadas en la profesionalización de los recursos humanos que brindan atención, apoyo y cuidados a las personas mayores. Esta medida es fundamental para evitar que los cuidados recaigan solo en los familiares, principalmente en las mujeres. Además, se debe considerar que una persona formada y capacitada para ejercer el rol de cuidador/a impacta de manera positiva

en la calidad de vida de la persona que requiere los cuidados ya que garantiza que se respeten sus derechos, como la autonomía.

- Impulsar la producción de información que aborde las dimensiones de análisis en clave rural, como insumo para el desarrollo de estudios e investigaciones, y la generación de estadísticas públicas sobre las condiciones de vida de la población mayor en el ámbito rural, con el fin de superar la limitación que supone la mirada urbano céntrica y contar con información básica para el diseño de políticas que promuevan el envejecimiento activo y saludable, enfocadas y adecuadas a las particularidades de la ruralidad.
- Considerar, en el análisis comparativo del impacto de la pandemia por COVID-19 entre las áreas urbanas y rurales, no solo las diferencias respecto de la densidad poblacional, sino también las dinámicas propias de cada lugar, las interacciones, su frecuencia e intensidad. Esto arrojará luz sobre una serie de otras desigualdades que exceden la cuestión poblacional y que, como señala Tapia (2020), “determinarán al final del día la velocidad, magnitud y rumbo de esta pandemia” (p. 26).

Referencias bibliográficas



6

- Amnistía Internacional (2020). La pobreza tiene género, 17 de octubre del 2020. Recuperado de <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/la-pobreza-tiene-genero/>
- Acosta, L. D. *et al.* (2021). Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas. *Revista Latinoamericana De Población*, 15(29), 64-117. Recuperado de <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.3>
- Alcântara, A. (2016). Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento, en Alexandre de Oliveira, A. Alcântara, A., Camarano y K. C. Giacomini (org). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*, Ipea, 323-342. Recuperado de <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9098/1/Envelhecer.pdf>
- Asesoría General en Seguridad Social de Uruguay (2019). Indicadores socioeconómicos y demográficos en Boletín Personas Mayores. Número 4. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/bps/file/16734/1/boletin-adulto-mayor-2019.pdf>
- Bagnulo, C. y Pizarro, N. (2010). Distribución espacial de los adultos mayores en condición de riesgo de malnutrición en la ciudad de Bahía Blanca. *Revista Universitaria de Geografía*, 16 (1), 119-138. Recuperado de http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185242652010001100009&lng=es&nrm=iso
- Banco de México (2021). La Reforma del Sistema de Pensiones de México: Posibles Efectos sobre las Jubilaciones, la Dinámica del Ahorro Obligatorio y las Finanzas Públicas. (Extracto del *Informe Trimestral octubre-diciembre 2020*, 53-58, publicado el 3 marzo de 2021). Recuperado de <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7B097F33DE-A56A-DA9E-9620-7A9C-DC32AA8B%7D.pdf>
- Becerril Montekio V., Medina G. y Aquino R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53, 120-131. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53supl2/s120-s131/es>
- Becerril Montekio, V., Reyes, J., y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53, s132-s142. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es
- Bentancor, A. (2020). El sistema de pensiones en Chile: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, 205 (LC/TS.2020/61), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el

- Caribe (CEPAL). Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45779/1/S2000377_es.pdf
- Bonilla Maldonado, D. (2019). El constitucionalismo radical ambiental y la diversidad cultural en América Latina. Los derechos de la naturaleza y el buen vivir en Ecuador y Bolivia. *Revista Derecho del Estado*, 42, 3-23. Recuperado de <https://doi.org/10.18601/01229893.n42.01>
- Calabria, J., Gaiada, A., y Guinsburg, N. (2021). Análisis comparado de cobertura, distribución y tasa de sustitución en los sistemas previsionales de Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay en 1995, 2005-2006 y 2014-2015 a partir de microdatos. *Revista Latinoamericana de Población*, (16). Recuperado de doi: <https://doi.org/10.31406/relap2022.v16.e202107>
- Carazo Sánchez, C. (2021). La problemática de la sanidad en las zonas rurales de la España vaciada. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-problematica-de-la-sanidad-en-las-zonas-rurales-de-la-espana-vaciada-articulo-monografico/>
- Castilla Juárez, K. (2015). *El bloque de derechos multiculturales en México*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2018-12/fas_DESCA2.pdf
- Cebrián López, I. y Llorente Heras, R. (2017): Mujer y mercado de trabajo. *Revista de Economía Laboral*. 14 (2), 1-4. Recuperado de <http://www.aeet.eu/images/RePEc/rel/journal/rel/111-1-233-1-10-20180403.pdf>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2019). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. Revisión. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion>
- CEPAL (2019). *World Population Prospects 2019*, CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2019 y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. [versión electrónica]. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-excel>
- Cetrángolo, O. y Grushka, C. (2020). El sistema de pensiones en la Argentina: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, 208 (LC/TS.2020/65). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45821/1/S2000378_es.pdf

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019). Fortalecimiento de la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores en la República Dominicana. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/notas/fortalecimiento-la-institucionalidad-publica-dirigida-personas-mayores-la-republica-dominicana>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018). Pobreza y personas mayores en México. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayores.aspx
- Dávila Torres, J., Rodríguez Díaz Ponce, M., Echeverría Zuno, S. (2021). El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, retos y propuestas de política. México. Fondo de Cultura Económica.
- Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM, s.f.). La experiencia cuenta. Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/laexperienciacuenta>
- Dulcey Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Espino García, S. (2021): La feminización de la pobreza en España: un enfoque desde la perspectiva de género. *International Journal for 21st Century Education*, 8(1), 37-46. Recuperado de <https://www.uco.es/ucopress/ojs/index.php/ij21ce/article/view/13662/12608>
- Educación Previsional (2021). El sistema dominicano de pensiones. Recuperado de https://www.educacionprevisional.gob.do/sistema_dominicano_de_pensiones.php
- European Anti-Poverty Network (EAPN) (2021). El estado de la pobreza en España. Recuperado de https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1629703748_el-estado-de-la-pobreza.-avance-resultados-julio-2021-v2.pdf
- EUROSTAT (2020). Estructura demográfica y envejecimiento de la población. Recuperado de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/regions/data/database>
- Faiguenbaum, S., Ortega, C. y Soto Baquero, F. (2013). Pobreza rural y políticas públicas en América Latina y el Caribe Fao. Recuperado de <https://www.fao.org/3/i3069s/i3069s.pdf>
- Fondo Nacional de Salud (FONASA) (2021). Datos abiertos. Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos>
- Gaudin, Y. (2019). Nuevas narrativas para una transformación rural en América

- Latina y el Caribe. La nueva ruralidad: conceptos y medición. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44665-nuevas-narrativas-transformacion-rural-america-latina-caribe-la-nueva-ruralidad>
- Gobierno de México (2021). Operativo Correcaminos. Recuperado de: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Operativo_Correcaminos_19feb2021.pdf
- Goic G, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, V. y Becerril, S. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México*, 53 (2), 220-232.
- Grupo de Anàlisi Quantitativa Regional (2020). Diferencias entre municipios urbanos y rurales en la propagación del COVID-19 en el territorio catalán. AQR COVID-19 UB REA. Universitat de Barcelona. Recuperado de https://www.ub.edu/aqr/covid19/docs/AQR_Covid19_RuralUrbano_cast.pdf
- Higuera Jiménez, D. (2018). Multiculturalismo y pluralismo en el constitucionalismo colombiano: el caso de la reinterpretación del mito en el diálogo intercultural u'wa, *Via iuris*, 25, 1-43. Recuperado de <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/Vialuris/article/view/844>
- Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/2617>
- (2018) (ed.). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- (2020). El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45493/1/S2000301_es.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Continua 2019. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>

- (IBGE, 2020). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica (43) Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IM-SERSESO, 2019). Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Recuperado de https://www.imserse.es/imserse_01/el_imserse/informes_anuales/informe2020/index.htm
- (2020). Iniciativas amigables con las personas mayores en el ámbito municipal durante la crisis sanitaria y confinamiento por COVID-19. *Boletín informativo N.º 33 - abril 2020*. Recuperado de [newsletter_n33_2020.pdf](https://www.imserse.es/newsletter_n33_2020.pdf) (imserse.es)
- (2020a). Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España (Informe a 31/12/2020). Recuperado de https://www.imserse.es/InterPresent1/groups/imserse/documents/binario/inf_ssppmmesp2020.pdf
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2019). Guía de Mujeres Mayores. Recuperado de https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/Guias-Salud/Salud_IX.pdf
- Instituto de Previsión Social (IPS, 2021). Montos de pensiones mínimas y básicas solidarias. Recuperado de <https://www.ips.gov.cl/servlet/internet/content/1421810853538/mon-tos-de-pensiones-minimas-y-basi-cas-solidarias>
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021). La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza. Recuperado de <https://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados - PAMI (INSSJP-PAMI, s.f.a). Programa residencias cuidadas. Recuperado de https://www.pami.org.ar/pdf/programa_residencias_cuidadas.pdf
- López-Ortega, M. y Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México, Nota técnica del BID*. 1614. Agosto 2019.
- Maestro Yarza, I. y Martínez Peinado, J. (2003): La pobreza humana y su feminización en España y las Comunidades Autónomas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 104, 57-90. Recuperado de https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_104_051167910310521.pdf
- Mancuello Alum, J. y Cabral de Bejarano, M. (2011). Sistema de Salud en Paraguay. *Revista Salud Pública*, 1(1), 13-25. Recu-

- perado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>
- Manzano, F. y Velázquez, G. (2016). La inexactitud de la relación de dependencia demográfica. Análisis del caso argentino (2001-2010). *Cuadernos Geográficos*, 55(2), 107-126. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/171/17149048005.pdf>
- Millán-Vázquez de la Torre, M., Velasco-Portero, M. y Ramírez-Sobrino, J. (2017). El emprendimiento de la mujer rural española: análisis de la brecha salarial. Una realidad difícil de solucionar. *Papeles de Población*, 23(92), 151-183, 2017. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/112/11252118006/html/>
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020). Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Argentina Presidencia. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado3.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES, 2019). *Informe de transición de Gobierno 2019 | 2020*. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/MIDES_informe%20de%20transici%C3%B3n.pdf
- Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, (2011). "Diagnóstico de la igualdad de género en el Medio Rural", Dirección General de Desarrollo Sostenible del Medio Rural, Secretaría General Técnica. Recuperado de: https://www.mapa.gob.es/es/desarrollo-rural/temas/igualdad_genero_y_des_sostenible/DIAGN%C3%93STICO%20COMPLETO%20BAJA_tcm30-101391.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MIDES, s.f.). Recomendaciones a Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) para la prevención y actuación frente al COVID-19. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/ELEPEMconTapa_ok.pdf
- Ministerio de Política Territorial y Función Pública (MPTFP, s.f.). Directrices Generales de la Estrategia Frente al Reto Demográfico. Recuperado de http://www.mptfp.es/dam/es/portal/reto_demografico/Estrategia_Nacional/directrices_generales_estrategia.pdf
- (2019). *Directrices Generales de la Estrategia Frente al Reto Demográfico*. Recuperado de http://www.mptfp.es/dam/es/portal/reto_demografico/Estrategia_Nacional/20190329_directrices_estrategia.pdf
- Ministerio de Sanidad (2019). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019: Aspectos destacados*. Recuperado de

- https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf
- (2020). Estrategia de vacunación COVID-19 en España líneas maestras. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/24.11241120144431769.pdf>
- (2021). Principales datos del sistema nacional de salud. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_072021.pdf
- (2022). Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Actualización 11 (8 de febrero de 2022). Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Actualizaciones_Estrategia_Vacunacion/docs/COVID-19_Actualizacion11_EstrategiaVacunacion.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Sistema Nacional de Salud. España 2012. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
- Muñoz-Pogossian, B. y Siegel, A. (2019). Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Boletín Envejecimiento y Desarrollo*, 17. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos>
- Naciones Unidas (2019). Perspectivas de la Población Mundial 2019. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45989/1/S2000384_es.pdf
- Navarrete Luco, I. y Osorio Parraguez, P. (2019). Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriátrica*, 32(3), 127-134. Recuperado de: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2019/03/RAGG-03-2019-127-134.pdf>
- Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo (2018). El sistema de pensiones de la república dominicana desde la perspectiva de las políticas sociales. *Boletín del Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo*. Recuperado de <http://www.enfoquesocial.gob.do/media/19870/boletin-21-el-sistema-de-pensiones-en-republica-dominicana.pdf>
- Oliveri, M. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina, Nota técnica del BID*, 2044. Noviembre 2020. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/>

- Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/
- (2019). Perspectiva de la población mundial. Recuperado de <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- (2021). “Emergencia global del coronavirus” en Noticias ONU. Recuperado de <https://news.un.org/es/node/1469002/date/2021-04-30>
- Organización de los Estados Americanos (OEA, 2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 11 de diciembre de 2018). Las personas adultas mayores y el acceso a los sistemas de protección social en el ámbito rural. En Seminario internacional “Vejez, ruralidad y servicios sociales” Santiago, Chile. Recuperado de https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/10/Seminario_rural_maquetacio%CC%81n_individual.pdf
- (2020). Las personas mayores en el ámbito rural. *Boletín programa iberoamericano de cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores (20)*. Recuperado de <https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/04/Boletin-oiss-20-Alta-1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a). Documentos Básicos N.º 49. Recuperado de https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1
- (2020b). *Informe mundial sobre el edadismo*. Recuperado de <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- (2020c). WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>.
- (2021) Explorador de COVID-19 de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://worldhealthorg.shinyapps.io/covid/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2018), Estudio multidimensional de Paraguay. Vol. 2. Análisis detallado y recomendaciones, Caminos de Desarrollo, OECD Publishing, París. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1787/9789264306226-es>.

- Pasillas, E. (2018). Multiculturalismo y derechos fundamentales en el noroeste de México: El caso de la tribu yaqui. *Estudios Fronterizos*, 19. Recuperado de <https://doi.org/10.21670/ref.1808008>
- Pelcastre, B., Ruelas, G., Reyes H., Meneses, S. y Amaya, M. (2014). Los retos de la atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas, en Jasso-Salas, P., Montoya Arce, J., Barreto Villanueva, A. y Serrano Avilés, T. (comp.). (2014). *Hitos demográficos del siglo XXI: envejecimiento*. Tomo II, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 113-132. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/cieap-uaem/20170424033012/pdf_491.pdf
- Pena, N. (2020). El cuidado de adultos mayores en Paraguay: estrategias colectivas y circulación de cuidados en familias transnacionales. *Revista Latinoamericana de Población*, 14 (27), 5-40. Recuperado de <https://revistarelap.com/index.php/relap/article/view/244/387>
- Pereyra Ariza, R. (2003). Situación del adulto mayor de República Dominicana. Red Latinoamericana de Gerontología. Recuperado de <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/dominicana.pdf>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Madrid, Informes Envejecimiento en red*, 25. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pizarro, N. (2006). El problema de la mortalidad y la geografía de la ancianidad en Bahía Blanca. *Revista Universitaria de Geografía*, 15, 213-217. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/pdf/reuge/v15n1/v15n1a16.pdf>
- Pochtar, N., y Pszemiarower, S. (2011). Personas adultas mayores y derechos humanos. Recuperado de http://www.jus.gob.ar/media/1129050/05-dhpt-adultos_mayores.pdf
- Proyecto NODO (2021). Historias del FONO Mayor en pandemia. Testimonios sobre desafíos y respuestas a la pandemia. Santiago de Chile, Sistema de las Naciones Unidas en Chile. Recuperado de <https://chile.un.org/es/157289-historias-del-fono-mayor-testimonios-sobre-desafios-y-respuestas-la-pandemia>
- (2021a). Hábitos y necesidades de personas mayores en pandemia. Análisis de situación y desafíos estructurales en Chile. Santiago de Chile, Sistema de las Naciones Unidas en Chile. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/NS-02-HABITOS-Y-NECESIDADES-DE-PERSONAS-MAYORES-EN-PANDEMIA.pdf>

- Quilaqueo, D. y Torres, D. (2013). Multiculturalidad e interculturalidad: desafíos epistemológicos. *Alpha*, 37, 285-300. Recuperado de https://www.scielo.cl/pdf/alpha/n37/art_20.pdf
- Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context: conceptual Issues, research questions and policy options, Gender and Development Programme Paper N° 3, United Nations Research Institute for Social Development, Junio 2007. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/47163/The%20Political%20and%20Social%20Economy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM, 2021). Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/1102>
- Rodríguez, P. (2004). Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. *Observatorio de Personas Mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Gobierno de España. Recuperado de <https://www.imser-so.es/InterPresent1/groups/imser-so/documents/binario/boletinopm11.pdf>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, 106. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/atencion%20CENTRADA%20EN%20PERSONA%202010.pdf>
- (2012) (coord.). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Madrid: Fundación Caser para la dependencia. Recuperado de <https://www.fundacionpilares.org/docs/INNOVRESIDARQUITECYMODELO.pdf>
- Romero *et al.* (2021). Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8Z-tvKjt7kzc/?format=pdf&lang=pt>
- Ruelas González, A. y Pelcastre Villafuerte, B. (2016). La protección a grupos en condiciones de vulnerabilidad: una reflexión desde la ética en Ronzón
- Hernández, Z.; Vázquez Palacios, F. y Murguía Salas, V. (coords.) *Vejez y vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes*. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/80241>
- Schwarzer, H. y Costanzi, R. (2011). Globalización y distribución del ingreso: la importancia de la previdencia rural y de los beneficios de prestación con-

- tinuada en Brasil. En *Distribución del Ingreso. Enfoques y Políticas Públicas desde el sur*. Novick, M. y Villafañe, S. (coord.). Buenos Aires. PNUD-Ministerio de Empleo, Trabajo y Seguridad Social. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjhs-3k8MX2AhX6ppUCHbRAADgQFnoE-CBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.undp.org%2Fcontent%2Fdam%2Fargentina%2Fpublications%2FDesarrollo%2520Inclusivo%2FDistrib%2520Ingreso.pdf&usg=AOvVaw2AynjkDuiYP-JcqchgWjzqd>
- Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (2018). Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Recuperado de https://www.stp.gov.py/v1/wp-content/uploads/2019/04/Final_SABE-ASUNCION-REPORT_v2-1eng_spa.pdf
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2021a). Desafíos y aprendizajes de estrategia de SENAMA frente a la pandemia de COVID-19 en ELEAM. Chile. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/DESAFIOS_Y_APRENDIZAJES ESTRATEGIA_SENAMA_ANTE_PANDEMIA_2021.pdf
- (2021b). Presentación de información sobre las vacunas contra el COVID-19. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/VacunasAbril2021_dr_Ignacio_Pineda.pdf
- (2021e). Medidas en pandemia para personas mayores: Aprendizajes hacia Ciudades más Amigables Estudio de percepción de actores claves, en torno a medidas implementadas por confinamientos y desconfinamientos en el contexto COVID-19. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Librillo_Comunas_Amigables%2C_aprendizajes_en_Pandemia.pdf
- Sistema de cuidados (2020). La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay. Balance y desafíos 2015–2020. Recuperado de: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/cuidados-informe-quinquenal-2015-2020.pdf>
- Soto, A. (2020). Envejecimiento rural y salud pública en la región del Maule, Chile [Tesis Doctorado en Demografía], Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/17353/Soto%2c%20A.%20%282020%29%20Envejecimiento%20rural%20y%20salud%20p%C3%bablica%20en%20la%20region%20del%20Maule%2c%20Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Subdirección General de Análisis, Coordinación y Estadística (SGACE., 2021).

- Demografía de la población rural en 2020. AgrInfo nº 31. octubre 2021. Recuperado de https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/ayp_demografiaenlapoblacionrural2020_tcm30-583987.pdf
- Tajer, D. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. *Género y salud. Las políticas en acción*. Recuperado de <http://bibliop-si.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Introduccion-a-los-estudios-de-Genero/tajer%20-%20construyendo%20una%20agenda%20de%20genero.pdf>
- (2020). Cuidados generalizados en salud. Ficha de Cátedra. Facultad de Psicología UBA.
- Tapia, M. (2020). Coronavirus: riesgo urbano versus riesgo rural. Una mirada desde Estados Unidos. *Crítica Urbana. Revista de Estudios Urbanos y Territoriales*, 3(13). Recuperado de <https://criticaurbana.com/coronavirus-riesgo-urbano-frente-a-riesgo-rural-una-mirada-desde-estados-unidos>
- Villarreal, H. y Macías, A. (2020). El sistema de pensiones en México: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. *Macroeconomía del Desarrollo*, 210 (LC/TS.2020/70), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Wincler, M., Boufleur, T., Ferreti, F. y De Sa, C. (2016). Idosos no meio rural: uma revisão integrativa. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 21(2), 173-194 <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/60691/44545>
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6, 151-169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2696101>

6.1. Normativas y sitios institucionales consultados

- Banco de Previsión Social (BPS, 2021). Sistema Nacional de Cuidados. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/13300/sistema-nacional-de-cuidados.html>
- CEPAL (2022). Indicadores de Estructura. Recuperado de https://celade.cepal.org/redatam/pryesp/sisppi/webhelp/indicadores_de_estructura.htm
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (CNDH, 2015) https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez_familia/material/ley-derechos-adultos-mayores.pdf
- Constitución Política de la República Dominicana (2010). Proclamada el 26 de enero de 2010. Publicada en la Gaceta Oficial No. 10561. Recuperado de

- <https://dominicana.gob.do/index.php/pais/2014-12-16-20-52-13>
- Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (s.f.). ¿Quiénes somos? Recuperado de https://www.conape.gob.do/quienes_somos.cfm
- Decreto 3/2016 (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Aprobación de garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-13722_recurso_1.pdf
- Decreto 130/2005. Creación del Programa Ibirapita. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/130-2015>
- Dirección General de Jubilaciones y Pensiones a Cargo del Estado (2021). Sobre nosotros. Recuperado de <https://www.dgjp.gob.do/>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2021). Quiénes somos. Recuperado de https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/quienes_somos/index.htm
- (2021a). Red de Ciudades y Comunidades Amigables en España. Recuperado de https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/ayun_parti/redspana/index.htm
- (2021b). Objetivos y líneas de actuación del Imserso para el año 2021. Recuperado de https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/objetivos/index.htm
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2021). Programas de geriatría del IMSS, enfocados a mejorar la calidad de vida y seguimiento a la salud de adultos mayores. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/>
- (2021). Ficha de Monitoreo 2020-2021 Programa IMSS-BIENESTAR, Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/evaluacionExterna/eval-2020-2021-Ficha-Monitoreo.pdf>
- (2022). IMSS-BIENESTAR. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2022). Acciones y Programas. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/#3431>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2020). Encuesta Permanente de Hogares 2020. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos>
- (2021). Encuesta Permanente de Hogares Total Urbano. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos>
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020). Encuesta Permanente de Hogares Continua 2020 (EPHC 2020). Recuperado de <https://www.ine.gub.uy/encuesta-continua-de-hogares1>

- Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados - PAMI (INSSJP-PAMI, s.f. b). Chequeate en casa. <https://www.pami.org.ar/chequeateencasa>
- (s.f. c). Volnovich: “Digitalizamos la mayoría de los trámites y aumentó el uso de la tecnología”. <https://www.pami.org.ar/novedades/novedad/1025>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2021). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Última reforma publicada DOF 22-11-2021). Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>
- Ley 1/2012. Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Recuperado de: <https://plataformaurbana.cepal.org/es/pnu/ley-1-12-estrategia-nacional-de-desarrollo-2030>
- Ley 36/1978, de 16 de noviembre, Gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/11/18/pdfs/A26246-26249.pdf>
- Ley 39/2006, de 15 de diciembre de 2006, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 44142 a 44156. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>
- Ley 87/2001, de 9 de mayo de 2001, Creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Recuperado de <https://dgii.gov.do/legislacion/leyesTributarias/Documents/Leyes%20de%20Instituciones%20y%20Fondos%20de%20Terceros/87-01.pdf>
- Ley 352/98, de 15 de agosto de 1998, Protección de la Persona Envejeciente. Recuperado de <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/764>
- Ley 3.500/1980, de 13 de noviembre de 1980, Régimen de previsión social derivado de la capitalización individual. Recuperado de https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articulos-14012_recurso_1.pdf
- Ley 10.741, de 1 de octubre de 2003, Estatuto de las personas mayores. Recuperado de <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10741&ano=2003&ato=c8egXU-610dRpWT951>
- Ley 18.617/2009, de 6 de noviembre de 2009, creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009>
- Ley 18.211/2007, de fecha 05 de diciembre de 2007, creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>

- institucional/normativa/ley-n-18211-fecha-05122007-creacion-del-sistema-nacional-integrado-salud
- Ley N° 18.719, de 05 de enero de 2011, Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2010 - 2014. Recuperado de <https://www.gub.uy/centro-nacional-respuesta-incidentes-seguridad-informatica/institucional/normativa/ley-n-18719-fecha-05012011-presupuesto-nacional-sueldos-gastos-inversiones>
- Ley 19.353/2015, de 8 de diciembre de 2015, Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por,e%20implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas>
- Ley 20.255/2008, de 11 de marzo de 2008 (Actualizado a febrero de 2022), establece reforma previsional. Recuperado de https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/articles-7330_recurso_1.pdf
- Ley 20.500/2011, de 20 de enero de 2011, sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>
- Ley 24.241/1993, de 23 de septiembre de 1993, Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/639/texact.htm>
- Ley 27.260/2016, de 26 de mayo de 2016, Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/263691/norma.htm#:~:text=ART%C3%8DCULO%201%C2%BA%20E2%80%94%20Cr%C3%A9ase%20el%20Programa,los%20requisitos%20establecidos%20por%20la>
- Ministério da Saúde (2021). Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). CASEN 2020 en pandemia. Recuperado de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES, 2021). Asistencia a la vejez. Recuperado de <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/34129/asistencia-a-la-vejez>
- (2021a). Personas en situación de dependencia. Recuperado de: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/personas-situacion-dependencia>
- Ministerio de la Igualdad (s.f.). Funciones del Ministerio de Igualdad. Recuperado de <https://www.igualdad.gob.es/ministerio/funciones/Paginas/index.aspx>

- Ministerio de la Mujer (2021a). Mujeres rurales. Recuperado de <http://www.mujer.gov.py/index.php/mujeres-rurales>
- (2021b). ¿Quiénes somos? Recuperado de <https://mujer.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos>
- Ministerio de la Mujer y la equidad de género (2021). Sobre MinmujeryEG. Recuperado de https://minmujeryeg.gob.cl/?page_id=34975
- Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina (2020). Plan estratégico para la vacunación contra la covid-19 en la República Argentina (23 de diciembre 2020). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>
- (2021a). Misión, visión y objetivos. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/mision>
- Ministerio de Salud de Chile (2021a). Misión y visión. Recuperado de <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>
- (2021b). Funciones y objetivos. Recuperado de <https://www.minsal.cl/funciones-objetivos/>
- (2021c). Depto. de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Recuperado de <https://www.saludmejor.cl/organizaciones/11>
- Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (s.f.a). Sobre el Ministerio. Recuperado de https://www.msp.gob.do/web/?page_id=249
- (s.f.b). Gobierno presenta Plan Nacional de Vacunación contra covid-19. Recuperado de <https://www.msp.gob.do/web/?p=10450>
- (2021). ¿Quiénes somos? Recuperado de https://www.msp.gob.do/web/?page_id=249
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (s.f.). El sistema de salud en el Uruguay. Recuperado de http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El_sistema_de_salud_en_el_Uruguay.pdf
- (2021). Cometidos. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/cometidos>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19. Recuperado de <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/24821c-20201229PlanVacunacionv03.pdf>
- (2021). Misión y visión. Recuperado de <https://www.mspbs.gov.py/mision.html>
- Ministerio de Sanidad (s.f.). Sanidad en datos. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
- (s.f.a). Estrategia de vacunación covid-19. Información oficial sobre la vacuna-

- ción contra el nuevo coronavirus. Recuperado de <https://www.vacunacovid.gob.es/>
- (s.f.b). Cuadro de mando resumen de datos de vacunación. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/pbiVacunacion.htm>
- (s.f.c). La protección de la salud en España. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>
- (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2021). Salario. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscas-trabajo/conocetusderechos/salario>
- Ministerio de Trabajo y Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2018). Encuesta de Condiciones de Empleo, Trabajo y Seguridad Social (ECETSS).
- Monitor Público de Vacunación (2021). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>
- Oficina Internacional del Trabajo (2014). “Convenio N.º 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”, Lima, Organización Internacional del Trabajo-Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Organización de Naciones Unidas (ONU, 1995). Fourth World Conference on Women, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). Beijing, China, septiembre 1995. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html>
- (2002). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, “Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, (8 a 12 de abril de 2002), Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- (2020). “Gender mainstreaming: A global strategy for achieving gender equality and the empowerment of women and girls”. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). Recuperado de <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Gender-mainstreaming-Strategy-for-achieving-gender-equality-and-the-empowerment-of-women-and-girls.pdf>

- ving-gender-equality-and-empowerment-of-women-girls-en.pdf
- (2021). “Repository on Gender Mainstreaming Policies in the United Nations System”. UN Inter-Agency Network on Women and Gender Equality (IANWGE). Recuperado de <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/How%20We%20Work/UNSystemCoordination/IANWGE/IANWGE-Gender-mainstreaming-policies-in-the-UN-system-en.pdf>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (oiss, 2022). Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores, “Observatorio Iberoamericano sobre Personas Adultas Mayores”, Recuperado de <https://iberoamericamayores.org/observatorio/>
- Organización Médica Colegial de España (2020). “La Pandemia por SARS-CoV 2 y la AP Rural en España”. Consejo Federal de Colegios Oficiales de Médicos. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/ap_rural_y_pandemia_2020.pdf
- Organización Mundial de la Salud (oms, 2020). “Decade of Healthy Ageing”, Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
- Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero, regulación del Consejo Estatal de las Personas Mayores, 3971 a 3974. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/02/04/117>
- Real Decreto 735/2020, de 5 de agosto de 2020, por medio del cual se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 5 de agosto de 2020, núm. 211. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/08/04/735/con>
- Rodher, 2015. El reto demográfico. Recuperado de https://www.inclusion.gob.es/cartaespana/es/noticias/Noticia_0516.htm
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2020, 22 de julio). Gobierno de México anuncia reforma para fortalecer el Sistema de Pensiones. [Comunicado]. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/564949/Comunicado_SHCP_061__1_.pdf
- Secretaría de salud de México (s.f.). Etapas de vacunación. <http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/>
- Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SERNAMEG, 2021) https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=26830
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, s.f.). Fono Mayor - SENAMA entrega contención

- emocional y acompañamiento para los mayores en esta pandemia. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/fono-mayor-covid-19#:~:text=A%20cinco%20meses%20de%20haberse,un%20promedio%20de%20239%20diarias>.
- (2021c). Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia>
- (2021d). Personas mayores, perspectiva de género. <http://www.senama.gob.cl/genero-y-vejez>
- Sistema de cuidados (2020a). Rendimos Cuentas. Informe marzo 2020. Recuperado de: <http://docplayer.es/222306948-Sistema-de-cuidados-rendimos-cuentas-informe-marzo-datos-actualizados-al.html>
- STATISTA (2021). Estadísticas. Recuperado de <https://es.statista.com/>
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2018). Encuesta de Condiciones de Empleo, Trabajo y Seguridad Social de 2018 (ECETSS 2018). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt/encuestas-salud-trabajo/ECETSS-2018>
- Superintendencia de Pensiones Gobierno de Chile (SPCL, 2021) <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-channel.html>
- Superintendencia de Salud Gobierno de Chile (SSCL, s.f.). Garantías Explícitas de Salud. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonLegislacion>
- Superintendencia de Salud (2021). Datos y estadísticas. Casos GES acumulados a marzo de 2021. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonDocumentos>
- Superintendencia de Salud Gobierno de Chile (SSCL, 2021b) <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-channel.htm>

Anexo |



7

Matriz de indicadores										
Dimensiones	Indicadores	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	ESPAÑA	MÉXICO	PARAGUAY	REPÚBLICA DOMINICANA	URUGUAY	
Datos socio-demográficos	Cantidad de personas mayores en su país (números absolutos)	7,279,394	37,700,000	2,850,171	9,100,000	15,142,976	711,390	1,535,535	524,129	
	%									
	Porcentaje de personas mayores sobre el total de la población	15,9	17,9	16,2	19,3	12,0	9,9	11,2	14,8	
	Proporción de mujeres mayores de 60 años sobre la población mayor	57,1	55,5	55,7	56,0	53,7	52,7	51,7	59,4	
	Proporción varones mayores de 60 años sobre la población mayor	42,9	44,5	44,3	44,0	46,3	47,3	48,3	40,6	
	Cantidad de personas mayores que viven en áreas rurales (números absolutos)	461,910	6,069,700	42,182,531	77,350,000	3,331,455	27,317,376	19,040,634	26,835	
	%									
	Proporción personas mayores que viven en áreas rurales	8,1	16,1	14,8	8,5	22,0	38,4	12,4	5,1	
	Proporción mujeres mayores de 60 años que viven áreas rurales	47,2	47,8	47,9	56,0	20,5	34,4	45,3	3,9	
	Proporción varones mayores de 60 años que viven áreas rurales	52,8	52,2	52,1	44,0	23,7	42,8	54,7	6,9	
Proporción personas mayores que pertenecen a pueblos o comunidades indígenas	1,5	0,3	10,6	S/D	8,2	5,6	S/D	S/D		
Ingresos	Porcentaje de personas mayores de 60 años que perciben una jubilación y/o pensión	85,5	84,8	75,5	97,0	30,9	11,8	22,0	88,1	
	Porcentaje mujeres mayores de 60 años que perciben una jubilación y/o pensión	92,5	82,3	70,9	73,0	22,7	12,8	21,0	87,0	
	Porcentaje varones mayores de 60 años que perciben una jubilación y/o pensión	76,7	88,0	81,2	99,0	40 *	10,7	22,0	89,8	
	Porcentaje mujeres y varones de 60 años residentes en ámbitos rurales que perciben una jubilación y/o pensión	S/D	93,0	61,1	95,0	12,5	3,1	2,0	88,5	
	Porcentaje de personas mayores que se encuentran por debajo de la línea de pobreza	15,4	S/D	4,5	13,0	36,1	19,7	S/D	2,3	
	Porcentaje mujeres mayores que se encuentran por debajo de la línea de pobreza	14,9	S/D	4,4	15,0	S/D	19,2	S/D	2,3	
	Porcentaje varones mayores que se encuentran por debajo de la línea de pobreza	16,1	S/D	4,7	11,0	S/D	20,2	S/D	2,3	
	Porcentaje personas mayores que se encuentran por debajo de la línea de indigencia	2,0	3,3	1,0	3,0	6,8	2,1	S/D	0,0	

Matriz de indicadores									
Dimensiones	Indicadores	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	ESPAÑA	MÉXICO	PARAGUAY	REPÚBLICA DOMINICANA	URUGUAY
Ingresos	Porcentaje mujeres mayores que se encuentran por debajo de la línea de indigencia	1,8	3,0	0,9	3,0	S/D	1,8	S/D	0,0
	Porcentaje varones mayores que se encuentran por debajo de la línea de indigencia	2,3	3,6	1,2	3,0	S/D	2,5	S/D	0,1
	Porcentaje personas mayores residentes en áreas rurales que se encuentran por debajo de la línea de pobreza	S/D	18,2	10,7	10,0	56,1	27,2	S/D	0,6
	Porcentaje mujeres mayores residentes en áreas rurales que se encuentran por debajo de la línea de pobreza	S/D	17,8	10,6	12,0	S/D	27,3	S/D	0,9
	Porcentaje varones mayores residentes en áreas rurales que se encuentran por debajo de la línea de pobreza	S/D	18,5	10,8	9,0	S/D	27,1	S/D	0,0
	Porcentaje personas mayores residentes en áreas rurales que se encuentran por debajo de la línea de indigencia	S/D	4,5	1,9	2,0	S/D	4,3	S/D	0,0
	Porcentaje mujeres mayores residentes en áreas rurales que se encuentran por debajo de la línea de indigencia	S/D	3,4	1,8	4,0	S/D	4,2	S/D	0,0
	Porcentaje varones mayores residentes en áreas rurales que se encuentran por debajo de la línea de indigencia	S/D	5,5	2,0	1,0	S/D	4,4	S/D	0,0

* Datos procesados a partir de la fuente de información suministrada por el país
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_y_poblacion_mayor_Mexico.pdf



