Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya
GOBIERNO DEL PARAGUAY | CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
PROCIENCIA
PROGRAMA PARAGUAYO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA
Con el apoyo de: Feei
Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación

RETOS Y OPORTUNIDADES DEL ENVEJECIMIENTO EN PARAGUAY.

La interrelación entre el bono demográfico, el bono de género y la productividad

Claudina Zavattiero
Verónica Serafini
Ana Rojas Viñales
Lucas Boh
Víctor Ímas

Octubre 2026

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo del CONACYT. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso se debe considerar que refleja la opinión del CONACYT.

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP)
Piribebuy 1058. Asunción - Paraguay
(595-21) 496 813 / 494 140 / 452 520
cadep@cadep.org.py
www.cadep.org.py

Editor: William Campo
Diseño y diagramación: Karina Palleros
Octubre, 2026
Asunción, Paraguay

ISBN: 978-99925-276-6-5 (versión digital)

Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya
GOBIERNO DEL PARAGUAY | CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
PROCIENCIA
PROGRAMA PARAGUAYO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA
Con el apoyo de:
Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación

RETOS Y OPORTUNIDADES DEL ENVEJECIMIENTO EN PARAGUAY.

La interrelación entre el bono demográfico, el bono de género y la productividad

Claudina Zavattiero
Verónica Serafini
Ana Rojas Viñales
Lucas Boh
Víctor Ímas

Octubre 2026

Contenido

1. Marco teórico y conceptual 7
1.1. Población 7
1.2. Cambio de paradigmas sobre la vejez 8
1.3. El envejecimiento de las personas y el poblacional 11
1.3.1. Envejecimiento de las personas 13
1.3.2. Envejecimiento poblacional 15
1.4. Bono demográfico 16
1.5. Bono femenino 18
1.6. El enfoque intergeneracional 19
1.7. Cuidados 21

2. Derechos de las personas mayores 24

3. Factores demográficos del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe y Paraguay 31
3.1. Las transformaciones demográficas 31
3.2. Tendencias del envejecimiento 39
3.3. Las características del envejecimiento 44
3.4. El envejecimiento poblacional en Paraguay; nueva realidad demográfica 46
3.5. El envejecimiento y sus posibles efectos en la economía paraguaya 49

4. Las políticas dirigidas a las personas mayores 53
4.1. Experiencias internacionales 53
4.1.1. La seguridad económica 54
4.1.2. Políticas de salud y atención geriátrica 57
4.1.3. Sistemas de cuidados de largo plazo 59
4.1.4. Políticas habitacionales 60
4.1.5. Inclusión social y digital, participación y protección contra la discriminación 61
4.1.6. Transporte y accesibilidad 61
4.2. Experiencias internacionales 63
4.2.1. Uruguay 64
4.2.2. Costa Rica 67
4.2.3. Corea 68
4.3. Experiencias nacionales 69
4.3.1. Centro Residencial Especializado de Atención y Apoyo al Adulto Mayor 70
4.3.2. Hogar de personas mayores de Filadelfia 70
4.3.3. Hogares nacionales de estadía permanente para personas adultas mayores 71

5. La inversión en cuidados de las personas adultas mayores 73
5.1 Evidencias empíricas internacionales 73
5.2 Los costos del envejecimiento 78
5.3 El envejecimiento y sus posibles efectos en la economía paraguaya 84

6. Conclusiones 88
7. Referencias bibliográficas 90

Índice de Recuadros

Recuadro 1: Etapas de la transición demográfica 11
Recuadro 2: Principales instrumentos en los sistemas regional y universal de derechos humanos de las personas mayores 29

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Transición demográfica 11
Gráfico 2: Evolución de la estructura poblacional 16
Gráfico 3: Financiamiento del ciclo de vida 20
Gráfico 4: Esperanza de vida al nacer, según sexo, América Latina y el Caribe, 1950-2100 33
Gráfico 5: Esperanza de vida al nacer, según sexo, Paraguay, 1950-2100 33
Gráfico 6: Tasa de mortalidad infantil, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100 34
Gráfico 7: Distribución relativa de la población por sexo y edad, América Latina y el Caribe, 1950, 2025 y 2100 35
Gráfico 8: Tasa Global de Fecundidad, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100 36
Gráfico 9: Tasa global de fecundidad (número de hijos nacidos vivos por mujer), según regiones del mundo, 1950-2024 37
Gráfico 10: Tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento (número de hijos nacidos vivos por mujer y en porcentajes), América Latina y el Caribe, 2024 37
Gráfico 11: Tasa de migración, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100 38
Gráfico 12: Población mundial de 60 años y más (en porcentajes de la población total), por región y Paraguay, 1950-2100 39
Gráfico 13: Edad mediana de la población, ambos sexos, América Latina 1950 - 2100 40
Gráfico 14: Distribución relativa de la población por grupos de edad, estimada y proyectada, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100 41
Gráfico 15: Índice de envejecimiento, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100 42
Gráfico 16: Relación de dependencia, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100. 43
Gráfico 17: Bono demográfico según año de inicio, año de término y duración, América Latina y el Caribe 44
Gráfico 18: Población paraguaya de 60 años y más (en porcentajes de la población total). 1950 - 2010 47
Gráfico 19: Esperanza de vida de la población en Paraguay (en porcentajes de la población total). 1950 - 2010 47

Gráfico 20: Población por grupos de edad en Paraguay (en porcentajes de la población total). 1950 - 2010 48
Gráfico 21: Gasto público y privado en pensiones, salud y atención a la dependencia, 2020 (estimación) y 2050 (proyección) (en porcentajes del PIB), América Latina y el Caribe (16 países) 51
Gráfico 22: Efectos de la salud en el empleo, el consumo y las necesidades de cuidado formal e informal 74

Índice de tablas

Tabla 1: Esperanza de vida al nacer, según países de América Latina y el Caribe, 1950-2024 32
Tabla 2: Comparación de sistemas de cuidado en América Latina. 63
Tabla 3: Tabla de Costos diarios e impacto macroeconómico (% del PIB) 80
Tabla 4: Estimaciones de cobertura para Paraguay 81
Tabla 5: Estimaciones de costos de los servicios de atención por usuario (en dólares), 2019 82
Tabla 6: Número de usuarios y costo (USD) del sistema en el escenario de cobertura total según escenarios, 2019 82
Tabla 7: Proyecciones del costo del sistema en el largo plazo (%PIB), 2050 82
Tabla 8: Viabilidad del financiamiento por medio de la tributación general 83
Tabla 9: Estimaciones del simulador de la OIT 84

1. Marco teórico y conceptual

Tomando en consideración el objetivo general de analizar los efectos macroeconómicos a partir de los cambios en la estructura por edades de la población y sus desafíos en términos del crecimiento económico y las demandas fiscales, que permita motivar una discusión de política de mediano y largo plazo, se diseñó el marco conceptual que guía la investigación.

1.1. Población

La población presenta diversas dimensiones o enfoques desde los cuales pueden hacerse aproximaciones. De éstas se seleccionan al menos cuatro directamente vinculadas al presente estudio: una dimensión estadística, una biológica, una social y una cultural (Vieira, 1973).

La dimensión estadística se asocia con el origen mismo de la demografía y con interpretaciones todavía vigentes sobre los aspectos fundamentalmente cuantitativos de la población. Así, Haupt y Kane (1980) la define como "un grupo de objetos y organismos de la misma especie" poniendo de relieve, más que la naturaleza compleja del objeto mismo, el hecho de que se presente en forma de conjunto o cantidad.

Con respecto a este enfoque, el citado Vieira P. afirma que:

> "Concebir a la demografía como ciencia matemática, es el resultado del amplio empleo de los métodos estadísticos y de su innegable fecundidad", para concluir que "la concepción de la demografía como ciencia matemática, aunque corriente en los medios profesionales especializados en la práctica de los cálculos censales y en la preparación y análisis de las estadísticas vitales, va perdiendo terreno en lo que se refiere a cuestiones de orden interpretativo, a favor de aquella que considera la demografía más caracterizada por la naturaleza biológica y social de su objeto" (Viera, 1973, p.34).

La observación es importante en sí misma, pero además incorpora otras dos dimensiones del objeto demográfico. En primer lugar, la referencia a su naturaleza biológica deja claro que no se trata de un objeto (ni conjunto de objetos) cualquiera, y menos inanimado. La propia etimología de la palabra demografía indica un estudio descriptivo (grafía) del pueblo (demos):

> "y cuando se habla de pueblo no se está aludiendo a cosas, objetos inanimados ni aún a seres vivos que no sean concretamente los seres humanos […] Esta referencia a las personas permite traspasar el umbral estadístico e incorporar una dimensión biológica al objeto de estudio de la demografía, puesto que los seres humanos son seres vivos que tienen un determinado ciclo de existencia que se inicia con su nacimiento y culmina con su muerte e incluye la capacidad de reproducir individuos semejantes" (ADEPO y UNFPA, 2002, p.11).

La segunda cuestión es la que se refiere a la naturaleza social de la población que permite realizar postulados acerca de la razón de ocurrencia de determinados procesos demográficos, comprendiendo que la población no se compone de "individualidades aisladas una de otra,

autosuficientes y capaces de desplegar por sí solas todas sus capacidades y satisfacer todas sus necesidades durante el curso de su existencia" (ibídem, p.11). De igual modo que el concepto de sociedad implica, por definición, el conjunto de seres humanos que

> "cooperan en la realización de varios de sus intereses principales, entre los que figuran, de modo invariable, su propio mantenimiento y preservación [así como] una composición que contiene representantes de los tipos humanos fundamentales, especialmente hombres, mujeres y niños" (Pratt, 1974, p. 280).

En suma, los seres humanos que forman la población

> "son seres gregarios, es decir, que tienen una tendencia natural a vivir en sociedad con sus congéneres y que solamente viviendo en sociedad pueden lograr a plenitud la satisfacción de sus necesidades básicas" (ADEPO y UNFPA, 2002, p. 12).

Cabe mencionar que esa vida colectiva del hombre (entendida en sentido genérico como la humanidad que abarca tanto a varones como a mujeres) es lo que configura una cultura y es a través de la cultura, como entidad organizada y funcional, que se reconoce a los individuos que viven en ella. En tal sentido, la cultura se constituye en el conjunto articulado de "las conductas aprendidas y de los resultados [materiales e inmateriales] de esas conductas, cuyos elementos comparten y transmiten los miembros de una sociedad" (Linton, 1960, p. 45).

Por todo ello, puede aducirse que la demografía es una ciencia cuyo objeto es, en realidad, el hombre (o la colectividad humana llamada población) en la totalidad de su existencia concreta y vista en la suma de todos sus aspectos, como conjunto estadísticamente verificable de seres vivos, socialmente interactuantes y portadores de una cultura que les provee de formas reguladas de vivir, pensar y actuar.

1.2. Cambio de paradigmas sobre la vejez

Este apartado aborda diversos paradigmas que han evolucionado en torno a la temática de envejecimiento. Da Silva; Caro y Gonzálvez (2023) identificaron diferentes perspectivas sobre la vejez en Latinoamérica, clasificando en cuatro categorías: la vejez como un periodo de pérdidas, el paradigma del envejecimiento activo, el paradigma de derechos humanos y el enfoque de género.

Desde la perspectiva de la vejez como un periodo de pérdidas, esta etapa se vincula con la mirada como grupo vulnerable:

> "la pasividad, el declive, la dependencia, la heteronomía, la enfermedad, las fallas en el cuerpo en aspectos funcionales y estéticos y el temor a la soledad" (Berriel, 2010, p. 105 citado en Da Silva; Caro y Gonzálvez, 2023)... las personas como "receptores pasivos de beneficios y asistencia, sin ninguna capacidad de derecho que ejercer" (Osorio-Parraguez, 2010, p. 67 citado en Da Silva; Caro y Gonzálvez, 2023).

Las personas mayores pasan de ser agentes activos a ser percibidas como cargas familiares y socioeconómicas. Las "pérdidas" no solo se limitan a la salud biológica (aparición de enfermedades crónicas, dependencia), sino que se extienden a la esfera afectiva y social, mediante la viudez, la emancipación de los hijos y la pérdida de estatus ciudadano. Este modelo patologizante fomenta políticas públicas de tipo asistencialista y paternalista que apenas garantizan la subsistencia, perpetuando el "viejismo" o discriminación por edad.

A fin de alejarse de las perspectivas que entienden la vejez como periodo en el que las personas son frágiles y vulnerables surgió una visión positiva denominada envejecimiento activo orientada hacia sujetos con participación en la vida social.

El término fue utilizado desde los años noventa y sustituye la noción de envejecimiento saludable. Sus orígenes están relacionados con los estudios cuantitativos de los psicólogos sociales sobre los niveles de adaptabilidad individual a los cambios asociados a la vejez, que derivaron en la "teoría de la actividad". Esta teoría pasó se asoció a la idea de "envejecimiento productivo" en los ochenta, postulando que la satisfacción con la vida estaría vinculada a actividades productivas (remuneradas o no), que representasen una contribución social. Esta perspectiva se vinculaba al mercado, promoviendo que las personas siguieran contribuyendo a la sociedad después de jubilarse. (Cambero Rivero & Baigorri Agoiz, 2019; Oddone, 2013, citado en Da Silva; Caro y Gonzálvez, 2023).

En el ámbito de lo social busca mantener una participación continua en los asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. El enfoque reconoce que las personas mayores albergan un capital social e histórico infrautilizado.

Las políticas basadas en este modelo promueven el aprendizaje a lo largo de la vida, la inserción en actividades comunitarias, el voluntariado y la adopción de estilos de vida saludables que retrasen la dependencia. Así, la vejez se resignifica como una etapa de desarrollo personal, autonomía y autorrealización, donde el individuo sigue siendo el protagonista de su propia cotidianidad.

La Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid de 2002 lo definió como

> "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS, 2002 p. 79).

El riesgo aparece asociado a envejecer de manera no exitosa, con discapacidades y mayores requerimientos de apoyo para las actividades diarias (Hoskins et al., 2005; Montes de Oca & Hebrero, 2007 citado en Da Silva; Caro y Gonzálvez, 2023).

Por su parte, el paradigma de derechos humanos reconoce a las personas mayores como ciudadanas cuando las normativas internacionales sobre los derechos humanos de las personas mayores son incorporadas a los países de la región, como un esfuerzo deliberado. Esta perspectiva apunta a instituir la dignidad al envejecer como pilar de las acciones de los Estados y promover una "concepción democrática de la ciudadanía" (Dabo-ve, 2013b, p. 604 citado en Da Silva; Caro y Gonzálvez, 2023).

Bajo esta perspectiva, el Estado y la sociedad no "ayudan" a los ancianos por benevolencia; tienen la obligación jurídica y moral de garantizarles una vida digna, libre de violencia y discriminación. Este modelo exige el acceso universal a la justicia, la salud integral, la seguridad social universal, el consentimiento informado y el derecho a la toma de decisiones autónomas sobre sus bienes y su cuerpo.

Finalmente, en la vertiente del enfoque de género, la vejez sería la acumulación de las desigualdades diversas vivenciadas durante el curso de la vida, considerando tanto el género como la edad como construcciones sociales constitutivas de las diferencias entre los sujetos. Cobran relevancia temas como la reproducción de las desigualdades de género en la vejez, el riesgo y la pobreza de las mujeres mayores como resultado de la división sexual del trabajo durante el curso de vida.

El enfoque de género resulta indispensable para entender el fenómeno sociodemográfico conocido como la "feminización de la vejez": las mujeres viven más años que los hombres, pero lo hacen en condiciones de mayor vulnerabilidad económica y social. Durante su juventud y adultez, muchas mujeres se dedicaron de manera exclusiva o prioritaria al trabajo de cuidados no remunerado y al ámbito doméstico. Al no haber cotizado en los sistemas formales de seguridad social, llegan a la vejez sin pensiones propias, dependiendo de subsidios asistenciales o del soporte familiar, lo que limita su autonomía financiera.

Asimismo, sobre las mujeres mayores sigue recayendo la presión social de cuidar a nietos o a cónyuges enfermos, descuidando su propia salud. Por otro lado, los hombres mayores también sufren el impacto del género: educados bajo el mandato de la masculinidad hegemónica como proveedores absolutos, la jubilación suele sumirlos en crisis de identidad, depresión y un marcado aislamiento social al carecer de redes afectivas sólidas.

En este campo, la perspectiva interseccional reconoce la articulación de las desigualdades sociales y pone en evidencia condiciones complejas del envejecimiento.

Los tres últimos paradigmas se complementan entre sí. La mirada desde los derechos humanos funciona como el marco ético-legal vinculante. Sin embargo, para que un derecho deje de ser una abstracción jurídica y se convierta en una realidad, se requiere del envejecimiento activo como vía de ejecución práctica. Por ejemplo, el derecho a la participación política y social (derechos humanos) se materializa cuando el Estado genera espacios comunitarios, educativos y recreativos accesibles para que las personas mayores ejerzan su ciudadanía de forma dinámica (envejecimiento activo). La actividad y la autonomía en la vejez son, en el fondo, el ejercicio pleno de un derecho humano fundamental.

El enfoque de género atraviesa transversalmente a ambos. El diseño de programas de "envejecimiento activo" que ignoren las asimetrías de género no tendrán los efectos esperados. El enfoque de género proporciona al paradigma de derechos humanos una mayor capacidad analítica ya que visibiliza que las violaciones a los derechos de las personas mayores afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres.

La sinergia entre estos tres enfoques configura un abordaje transformador del envejecimiento. Los derechos humanos otorgan el sustento y la exigibilidad jurídica, el envejecimiento activo provee la metodología del desarrollo de las capacidades y la autonomía y el enfoque de género aporta la lente de la equidad imprescindible para que ninguna persona mayor —sin importar su sexo o trayectoria de vida— quede rezagada. Al articular esta tríada, las políticas públicas tienen la potencialidad de desmantelar el viejo paradigma de la pérdida, reemplazándolo por una cultura de la longevidad digna, diversa y ciudadana.

Recuadro 1: Etapas de la transición demográfica

Fase 1: tanto la natalidad como la mortalidad son muy altas y corren paralelas. El crecimiento de la población es prácticamente nulo o muy lento.

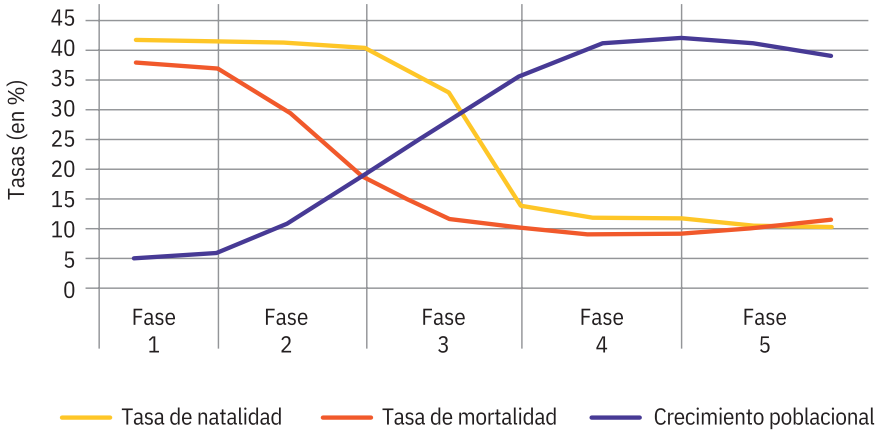
Fase 2: la mortalidad cae drásticamente debido a mejoras en medicina, higiene y alimentación, mientras que la natalidad se mantiene alta. Es aquí donde la población se dispara (explosión demográfica), representada por la apertura de la brecha.

Fase 3: la natalidad empieza a descender rápidamente debido a la urbanización, el acceso a anticonceptivos y la incorporación de la mujer al mercado laboral. El crecimiento de la población empieza a desacelerarse.

Fase 4: ambas tasas se estabilizan en niveles muy bajos. La población vuelve a equilibrarse, pero con una estructura mucho más envejecida y una alta esperanza de vida.

Fase 5: la natalidad cae por debajo del nivel de reemplazo, superando a la mortalidad (que sube levemente por el envejecimiento demográfico), lo que provoca una pérdida neta de habitantes.

Gráfico 1
Transición demográfica



1.3. El envejecimiento de las personas y el poblacional

Entendiendo al envejecimiento como un proceso que se desarrolla gradualmente entre las personas y en el colectivo demográfico, este apartado inicia estableciendo las diferencias entre el envejecimiento de las personas y el poblacional. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto. Esto se da como parte del proceso de transición demográfica.

Si bien, ambas expresiones del envejecimiento comparten la referencia a la edad, la diferencia radica en que el proceso en el caso individual es irreversible y en el de la población podría llegar a modificarse bajo condiciones extremas (Villa y Rivadeneira, 1999) ya que el patrón de evolución de la estructura por edades puede combinar o alternar tensiones en favor del enveje-

cimiento y del rejuvenecimiento de la población (Schkolnik, 1990). Para que ello ocurra deben producirse cambios importantes en los patrones de fecundidad, mortalidad y migraciones.

Huenchuan (2013) distinguen dos acepciones de edad socialmente construidas: la edad cronológica y la edad fisiológica. La primera alude al inicio de la vejez entre los 60 y 65 años, y se caracteriza por la pérdida del trabajo y del ingreso. Las personas en estas edades son nombradas "adultos mayores". La segunda define la vejez como un momento final de la vida, caracterizada por enfermedades, deterioro físico y pérdida de autonomía (Huenchuan, 2013). A partir de 2015, la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores introduce la denominación "personas mayores".

El envejecimiento además de ser una condición que todo ser humano alcanza a determinada edad, es una característica que adquiere la estructura poblacional, que al igual que los individuos, va atravesando diferentes etapas.

La naturaleza sociodemográfica del proceso de envejecimiento de la población es puesta en evidencia tanto por sus causas como por sus repercusiones. Las causas se enraízan en factores sociales, económicos, políticos y culturales exigen readecuar las instituciones económicas y sociales para atender nuevas demandas.

Los efectos de estas tendencias sobre el consumo, el ahorro, la inversión, la distribución del ingreso, la mano de obra, la oferta de servicios, las relaciones intergeneracionales, la igualdad social y de género y la gestión económica y sociopolítica, en general, configuran desafíos de gran envergadura en lo que respecta a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades (Villa y Rivadeneira, 1999).

Basados en la teoría que explica el cambio poblacional a través del tiempo, la transición demográfica o el tránsito de largo plazo de un régimen de equilibrio caracterizado por altos niveles de natalidad y mortalidad a otro con bajos niveles de mortalidad y natalidad, es posible explicar las modificaciones en la estructura por edades de la población y el fenómeno resultante del envejecimiento poblacional. En este sentido, las variables demográficas que influyen o determinan la presencia del proceso de envejecimiento son la fecundidad, la mortalidad y la migración.

- La fecundidad tiene un efecto inmediato en la pirámide de edades de una población ya que al reducirse produce un angostamiento de la base de la pirámide provocando una disminución relativa y absoluta de la población en edades menores, constituyéndose en la causa principal del envejecimiento de la población.
- La mortalidad y en particular cuando presenta reducciones o bajos valores contribuye a que cada vez más personas alcancen edades avanzadas y el concomitante aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, cuando la reducción es más acentuada en la infancia y la niñez se produce un aumento de la proporción de niños en la población y da lugar al rejuvenecimiento de la población en lugar del envejecimiento. Sólo después de haberse conseguido progresos importantes en las etapas iniciales de la vida y cuando los niveles de mortalidad infantil son muy reducidos y la mortalidad adulta también es baja, entonces recién puede afirmarse que el descenso de la mortalidad tiene por consecuencia el envejecimiento de la población (INE Bolivia y UNFPA, 2003).
- El efecto que tiene la migración sobre el envejecimiento depende de si recibe o expulsa población y en que grupos de edad lo hace para determinar si rejuvenece o envejece a la población.

Por tanto, se tiene que la fecundidad al disminuir sus valores aporta menos niños y reduce las poblaciones menores, lo que se traduce en un incremento relativo de los demás grupos, y en conjunto con la disminución de la mortalidad en las edades mayores colabora con el incremento poblacional de este segmento, presenciando así, el envejecimiento poblacional.

En este aspecto, el envejecimiento de la población, también considerado envejecimiento demográfico, resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para asumir una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base) (Chesnais, 1990).

Una clara distinción entre el envejecimiento de la persona y el demográfico, o de la población, es el carácter reversible del segundo frente al primero, dado que, si se modifican las causas que generan el envejecimiento de la población (fecundidad, mortalidad y/o migración), y varían las proporciones de los diferentes grupos de edad, la población puede cambiar su tendencia.

1.3.1. Envejecimiento de las personas

El envejecimiento de la persona no presenta una única definición. Estos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (Huenchuan, 2013). Al referirse a persona mayor pueden encontrarse variaciones conceptuales que van desde la edad de inicio de esta etapa hasta diferencias en las características fisiológicas, biológicas, sicológicas, socioculturales y conductuales que se van modificando a consecuencia de la acción del paso del tiempo en las personas.

Según Magno de Carvalho et al (2000 p.82):

> "el uso de estos criterios (fisiológicos, biológicos, sicológicos, socioculturales y conductuales) para definir a un individuo como anciano resulta operacionalmente inviable, lo que deja como alternativa la variable edad. Ésta, a pesar de mostrarse como un indicador burdo e impreciso, es de gran utilidad para marcar las fases de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de una definición operacional simple para entender el fenómeno del envejecimiento de manera agregada".

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedades y finalmente la muerte. La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades instrumentales y funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años (Arber y Ginn, 1995).

La edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Arber y Ginn, 1995). Esto significa que es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural otorga a los procesos biológicos que la caracterizan.

El criterio basado en la edad cronológica para delimitar el envejecimiento es el más utilizado, aunque la determinación de un valor numérico preciso estará siempre sujeta a arbitrariedades (Villa y Rivadeneira, 1999). Si bien, es cuestionable el uso de un determinado umbral de edad

cronológico para definir el comienzo del envejecimiento, esta práctica obedece a la búsqueda de una forma simplificada y ordenadora de presentación y a la necesidad de posibilitar la comparación de datos (Alfonso, 2000).

Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones, la vejez se define a partir de los 60 años o 65 años, frontera que, por lo general, guarda relación con la edad jubilatoria. Esta determinación a menudo se fija por ley bajo denominaciones como "adulto mayor" o "persona adulta mayor" (Huenchuan, 2013). La definición basada en la cronología o paso de los años en la vida de las personas adoptado en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) establece como personas de la tercera edad a aquellas de 60 años o más. En Paraguay, la Ley Nº 1885/02 adoptó el mismo criterio.

Con el objeto de prestar atención a algunos aspectos de la heterogeneidad intrínseca de este grupo, es frecuente subdividirlo en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años, o en ocasiones 80 años y más. El empleo de límites etarios se justifica sólo para propósitos analíticos y no implica desconocer que el envejecimiento demográfico afecta a toda la población, hecho patente al comparar las magnitudes de las sucesivas cohortes (análogamente, el envejecimiento de los individuos se desarrolla a lo largo de toda la vida).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 2 define al envejecimiento como el "proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio", por su parte, la persona mayor es "aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" y entiende por vejez a la "construcción social de la última etapa del curso de vida" (OEA, 2017 p.4). No parece haber consenso acerca del umbral a usar, y en las últimas décadas ha habido un cambio de los 60 a los 65 años.

Asimismo, se reconoce una amplia gama de vocablos que sirven para denominar a la población en estudio y que también ha cambiado a lo largo de los años de términos de expresiones como personas viejas y ancianas la expresión ha sido reemplazada, en la literatura más reciente, por la de personas mayores.

El uso de "personas de la tercera edad" es cuestionado ya que se introduce una redefinición del concepto que desvalida el anterior. El nuevo enfoque se basa en el ciclo de vida o etapas del desarrollo del individuo bajo una nueva estructuración de las etapas en el ciclo de vida. La "primera edad" está relacionada con la infancia y la juventud; la "segunda edad" vinculada a la etapa activa y reproductiva del individuo; la "tercera edad" referida a la etapa activa de retiro y por último la "cuarta edad" que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado de la persona (Chackiel, 1999).

Si se considera que "cada quien envejece de acuerdo a cómo vivió" (Fernández-Christlieb, 2010, p. 136), y que la vejez acumula las desigualdades vividas durante la vida (Aguirre-Cuns & Scavino-Solari, 2016; Gonzálvez-Torralbo, 2018), la heterogeneidad de las formas de envejecer constituye un desafío importante para los países latinoamericanos y sus políticas.

1.3.2. Envejecimiento poblacional

La expresión envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante, existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica (o años de vida), y luego de haber pasado por varias etapas previas. El envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador, una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada en el volumen total de la misma. Por tanto, la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo.

Al estudiar la dinámica y estructura de la población usualmente se establecen categorías para el análisis de sus características y comportamientos. Estas configuraciones están directamente relacionadas con los procesos de la transición demográfica, es decir, con el comportamiento de las variables de fecundidad y mortalidad.

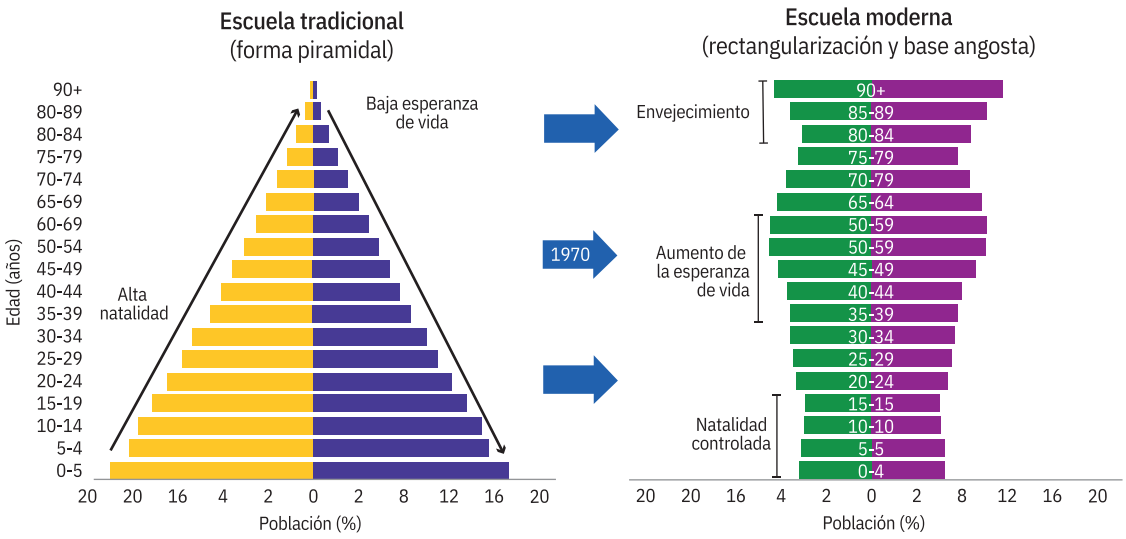
Así, una población *joven* es cuando existe elevada proporción de niños y jóvenes, generalmente como resultado de una elevada fecundidad y de una mortalidad en descenso. Cuando la fecundidad se reduce en combinación con una mortalidad que continúa disminuyendo la población comienza un proceso de *maduración*, esto es, hay un aumento en la proporción de adultos jóvenes y personas de edad media y una disminución del porcentaje de niños y adolescentes. Este proceso continúa posteriormente cuando la fecundidad ha llegado a niveles muy bajos y el peso de los grupos infantiles se reduce significativamente provocando el *envejecimiento* de la población, que es cuando las personas de edad media y ancianos alcanzan proporciones elevadas, (INE, 2005).

Según lo presentado, en la población pueden encontrarse diversos estadios de acuerdo con el momento que atraviesan determinadas variables demográficas. Para considerar a una población como envejecida deben ocurrir una serie de situaciones representados en valores de determinados indicadores:

- La población debe tener un porcentaje de personas mayores, simbolizando con esto el peso que tienen sobre la población total.
- Al realizar el cociente entre la población mayor y la menor a 15 años de edad, esta razón no debe ser muy inferior a las 20 personas mayores por cada 100 entre 0 y 14 años.
- Evidenciar cambios en el tiempo respecto a la relación de dependencia y aumentos de la edad mediana de la población.
- Debe ir acompañado de un incremento en la tasa de crecimiento media anual del grupo, que, por lo general es producto del proceso de transición demográfica (disminución de mortalidad y fecundidad). Esto acarrea modificaciones en la estructura etaria de la población y se refleja en los cambios de la pirámide poblacional que pasa de una forma piramidal propiamente a otra de base más angosta con tendencias a la rectangularización.

Gráfico 2

Evolución de la estructura poblacional



En términos estrictamente demográficos, el envejecimiento es el aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más de edad con relación a la población total y alude además a una prolongación cada vez mayor de la vida que se expresa en los valores de la esperanza de vida al nacer (CEPAL, 2004).

Además del envejecimiento demográfico e individual en Bertranou (2008) se establece una nueva categoría. Este autor habla del "*envejecimiento doméstico*", que consiste en el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares, y es medido a través del promedio de adultos por hogar.

Por su parte, Huenchuan (2009) distingue 4 fases del proceso de envejecimiento demográfico:

- Incipiente: niveles relativamente altos de fecundidad (más de 3,3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento inferior a 17%.
- Moderado: tasas de fecundidad más bajas (entre 3 y 2,3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento que oscila entre el 20% y el 32%.
- Moderadamente Avanzado: tasas de fecundidad que fluctúan entre 2,5 y 1,7 hijos por mujer y el índice de envejecimiento es de 33% a 51%.
- Envejecimiento Avanzado: menores tasas de fecundidad y el índice de envejecimiento superior al 65%.

1.4. Bono demográfico

El descenso de la fecundidad conduce a un periodo en que la población de menor edad (económicamente dependiente) pierde peso relativo respecto a la población en edad de trabajar, y a su vez la población de mayor edad aún mantiene un peso relativamente bajo. Cuando empieza a disminuir la fecundidad, se inicia un período en el que disminuye la carga de hijos y en el que

aumenta el número de los que acceden al mercado de trabajo, por la menor mortalidad de los jóvenes. Al mismo tiempo, las generaciones más antiguas, que no se han beneficiado de la mayor longevidad, pierden peso relativo.

Esta mayor proporción de población en edades activas respecto a población económicamente dependiente (niños y personas mayores) genera un bono demográfico, también denominado "dividendo demográfico" (Bloom y Williamson, 1998) que hace alusión al

> "periodo en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas y las relaciones de dependencia descienden y alcanzan mínimos históricos, para después aumentar como resultado del incremento de la proporción de personas mayores" (CEPAL, 2009, p. 143).

Al relacionar estos grandes grupos de edad, considerando a la población de 0 a 14 años y a la de 60 años y más como dependientes por su inactividad económica frente al grupo de no dependientes o activos (15 a 59 años), se tiene la razón de dependencia demográfica. Esta clasificación es teórica. Las personas no dejan de ser económicamente activas de manera automática a los 60 años, y no todas las personas de entre 15 y 59 años son económicamente activas, por tanto, las tendencias en las relaciones de dependencia representan un indicativo del impacto económico resultante de los cambios entre grupos etarios.

El Informe sobre el Estado de la Población Mundial del año 1998 expresa que:

> "Cuando aumenta la población en edad activa en comparación con los dependientes ancianos y jóvenes, se abre una oportunidad para los países en desarrollo, mientras dure la cual, pueden efectuar inversiones en salud y educación, acumular capital humano y asegurar que las tasas de fecundidad y mortalidad disminuyan, de acuerdo con las proyecciones. Esas inversiones estimularán el desarrollo económico y contribuirán a mantenerla después que la oportunidad desaparezca. Un aprovechamiento racional del dividendo demográfico puede aliviar la carga de una creciente población de ancianos en años posteriores (UNFPA, 1998, p. 14).

Cuando la relación de dependencia desciende a valores por debajo de 2 dependientes por cada 3 en edad de trabajar (CEPAL y UNFPA, 2011) existe una oportunidad para el incremento de las tasas de ahorro y el crecimiento de las economías (CEPAL y OIJ, 2008). "En el momento en que la curva vuelve a elevarse superando el valor 66,7 (o sea, 66,7 dependientes por cada 100 activos), el bono demográfico se acercará a su término" (CEPAL y OIJ, 2008, p. 252).

Este caudal de personas puede generar impactos positivos, constituyéndose en un factor de desarrollo (UNFPA, 2013), por lo que requiere que las transformaciones de la población sean acompañadas por el diseño y la implementación de políticas públicas adecuadas en protección social y las que respectan a la salud, la educación y el empleo (Bloom, Canning y Sevilla, 2003).

Se trata de una coyuntura única, transitoria y con oportunidades irrepetibles que, en caso de ser bien aprovechadas mediante inversiones significativas en capital humano que potencie el segmento de población joven, permitirá anticiparse a los desafíos futuros del envejecimiento poblacional (Serafini y Zavattiero, 2017). Cabe aclarar que se trata de una oportunidad transitoria pues el aumento del volumen de personas mayores, como parte del proceso de envejecimiento de la población, volverá a incrementar la dependencia demográfica.

Por otra parte, el surgimiento de las sociedades envejecidas plantea la posibilidad de un segundo bono demográfico. Como ya se mencionó, mientras que el primer bono demográfico ocurre cuando la fuerza laboral crece más rápidamente que la población que depende de ella y permite liberar recursos para ser invertidos en el desarrollo económico (permite incrementar el capital físico y humano por trabajador y, consecuentemente, la productividad) y el bienestar familiar; el segundo bono demográfico se origina en la distinción de dos etapas del periodo productivo de la persona; la primera, que puede ir hasta los 50 años de edad (etapa de procreación y crianza de los hijos) y la segunda de formación de un patrimonio, entre los 50 y 70 años, edades de máxima acumulación. El provecho que se obtiene del segundo dividendo depende principalmente del apoyo de la sociedad a las personas mayores (CEPAL, 2024).

1.5. Bono femenino

La dinámica laboral femenina se ha dado de forma paralela al aumento en los niveles educativos y a la reducción de la fecundidad: el mayor nivel educativo conlleva un mayor costo de oportunidad de uso de tiempo de las mujeres, mientras que el descenso de la fecundidad liberó tiempo de la mujer para actividades productivas remuneradas (Flórez, 2016 citado en Gobierno de Colombia y UNFPA, 2018).

La inserción creciente de la mujer en el mundo del trabajo, la necesidad de proporcionar una educación regular a los hijos y la mayor sobrevivencia de los niños, entre otros factores, contribuyeron a que las aspiraciones en materia reproductiva se encaminaran hacia una descendencia menos numerosa que en el pasado. La materialización de las nuevas aspiraciones reproductivas se vio facilitada por la puesta en práctica de los programas de planificación familiar y el acceso a anticonceptivos modernos, que permitieron postergar el calendario de la fecundidad y reducir el tamaño final de la descendencia; no obstante, existen indicios de una demanda insatisfecha de planificación familiar, que es puesta en evidencia por el desajuste entre el número deseado de hijos y el que efectivamente tienen las mujeres de los estratos pobres en varios países (CEPAL, 1998).

De acuerdo con Martínez (2012), el incremento significativo de la participación de la mujer en la actividad económica que se ha venido observando en América Latina, y en general en el mundo, produce un aumento potencial significativo en el aporte que ellas pueden realizar a los ingresos de sus hogares y por lo tanto al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza.

Al igual que el bono demográfico, este bono es transitorio y ocurre en el periodo en que disminuye la relación de dependencia demográfica. En la medida en que disminuye la relación de dependencia infantil y aún no aumenta lo suficiente la relación de dependencia de las personas mayores, se libera tiempo de la mujer dedicado al cuidado de los hijos que puede dedicar al trabajo remunerado. Cuando comience a aumentar la relación de dependencia de las personas mayores, probablemente sean las mujeres, dada la división sexual del trabajo, las que deban dedicar tiempo al cuidado no remunerado de las personas mayores de su hogar.

Por tanto, este bono es una medida potencial debido a que el impacto real sobre el crecimiento económico, la reducción de la pobreza y la desigualdad dependerá de las políticas públicas que promuevan una mayor autonomía económica de las mujeres a partir de la paridad de género en la fuerza laboral, su acceso al empleo decente y bien remunerado y de estrategias para superar la desigualdad en la distribución del trabajo doméstico y de cuidados.

Con mayor inversión en infancia, adolescencia y juventud, así como con la incorporación de la mujer al mercado laboral, se podría aprovechar el primer bono demográfico y cosechar un segundo bono demográfico que se asocia a la longevidad de las personas con alta productividad y mayor equidad de la sociedad. Sin embargo, también es posible que se desaproveche este bono demográfico a través de la emigración internacional.

El caso de las cadenas globales de cuidados merece una especial atención en el análisis del envejecimiento y las necesidades de cuidados. Las sociedades más envejecidas enfrentan crisis de cuidados, cuyos déficits son reducidos gracias a la migración de mujeres desde países menos envejecidos y generalmente más pobres. De esta manera, la emigración puede estar generando no solo movilidad de personas sino acelerando la crisis de cuidados en los países expulsores y drenando capital humano (Serafini, 2025).

1.6. El enfoque intergeneracional

La estructura generacional de la población es incorporada al análisis económico dado los rápidos cambios derivados del continuo crecimiento de la longevidad y la relevancia de sus consecuencias sobre el crecimiento, el financiamiento de pensiones y jubilaciones o de los servicios públicos fundamentales –salud, cuidados, protección social, educación y servicios sociales–.

La escuela neoclásica considera que los intercambios inter temporales entre consumo y ahorro se conciben como una renuncia al consumo inmediato a cambio de una promesa de consumo futuro de mismo valor más un porcentaje (el interés) que remunera la renuncia a una postulada preferencia por el presente. El mismo bien tendrá menos valor si se sitúa en el futuro que si se dispone de él hoy. En 1958, Samuelson concluye que, en una sociedad estacionaria, un tipo de interés nulo es una situación de equilibrio que maximiza la función de consumo con relación al tiempo. Si la población no varía (tampoco su estructura por edades) y no hay crecimiento económico. Sin embargo, la realidad muestra que la estructura poblacional cambia, así como la conducta humana.

El intercambio recíproco directo entre generaciones cambia su forma cuando la sociedad decide contar con un sistema de pensiones y jubilaciones, ya que este reemplaza parte del aporte intrafamiliar de los hijos a los padres en la vejez. La reciprocidad continúa si las sociedades financian los sistemas previsionales de manera solidaria. Es decir, el aporte de las contribuciones a los sistemas contributivos o de impuestos a los no contributivos generan un fondo a través del cual la población activa más joven financia en parte las jubilaciones de quienes ya se han retirado. En este caso, el Estado aparece como regulador del vínculo y administrador de los fondos.

La situación se hace más compleja cuando existen mercados de activos (financieros o inmobiliarios) que son utilizados para ahorrar durante el periodo productivo para preparar el financiamiento durante la vejez.

Posteriormente al trabajo pionero de Samuelson, Ronald Lee —Universidad de Berkeley— y Andrew Mason —Universidad de Hawaii— (Lee y Mason, 2011) se impulsó una disciplina relativamente nueva: la economía generacional, que además de aportar al análisis desde el ciclo de vida, incorporan el análisis del largo plazo y la metodología de las cuentas nacionales de transferencia.

Desde que nacen, las personas requieren bienes, servicios, dinero y tiempo para sostener sus vidas. Estos recursos provienen de las familias, del Estado y del mercado. Los ingresos laborales provenientes del trabajo de los integrantes de la familia financian bienes y servicios producidos en el mercado y que requieren niños, niñas, adolescentes, parte de la juventud y personas mayores, económicamente dependientes. El Estado provee servicios de salud, educación y cuidado, entre otros, y realiza transferencias para que las familias satisfagan sus necesidades y derechos.

Los sistemas de seguro social permiten que las personas en su edad joven y adulta aporten a un sistema contributivo, lo cual implica ahorrar postergando el consumo presente. En otros casos, pueden acumular activos y hacer uso de ellos para financiar su vejez, o parte de ella.

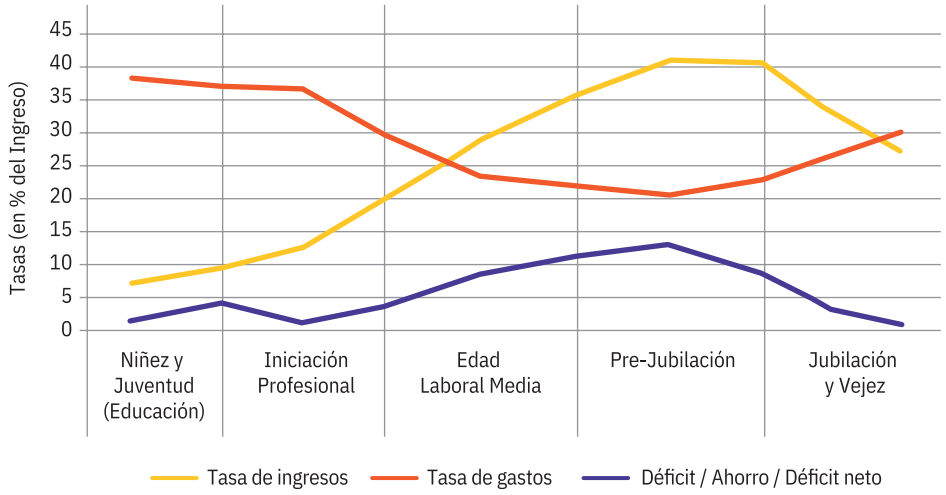
En los extremos de la vida, la niñez, adolescencia, juventud y en los años de retiro laboral, el consumo es mayor que la producción; mientras que en las edades centrales la producción supera el consumo por lo que este superávit financia parte del déficit en los otros grupos de edad con transferencias intergeneracionales.

La economía del ciclo de vida toma en consideración que el comportamiento a lo largo del ciclo de vida (consumo y producción/trabajo) es cambiante. Las necesidades de consumo cambian a lo largo del ciclo de vida al igual que las capacidades productivas/laborales. En consecuencia, hay etapas en las que se consume más de lo que se produce y otras en las que se produce más de lo que se consume.

El financiamiento del déficit del ciclo de vida requiere de la existencia de arreglos institucionales para financiar las etapas deficitarias, que pueden ser transferencias públicas o privadas/familiares; ahorro/desahorro y operaciones de crédito.

Estos arreglos institucionales son operaciones intergeneracionales en la que hay miembros de una generación (dadores) y miembros de otra generación (receptores). Ello teniendo en cuenta que, en todo momento, una población está compuesta por la superposición de distintas generaciones (o cohortes de nacimiento). Ello da lugar a complejos sistemas económicos intergeneracionales en el que el cambio demográfico, en particular, la modificación de la estructura etaria de la población genera grandes impactos.

Gráfico 3
Financiamiento del ciclo de vida



La información disponible indica que las personas mayores cumplen un papel importante en la producción de bienes y servicios. La economía intergeneracional enfocada en las necesidades y demandas de las personas mayores tiene el potencial de generar oportunidades para la innovación y el emprendimiento.

1.7. Cuidados

Los cuidados son todas aquellas actividades que aseguran la reproducción humana y el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado. Incluyen el resguardo de la dignidad de las personas y la integridad de sus cuerpos, la educación y formación, el apoyo psicológico y emocional, así como el sostenimiento de los vínculos sociales (CEPAL, 2022). Estas actividades se han constituido como un derecho humano, independiente de la situación de vulnerabilidad, fragilidad o dependencia en la que se encuentren las personas (Pautassi, 2018). Asimismo, se plantea que es necesario pensar en los cuidados en plural, para recoger y reconocer la diversidad de prácticas y sentidos a su alrededor (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y ONU Mujeres, 2023).

Las necesidades de cuidados son universales y se mantienen durante todo el curso de la vida. Sin embargo, la posibilidad de resolverlas está mediada por la intersección de desigualdades asociadas al género, la edad, el estrato socioeconómico, la pertenencia étnica y racial, el territorio y las condiciones de salud, discapacidad y migración, entre otras. Si bien los cuidados pueden ser necesarios en cualquier etapa de la vida, las personas mayores enfrentan un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades crónicas o de larga duración que provoquen discapacidad física o mental, lo que conlleva una disminución de sus capacidades para realizar actividades significativas. Cuando la capacidad funcional de las personas disminuye a tal punto de que ya no son capaces de llevar a cabo las tareas básicas de la vida cotidiana, sin la ayuda de otros por un periodo prolongado de tiempo, se considera que dependen de cuidados de largo plazo (OMS, 2015).

Los cuidados de largo plazo se diferencian por las disimilitudes en la intensidad, especificidad de acciones y actividades, requerimientos de acompañamientos por parte de personal especializado, costos económicos, emocionales y físicos para su provisión (CEPAL, 2022). El objetivo de los cuidados de largo plazo es que las personas mayores mantengan el máximo nivel posible de capacidad física y mental, lo que es fundamental para promover y mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. Esto abarca una amplia gama de servicios, que pueden incluir desde el apoyo emocional hasta intervenciones de alta complejidad (Huenchuan, 2024).

La relevancia de los cuidados de largo plazo ha quedado de manifiesto en diversos instrumentos, pactos y tratados internacionales. En América Latina y el Caribe, la Agenda Regional de Género impulsa el respeto de los derechos humanos de las mujeres y la organización social del trabajo de cuidados. Asimismo, la Declaración de Santiago, aprobada en el marco de la Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, ratifica el compromiso de los países por los "Derechos humanos y participación de las personas mayores: hacia una sociedad del cuidado inclusiva y resiliente". Además, los cuidados de largo plazo constituyen hoy un derecho inalienable de las personas mayores, consignado en el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015).

Por su parte, los centros de atención diurna para personas mayores forman parte de los servicios de cuidados destinados a promover la autonomía de aquellas personas con dependencia, es decir, que requieren cuidados y apoyos de largo plazo. Estos centros ofrecen atención durante el día, lo que permite que las personas mayores permanezcan en su comunidad y en su hogar como alternativa a la institucionalización, mientras reciben apoyo para cubrir sus necesidades básicas, terapéuticas y/o sociales. En este sentido, los centros de día ocupan una posición intermedia en la cadena de dispositivos de cuidado, situándose entre los cuidados domiciliarios y la institucionalización en establecimientos de larga estadía. De esta manera, garantizan el derecho de las personas mayores a "poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo sea posible", como lo establece la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012).

Los centros de atención diurna buscan favorecer la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia. Para ello, se orientan a promover el bienestar emocional y el desarrollo personal, mediante una atención integral individualizada. Asimismo, buscan prevenir el agravamiento de la dependencia a través de actividades terapéuticas, recreativas y de fomento de la interacción social (Martínez, 2010). Entre sus objetivos también se encuentra la recuperación o el mantenimiento del mayor grado posible de independencia, la ralentización del deterioro asociado a enfermedades crónicas y/o degenerativas, y la promoción de la integración social. Todo ello, con el fin de favorecer la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual y evitar o postergar procesos de institucionalización (Martínez, 2010).

La evidencia muestra que los centros de día suelen cumplir sus objetivos. Las personas mayores que usan estos servicios de cuidados muestran mejoras en su estado de ánimo, calidad de vida y bienestar general, así como un menor deterioro funcional y cognitivo (Benedetti et al., 2024). La interacción social que se produce en estos espacios también contribuye a una mejor percepción de sus propias capacidades y a un aumento de la autoestima (Orellana et al., 2020). Además, los beneficios asociados a los centros de atención diurna también se reflejan en una menor utilización de servicios hospitalarios y de urgencias, así como en el retraso del ingreso a residencias de larga estadía entre las personas usuarias, en comparación con quienes no acceden a estos servicios (Benedetti et al., 2024).

Los programas de asistentes personales constituyen un pilar fundamental para garantizar el envejecimiento activo, promover la permanencia de los adultos mayores en sus hogares y optimizar los recursos del sistema de salud.

En primer lugar, la figura del asistente personal es clave para el envejecimiento activo, no reemplaza la autonomía del individuo, sino que la potencia. Al colaborar en tareas cotidianas, facilitar la movilidad y apoyar la estimulación cognitiva, el asistente permite que la persona mayor continúe participando en actividades cívicas, culturales y sociales. De este modo, se mitiga el aislamiento social y la depresión, factores de riesgo que aceleran el deterioro físico y cognitivo en la vejez.

En segundo lugar, estos programas hacen viable envejecer en casa. Modificar el entorno habitacional y contar con apoyo personalizado en el propio domicilio previene la institucionalización prematura en residencias. El hogar propio proporciona un entorno de seguridad afectiva e identidad que los centros institucionalizados difícilmente pueden replicar. Al delegar el cuidado especializado a un profesional, se alivia la carga física y emocional de las familias, promoviendo dinámicas afectivas mucho más saludables y sostenibles a largo plazo.

Finalmente, la implementación de asistentes personales genera un impacto económico altamente positivo al reducir los costos de salud. Los cuidados preventivos a domicilio, que incluyen el control de la toma de medicamentos, la preparación de alimentos nutritivos y la supervisión para evitar caídas (una de las principales causas de hospitalización y discapacidad), disminuyen los ingresos a salas de urgencias y los reingresos hospitalarios por complicaciones de enfermedades crónicas. Desde la perspectiva de la gestión pública, la atención domiciliaria personalizada resulta considerablemente más económica que sostener estancias prolongadas en unidades de cuidados críticos o centros hospitalarios, aliviando la saturación de los servicios sanitarios públicos.

La demanda creciente de los cuidados, supera el número de personas, servicios e infraestructura para cuidar, así como los altos niveles de desigualdad estructural que afectan de manera desproporcionada a las mujeres, especialmente a las que enfrentan formas múltiples e interrelacionadas de exclusión y discriminación, caracterizan la crisis de los cuidados (CEPAL, 2024). Las profundas desigualdades de género se generan en un contexto en que los regímenes de protección social se basan en una dependencia excesiva de los cuidados no remunerados entregados por las familias (Martínez, 2008).

Además, las personas cuidadoras deben enfrontarse a desafíos vinculados a la precariedad de sus remuneraciones (autonomía económica), cuando las reciben; la falta de formación para desarrollar este trabajo y, el impacto en su bienestar y salud mental (Fabiani, 2023). Los cuidados de largo plazo, por sus características, limitan la administración del tiempo, el descanso y la baja preocupación por la propia salud de la persona cuidadora, influyendo en su sobrecarga (Flores et al., 2012).

Es así como la crisis de los cuidados no hace referencia únicamente al déficit que se observa en el ámbito privado con la falta de redes de apoyo, en particular de las familias, sino que también en la esfera pública, por la falta de políticas y escasa preocupación del Estado (Acosta, 2015). Esto exige, entre otros, que los servicios de cuidado trasciendan el ámbito exclusivamente familiar, e incorporen la participación de otros actores, como el Estado y el sector privado. El acceso a los cuidados debe garantizarse en condiciones de igualdad, reconociendo la universalidad como un principio fundamental (Huenchuan y Rodríguez, 2014).

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

2. Derechos de las personas mayores

Los derechos humanos constituyen los cimientos de un sistema de libertades fundamentales que protege contra el abuso de poder y crea un espacio para el desarrollo del espíritu humano (Quinn y Deneger, 2002). Precisan de tres cualidades entrelazadas: deben ser naturales, vale decir, inherentes a todos los seres humanos; iguales, esto es, los mismos para todos, y universales, lo que significa que sean válidos en todas partes (Hunt, 2009).

Los derechos humanos son inherentes a la calidad de ser humano. Según esta concepción, toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad, u otra condición (Huenchuan, 2004).

La visibilidad de las personas mayores en la esfera de los derechos humanos específicos tiene un fundamento demográfico, pero sobre todo social. Se convirtieron en un contingente que demanda la atención pública cuando empezaron a exigir programas especiales en su favor, y a invocar la edad y no la necesidad como criterio de asignación de recursos (Elder y Cobb, 1993).

A pesar de lo mencionado, el reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna, como ocurre en los instrumentos internacionales de derechos humanos o en las mismas legislaciones nacionales, no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de las personas mayores, puesto que la estructura e ideología dominante impiden su realización práctica (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010). Así, los instrumentos de derechos humanos han incorporado los derechos específicos de las personas mayores y, de ese modo, se replantean las bases mínimas de derechos que ha de garantizar la protección de la vejez, promoviendo de esta forma el empoderamiento de las personas mayores (Huenchuan, 2013).

El primer instrumento intergubernamental jurídicamente vinculante[1] en esta materia "La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" ha sido aprobada el 15 de junio de 2015 por la Organización de los Estados Americanos (OEA). Dicha Convención recuerda en su preámbulo que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos se aplican a las personas mayores (OEA, 2017). De esta manera, no se desconoce la universalidad de los derechos humanos, puesto que hay acuerdo en que la moral genérica que respalda al conjunto de estos derechos sigue siendo válida. Sin embargo, ello no significa que se consienta que tales principios deban permanecer estáticos, sin adaptarse al contexto de envejecimiento.

La Convención promueve, protege y asegura el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos de esta población, reconociendo que las personas mayores deben seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política. Constituye un marco conceptual y normativo unificador para el desarrollo y la implementación de estrategias que promuevan y protejan los derechos humanos de las personas mayores, con mecanismos para evaluar el progreso de las

1 Significa que obliga a los Estados una vez que lo han ratificado o aceptado. De esta forma se convierte en una condición necesaria y suficiente para imponer una obligación.

mismas (IPPDH, 2016). La aprobación de la Convención representa un avance jurídico histórico, al establecer estándares específicos para garantizar el goce efectivo de los derechos humanos de las personas mayores, y al hacerlo desde una perspectiva integral, enfatizando el derecho al cuidado.

La importancia sustantiva de esta Convención se ubica en dos planos. Por un lado una vez que entre en vigencia en los países que la han ratificado, se establecerá un catálogo de derechos específicos aplicados a las personas mayores para su aplicación en situaciones que no cuentan con respuestas legales satisfactorias. Por otro lado también realiza un aporte fundamental a la concienciación de la sociedad sobre la importancia de los problemas e intereses específicos de la población mayor, entregando normas y lineamientos, los que se hacen efectivos a través de la existencia de un rol activo y mancomunado del Estado, la sociedad civil y las propias personas mayores (IPPDH, 2016).

La Convención cuenta con derechos emergentes que son reivindicaciones de nuevos derechos y/o de derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional vigente, derechos vigentes ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o ampliación de contenidos, y los derechos extendidos que está dirigidos específicamente para colectivos que no han disfrutado de ellos por omisión o discriminación (IPPDH, 2016).

A diferencia de las declaraciones y planes internacionales sobre la vejez, que dan lineamientos sobre cómo los Estados pueden actuar para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, la Convención tiene fuerza de ley regional, es decir, obliga a los Estados que la firmen a cumplir con sus normativas (Huenchuan, 2018; Palma et al., 2019).

Conferencias y compromisos internacionales para asegurar los derechos de las personas mayores

La velocidad con la que se produce el cambio demográfico ha instado a la comunidad internacional a elaborar instrumentos regionales para asegurar los derechos de las personas mayores. Existen dos fuentes internacionales en las que se establecen derechos de las personas mayores: Naciones Unidas y Organización de Estados Americanos (Huenchuan, 2004).

Las primeras referencias a las personas de edad en los instrumentos internacionales de derechos humanos son solo indirectas y, generalmente, se limitan a la seguridad social y al derecho a un nivel de vida adecuado. En la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se reconoce el derecho a las prestaciones sociales en la vejez (artículo 22). De forma análoga, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) se considera "el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social" (artículo 9).

Si bien este instrumento no es vinculante, en el curso de los años su carácter normativo ha ido variando considerablemente, adquiriendo gran fuerza jurídica y política y convirtiéndose en un instrumento capaz de generar obligaciones legales de conformidad con el derecho internacional (Buergenthal, 1989 citado en Huenchuan, 2004). Todos los derechos son extensivos a las personas mayores y de importancia fundamental para el desarrollo de las libertades en la vejez.

El primer convenio de las Naciones Unidas sobre derechos humanos en el que se prohibió explícitamente la edad como un motivo de discriminación fue la Convención sobre la eliminación

de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), en la que se proscribe la discriminación en su acceso a la seguridad social en caso de vejez (artículo 11, párrafo 1).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD, elaborado en 1994 incluye en su capítulo sexto "Crecimiento y estructura de la población" un apartado para tratar cuestiones relativas a las personas de edad y en el cual se pone particular atención a las medidas que los gobiernos deben adoptar a fin de lograr el cumplimiento de sus objetivos, centrados en la calidad de vida, sistemas de salud y de seguridad económica y social y establecimiento de sistemas de apoyo social (Naciones Unidas, 1995).

A escala mundial e inclusive regional se emprendieron acciones que marcan la importancia que van cobrando las personas mayores. El primer gran paso se dio en la década de los 80 cuando la Organización de las Naciones Unidas llevó a cabo la primera Asamblea mundial sobre el envejecimiento (Viena-Austria, 1982) y elaboró el primer Plan de Acción Internacional sobre esta materia. Los Estados que asistieron a la Asamblea

> "reafirmaron su creencia en que los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se aplican plenamente y sin menoscabo a las personas de edad, y reconocieron que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable y satisfactoria y ser estimados como parte integrante de la sociedad" (Naciones Unidas, 1982).

Diez años después, la misma organización internacional aprobó los Principios en favor de las Personas de Edad (1992). Esta declaración insta a los gobiernos a introducir en sus políticas públicas normas universales para las personas de edad en cinco ámbitos principales: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad. Siguiendo el impulso de acontecimientos se celebró en 1999 el Año Internacional de las Personas de Edad (Viveros-Madariaga, 2001).

Veinte años después de la primera, la ONU realizó la segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento, marcando un hito en el tratamiento del envejecimiento demográfico en el mundo entero y sellando la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Por medio de la declaración política, los representantes de Gobiernos adoptaron el plan de acción para "responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades". El plan gira en torno a tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios (ONU, 2003). Esta estrategia continúa siendo la columna vertebral para las reglamentaciones de los países participantes de dicha asamblea.

En 2002, como contribución a la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer aprobó la Decisión 26/III, basada en la sistematización y el desarrollo de su propia jurisprudencia con respecto a las mujeres mayores, en la que reconoce que los cambios en la estructura por edades de la población tienen profundas consecuencias para los derechos humanos y aumentan la necesidad de que, por medio de la Convención, se trate de solucionar el problema de discriminación que sufre la mujer mayor, y en 2009 elaboró una nota conceptual relativa a la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW, 2009).

El alcance de la prohibición de la discriminación por motivos de edad fue ampliado después en la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990) y, posteriormente, en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), en relación con cuestiones como la eliminación de los prejuicios, los estereotipos y las prácticas nocivas, el acceso a la justicia y la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (Huenchuan, 2013).

En 1995 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobó su Observación general Nº 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, en la que se especifican las obligaciones que corresponden en este ámbito a los Estados que son parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Huenchuan, 2013).

Otro comité que se ha ocupado de la cuestión de las personas mayores es el de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT), que en la Observación general número 2 de 2008 estableció la protección de ciertas personas o grupos que corren mayor peligro de ser torturadas o recibir malos tratos, dentro de los que se incluye a las personas mayores (Huenchuan, 2013).

En el año 2015 se aprobó en el seno de las Naciones Unidas el Acuerdo para la Acción de Addis Abeba[2] y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), estos no son jurídicamente obligatorios 3. La visión de los ODS es que todas las personas puedan vivir dignamente durante toda su vida, sin exclusión, violencia ni discriminación. La temática del envejecimiento quedó parcialmente reflejada en la Agenda 2030, y si bien puede verse la participación e impactos potenciales de las personas mayores en los ODS a partir de la inclusión implícita del envejecimiento con la especificación de desagregación por edad, las personas mayores no necesariamente son reconocidas por la comunidad de desarrollo más amplia (HelpAge International, 2017).

El hito más importante en el ámbito de los derechos humanos de las personas mayores es la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada en 2015. En el ámbito regional, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) es orientador en la materia para los países de América Latina y el Caribe. Una de las 10 medidas prioritarias establecidas es el envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos, para ello, se han acordado 15 objetivos (CEPAL, 2013).

En 2025 la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció el derecho al cuidado es un derecho humano autónomo. Esta decisión establece que el cuidado no es solo una función privada o familiar, sino una necesidad básica universal que incluye el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado.

La Corte determinó que los Estados tienen la obligación de garantizar este derecho mediante medidas legislativas y de política pública, basándose en los principios de corresponsabilidad social y familiar, igualdad y no discriminación. Esto implica reconocer el valor económico del cuidado, implementar licencias parentales equitativas, garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y proteger a las personas cuidadoras, especialmente mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad

2 Asamblea General NNUU, 17 de agosto de 2015. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/313&referer=http://www.un.org/esa/ffd/ffd3/&Lang=S

3 Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/index.html

Algunos organismos especializados de las Naciones Unidades también cuentan con instrumentos específicos, como la OIT y OMS. A nivel de la OEA, los instrumentos más relevantes en orden cronológico son: la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1988) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015).

El Pacto no contiene ninguna referencia a los derechos de las personas de edad aunque el artículo 9 trata sobre "el derecho de todos a la seguridad social" se incluye la edad en el universo de "cualquier otra condición social" y en los derechos políticos, y a las personas mayores explícitamente en el "derecho a la vida".

Sin embargo, en 1988 con la aprobación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), los derechos de las personas mayores se reconocieron explícitamente, aunque limitados a la esfera del bienestar y las políticas asistenciales. El artículo 17 del Protocolo establece que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad.

La Convención obliga a los Estados Parte a adoptar disposiciones de derecho interno para adecuar su legislación a lo establecido en ella. Lo mismo ocurre con el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la OEA, que crean obligaciones para los Estados Parte, pero su aplicación es progresiva y sólo exigen a los Estados adoptarlas hasta el máximo de los recursos de que dispongan (Huenchuan, 2004).

En el marco del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, a nivel regional se gestó en 2003 la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe en la cual se acordó la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y las respectivas recomendaciones para la acción. En 2017 se generó la Declaración de Asunción en la cual se exhorta a los Gobiernos a incorporar de manera transversal en sus políticas, planes y programas de desarrollo el tema del envejecimiento y a poner en marcha políticas específicas para las personas mayores, así como a tomar medidas específicas y profundizar las existentes para combatir la discriminación por edad y múltiple, el abandono, el maltrato y la violencia hacia las personas mayores, prestando especial atención a las que enfrentan situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad social, así como a proporcionar servicios de salud integral, cuidados, protección social y acceso a alimentos, vivienda, empleo, ocupación social y justicia, entre otros (CEPAL, 2017b).

Recuadro 2. Principales instrumentos en los sistemas regional y universal de derechos humanos de las personas mayores

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) (1966)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos de la OEA (Pacto de San José) (1969)
- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT) (1975)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979)
- I Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento de la Población. El Plan de Acción Internacional de Viena (1982) Resolución 37/51 de la ONU
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos de la OEA en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) (1988)
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)
- Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (1991)
- Proclamación sobre el Envejecimiento (Asamblea General de Naciones Unidas de 1992)
- El Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo) (1994)
- Observación General N° 6 del Comité DESC "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad" (1995)
- Año Internacional de las Personas Mayores, bajo el lema "Una sociedad para todas las edades" Resolución 47/5 de las Naciones Unidas (1999)
- II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)
- Primera Conferencia Intergubernamental Regional sobre Envejecimiento de Santiago de Chile (2003) y Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)[1]
- Segunda Conferencia Intergubernamental Regional sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe (2007) y la Declaración de Brasilia
- Tercera Reunión Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, aprobación de la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de la región (2012)
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015)
- Cuarta Reunión Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Declaración de Asunción (2017)

1 En varios artículos menciona a la edad como una posible fuente de discriminación múltiple o agravada cuando es combinada con la discapacidad.

- Convenios aprobados por la Organización Internacional del Trabajo y sus recomendaciones[2]
- Instrumentos de derechos humanos aprobados por la Asamblea General de la
- Organización de los Estados Americanos (OEA)[3].

Fuente: elaboración con base en informes internacionales.

2 En especial, Convenio núm. 102 sobre la seguridad social (norma mínima); el Convenio núm. 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, la Recomendación núm. 162 sobre los trabajadores de edad, el Convenio núm. 111 sobre la discriminación (empleo y ocupación) y el Convenio núm. 87 sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación.

3 La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), la Declaración de San Pedro Sula: "Hacia una cultura de la no-violencia", la Declaración Interamericana sobre la Familia y la resolución de la Asamblea General sobre la situación de los refugiados, repatriados y desplazados internos en las Américas.

3. Factores demográficos del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe y Paraguay

El envejecimiento poblacional se ha consolidado como uno de los procesos demográficos más significativos del siglo XXI, con implicancias económicas, sociales e institucionales. Este fenómeno responde principalmente a dos tendencias estructurales: la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, que están modificando de manera progresiva la estructura por edades de la población. En consecuencia, las sociedades experimentan una transición hacia configuraciones demográficas más maduras, caracterizadas por un incremento relativo de la población mayor y una reducción del peso del grupo de jóvenes.

En América Latina y el Caribe, este proceso presenta particularidades que lo diferencian de otras regiones del mundo, especialmente por la velocidad con la que ha ocurrido. A diferencia de los países desarrollados, donde el envejecimiento se produjo de forma gradual, en la región se desarrolla en un período relativamente menor, coexistiendo con persistentes desigualdades estructurales, limitaciones institucionales y sistemas de protección social aún en proceso de implementación. Este contexto plantea desafíos para los Estados, que deben adaptarse rápidamente a nuevas demandas en materia de salud, seguridad social, cuidados y mercado laboral.

En este escenario, Paraguay se encuentra pasando por una transición demográfica que, aunque rezagada respecto a otros países de la región, muestra una tendencia clara hacia el envejecimiento. Si bien aún mantiene una estructura relativamente joven y una ventana de oportunidad demográfica asociada al bono demográfico, las proyecciones indican que el país enfrentará en las próximas décadas importantes transformaciones en su composición etaria.

Este artículo describe las tendencias regionales y de Paraguay del envejecimiento, sus principales características y sus posibles efectos en la economía nacional. El objetivo es contribuir con evidencia empírica al debate sobre la necesidad de diseñar políticas públicas integrales que permitan anticipar estos cambios y promover un desarrollo sostenible e inclusivo.

Para ello, se toma un período de referencia de 100 años comprendido entre los años 1950 y 2100, lapso suficiente para identificar un conjunto de cambios y sus repercusiones sobre la estructura por edades.

3.1. Las transformaciones demográficas

El primer cambio demográfico de importancia ocurrido en América Latina y el Caribe en la segunda mitad del siglo XX fue la substancial disminución de la mortalidad y consecuentemente se registra un aumento de la esperanza de vida. De este modo, la transición demográfica se inicia con la disminución de la mortalidad en las edades más jóvenes, que va progresivamente extendiéndose hasta las más mayores.

El aumento de la esperanza de vida ha sido un proceso constante y continuo. Entre 1950 y fines del de 1990, la esperanza de vida se extendió en promedio 18 años, aumentando de 48,7 a 67,4 años. Al inicio del período se observaba una fuerte variación en tomo al valor medio del

indicador, pues casi la mitad de los países registraban cifras inferiores a 50 años; con el curso del tiempo esta dispersión se reduce considerablemente, en parte a raíz de que las ganancias se moderan a medida que se alcanzan valores mayores de esperanza de vida.

Tabla 1: Esperanza de vida al nacer, según países de América Latina y el Caribe, 1950-2024

País / Country	1950	1970	1990	2010	2019	2021	2024
América Latina / Latin America	48,4	58,3	67,3	73,2	75,2	71,8	75,9
Argentina	61,3	65,6	71,6	75,7	76,8	73,9	77,5
Bolivia	40,7	47,1	56,8	66	67,8	61,4	68,7
Brasil	48,5	57,3	65,9	73,8	75,8	73	76
Chile	53,2	62,6	73,7	79,1	80,3	78,9	81,4
Colombia	48,3	61,5	68,7	74,9	76,8	72,7	77,9
Costa Rica	57,5	66,8	76,1	79,4	80,3	78,1	81
Cuba	59	67,9	73,8	77,9	77,4	73,2	78,3
República Dominicana	44,1	58,5	67,7	72	73,1	71,8	73,9
Ecuador	48,4	58,8	68,4	75,2	77,3	72,7	77,6
El Salvador	44,2	51,4	62	70,9	71,7	69,9	72,3
Guatemala	37,8	48,5	61,8	69,9	71,6	67,9	72,7
Haití	37,2	47,3	53,2	45,6	64,3	62,6	65,1
Honduras	41	54,4	65,2	69,8	72,1	69,5	73
México	43,8	58,9	69	73,7	74,5	69,7	75,3
Nicaragua	40,6	53,8	62,5	71,8	73,8	70,5	75,1
Panamá	55,4	64,1	71,3	76,4	78,5	77	79,8
Paraguay	58,1	62,6	67,3	72,6	73,7	68,1	74
Perú	46	47,7	64	72,9	76,3	71,6	77,9
Uruguay	65,6	68,7	73	76,7	77,5	75,4	78,3
Venezuela	51,1	64,8	71	73,1	72,8	71,5	72,7

Fuente: elaboración propia con base en Naciones Unidas, World Population Prospects 2024, Online Edition [en línea] https://population.un.org/wpp/

Entre 1970 y 2024, en 54 años, se ganaron 17,6 años de esperanza de vida con el 65% de los países con esperanza de vida al nacer superior a 75 años. Sin embargo, el impacto de la pandemia por COVID-19 hizo que la esperanza de vida al nacer se redujera en 3,4 años entre 2019 y 2021. Según las proyecciones vigentes, la tendencia convergente se hará más marcada en el futuro: se espera que en el año 2050 la esperanza de vida media de la población de la región sea de 80 años y al finalizar el siglo XXI el indicador regional será de 86,4 años.

La evolución de la esperanza de vida presenta también una persistente especificidad entre hombres y mujeres, expresada en la mayor probabilidad de sobrevivir de las mujeres: la diferencia con relación a los hombres aumentó sostenidamente de 4 a 6 años entre 1950 y 2000; posteriormente, y según las proyecciones, tendería a atenuarse, llegando a 4,7 años de diferencia en 2050 (77,7 años para los varones y de 82,4 para las mujeres) y a 3 años en 2100 (84,9 años para los varones y de 87,9 para las mujeres) (Gráfico 4).

Gráfico 4

Esperanza de vida al nacer, según sexo, América Latina y el Caribe, 1950-2100

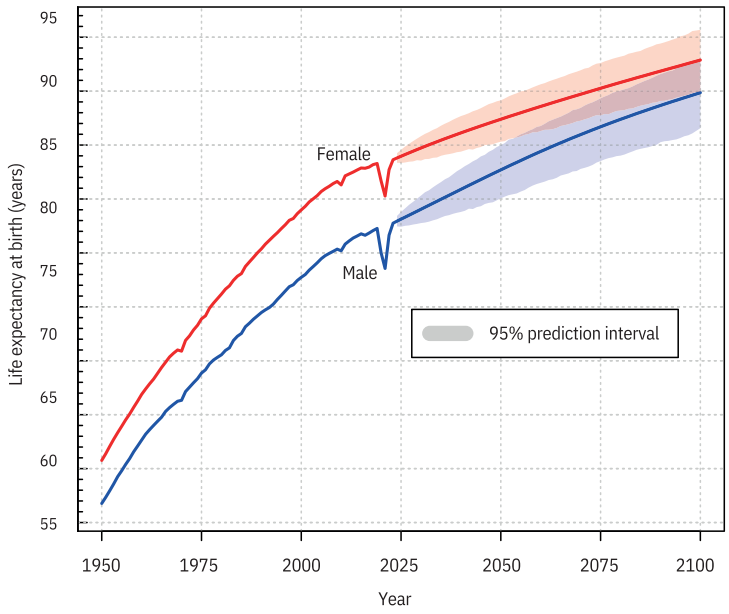
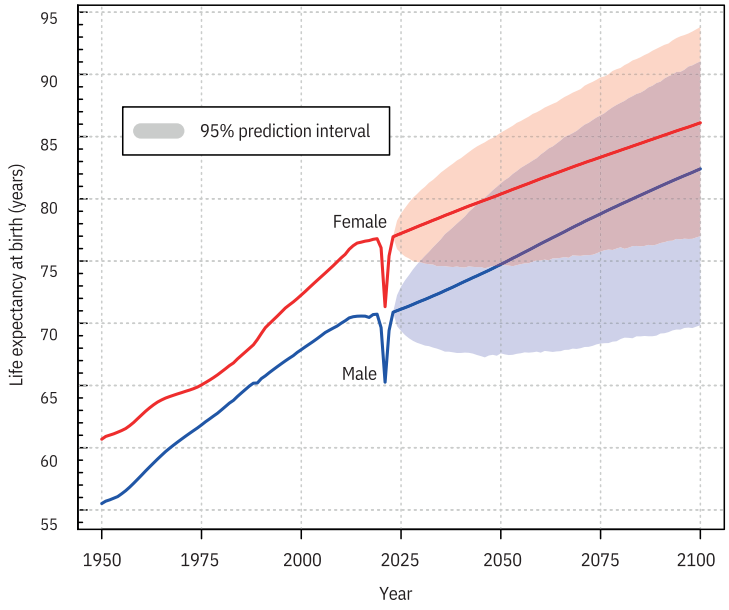


Gráfico 5

Esperanza de vida al nacer, según sexo, Paraguay, 1950-2100



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Naciones Unidas, "Estimaciones y proyecciones: archivos Excel. Revisión 2024" [en línea] https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/estimaciones-proyecciones-excel; Naciones Unidas, World Population Prospects 2024, Online Edition [en línea] https://population.un.org/wpp/

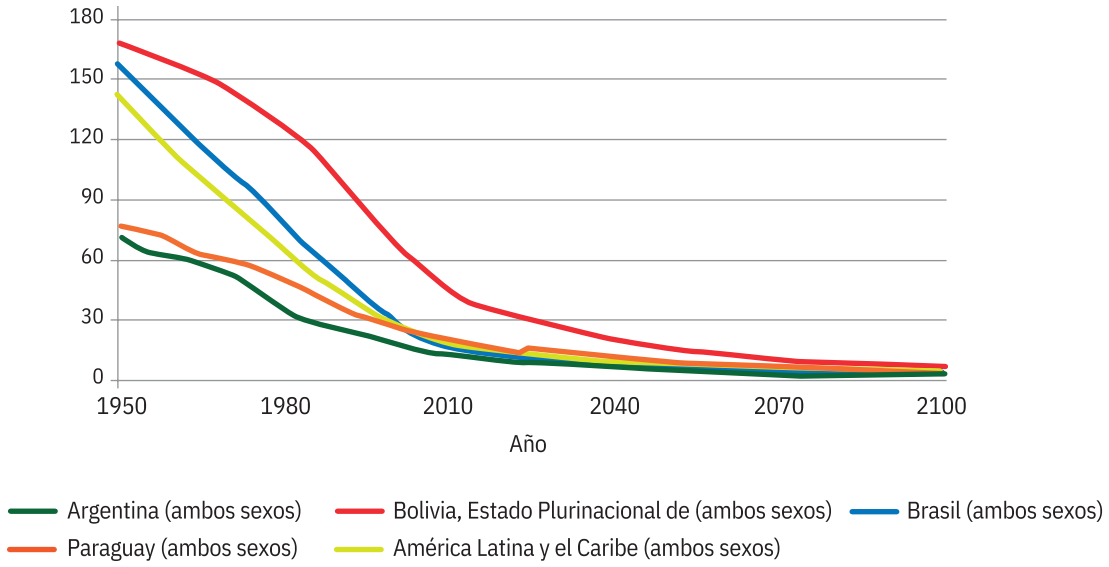
Paraguay no ha estado ajeno al aumento de la esperanza de vida. Desde 1950 fue aumentando paulatinamente desde 58,1 años hasta llegar a 74,0 años en 2024. Es decir un aumento de 16 años en ese lapso. Las ventajas para las mujeres observadas en la región se reproducen en Paraguay.

Diversos estudios reconocen que el componente más importante de la disminución de la mortalidad en América Latina y el Caribe ha sido el infantil (CELADE/BID, 1996). Hasta el decenio de 1950 la tasa de la región era de 141,4 por mil nacidos vivos; medio siglo más tarde el promedio descendió a 27,5 por mil (2000).

La ampliación de la cobertura de la atención maternoo-infantil y de servicios de saneamiento básico, la más alta escolaridad de las madres y el descenso de la fecundidad son algunos de los factores subyacentes en estos cambios (Guzmán y Orellana, 1986). Las proyecciones de población indican que al finalizar los próximos veinticinco años (2050) la mortalidad infantil llegará a 6,9 por mil y se espera que en 2100 el indicador regional se reduzca a 3,1 por mil (Gráfico 6).

Gráfico 6

Tasa de mortalidad infantil, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100



Fuente: CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2024 [en línea] https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/indicadores-demograficos-interactivos.

Las situaciones nacionales varían dependiendo del momento de inicio del tránsito hacia una menor mortalidad en función de la estructura por edades de la población, como de la intensidad del cambio y del grado de avance de la transición epidemiológica.

En el caso de Paraguay su tendencia indica que la reducción de la mortalidad infantil redujo su ritmo de reducción. Brasil mantuvo una rápida caída llegando a ubicarse por debajo de Paraguay así como otros países latinoamericanos, cuyo peso se verifica en una menor tasa promedio regional frente a la de Paraguay desde la primera década de este siglo. Esta evolución muestra el desafío que tiene Paraguay con respecto a este indicador.

Si bien, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en América Latina y el Caribe fue la disminución de la mortalidad, la mayor trascendencia la tuvo el segundo cambio: la drástica reducción de la fecundidad acaecida en la mayoría de los países desde

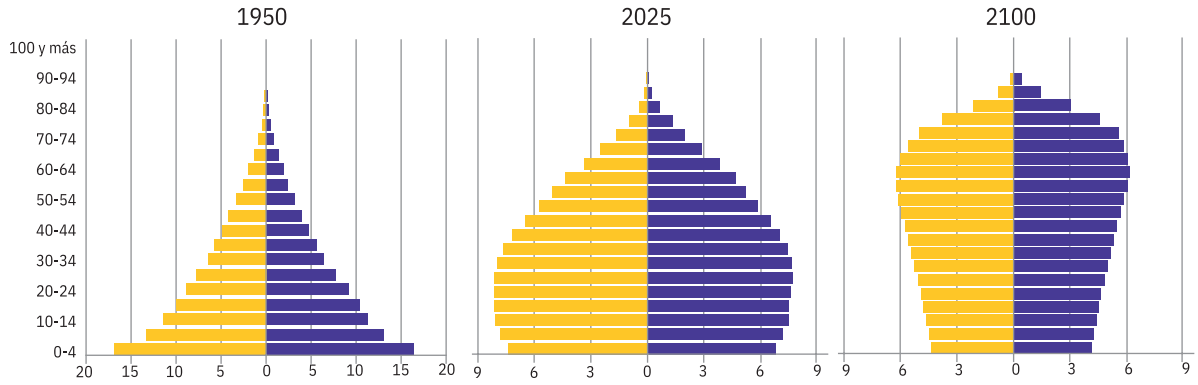
mediados de los años 60 y comienzos de los 70. La modificación de la conducta reproductiva ocasionó un complejo cambio sociodemográfico.

La fecundidad es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria de la población. Sus alteraciones provocan un impacto sobre el envejecimiento mayor y más directo que los cambios de la mortalidad. El desfase temporal entre estos dos movimientos provoca un aumento de la población y mantiene una estructura por edades más joven.

El resultado inmediato del descenso de la fecundidad más acentuado que el de la mortalidad es la disminución de la proporción de niñez respecto de la población total, lo que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide poblacional o lo denominado "envejecimiento por la base". Este descenso por un tiempo prolongado lleva al "envejecimiento por el centro" (una figura rectangular); posteriormente, y en la medida que su efecto se combina con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, originará estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha. De este modo, la transición hacia menores niveles de fecundidad actúa como detonador de la "inversión de la pirámide" (Gráfico 7).

Gráfico 7

Distribución relativa de la población por sexo y edad, América Latina y el Caribe, 1950, 2025 y 2100



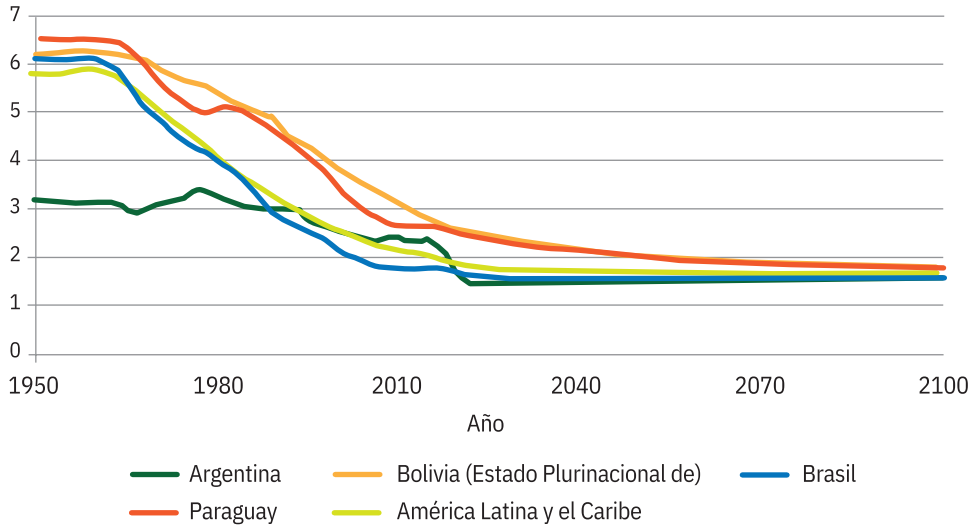
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), revisión 2024 y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2024 [en línea] https://population.un.org/wpp/.

Desde 1950, la elevada fecundidad en América Latina y el Caribe, excepto Argentina y Uruguay, países precursores del envejecimiento en la región, se reflejaba en la tasa global de fecundidad regional de 5,79 hijos en promedio por mujer. Esta situación comenzó a cambiar poco después, en consonancia con la evolución socioeconómica de la región, dinamizada por el proceso de sustitución de importaciones (Villa y Rivadeneira, 1999) que durante los decenios comprendidos entre 1950 y 1980 propiciaron un conjunto de cambios sociales, tales como el fortalecimiento de los estratos medios y asalariados, la expansión de la escolaridad y la urbanización acelerada. Estas nuevas condiciones objetivas fueron alterando, de manera gradual, las bases materiales de sustentación de algunas pautas culturales, como las relativas al ideal del tamaño de familia.

De este modo, la tasa global de fecundidad llegó a un promedio regional de 2,6 hijos en 2000 y a 1,78 hijos por mujer en 2025, lo que equivale al nivel de reemplazo demográfico. Las proyecciones para las próximas décadas indican que el descenso continuará y que la heterogeneidad de situaciones nacionales se abatirá considerablemente, con tendencia a 1,7 hijos en promedio por mujer a nivel regional (Gráfico 8).

Gráfico 8

Tasa Global de Fecundidad, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100



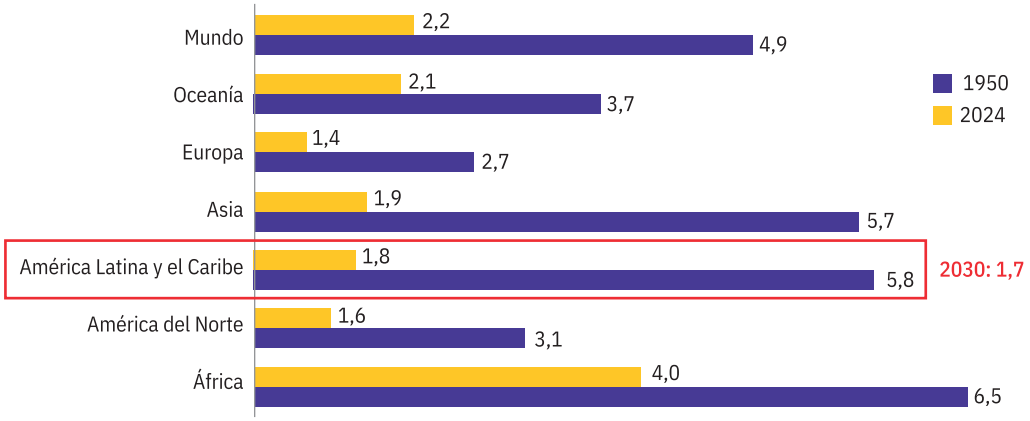
Fuente: CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2024 [en línea] https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/indicadores-demograficos-interactivos.

Paraguay destaca por registrar una de las tasas de fecundidad más elevadas a mediados del siglo XX (superior a los 6,5 hijos por mujer), seguida de un marcado descenso que sufrió un leve repunte temporal alrededor de 1980: A partir de ese momento, el país experimentó una caída acelerada que lo llevó a converger con el promedio regional y con el resto de los países analizados, proyectándose una estabilización en torno a los 1,8 hijos por mujer para el año 2100.

En relación a lo ocurrido en los países de Europa, en los que la transición demográfica transcurrió en casi dos siglos, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe estos cambios ocurrieron más vertiginosamente en poco más de medio siglo. América Latina y el Caribe es la región del mundo con la mayor caída de la tasa de fecundidad entre 1950 y 2024, con una disminución del -69% (Gráfico 9).

Gráfico 9

Tasa global de fecundidad (número de hijos nacidos vivos por mujer), según regiones del mundo, 1950-2024

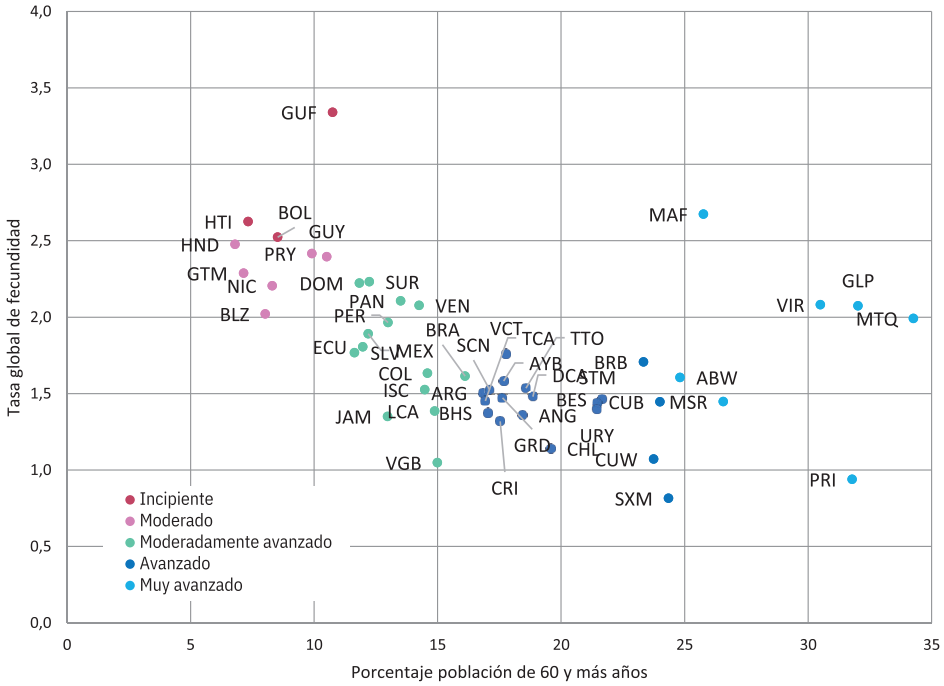


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Naciones Unidas, "Estimaciones y proyecciones: archivos Excel. Revisión 2024" [en línea] https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/estimaciones-proyecciones-excel; Naciones Unidas, World Population Prospects 2024, Online Edition [en línea] https://population.un.org/wpp

En función a la tasa global de fecundidad y del porcentaje de personas mayores, la región en su conjunto se encuentra en una etapa moderadamente avanzada de envejecimiento (Gráfico 10).

Gráfico 10

Tasa global de fecundidad, población de 60 años y más y etapas de envejecimiento (número de hijos nacidos vivos por mujer y en porcentajes), América Latina y el Caribe, 2024



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2024). World Population Prospects, 2024

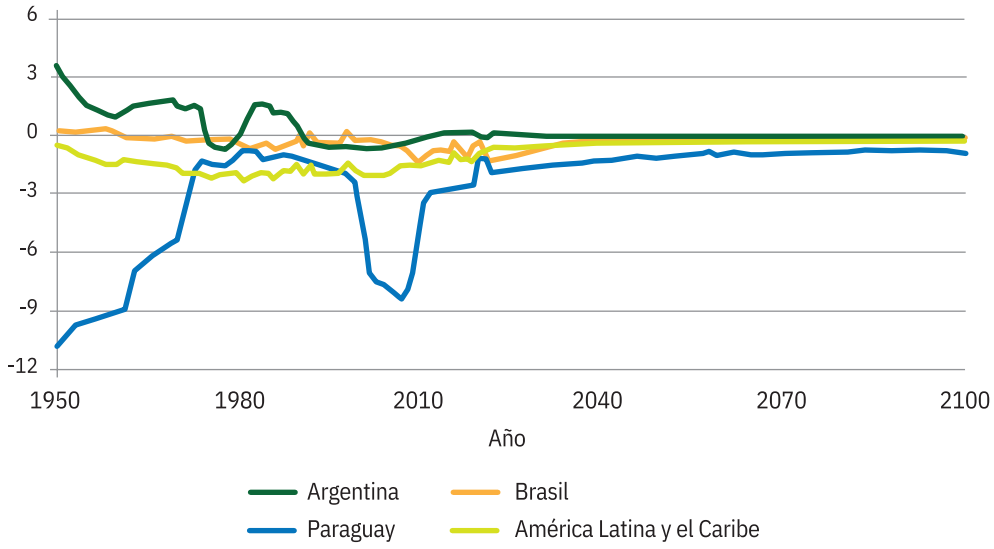
Otro factor que afecta las tendencias del envejecimiento de las poblaciones nacionales es la migración internacional. Dado que las personas que se desplazan son, en su gran mayoría, personas adultas jóvenes, algunas de las cuales migran con sus hijos de corta edad, la migración tiende, a corto plazo, a dinamizar los estratos juveniles de las poblaciones receptoras y a envejecer a las de origen.

Las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y varían según el momento histórico en que se produzcan. Además, el carácter variable y reversible de muchas corrientes, muchas de ellas con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino, restringe su papel en la remodelación de las estructuras etarias.

Si bien la tasa de migración de América Latina y el Caribe es negativa en todo el periodo analizado (Gráfico 7), es importante destacar particularidades como la de Argentina en la que el acceso masivo, aunque fluctuante, de inmigrantes en la segunda mitad del siglo XX ha ejercido un efecto fundamental en el envejecimiento de la población. La expresión directa de este efecto es la adición de personas de edad adulta (en su mayoría hombres) a poblaciones aún no muy numerosas que significó una profunda modificación de las estructuras por edad de estos países; las oscilaciones de los flujos y su fuerte disminución después de la última postguerra implicaron ciclos de envejecimiento de la población.

Gráfico 11

Tasa de migración, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100



Fuente: CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2024 [en línea] https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/indicadores-demograficos-interactivos.

Paraguay, como en el caso de la mayoría de los países de la región muestra una tasa de migración negativa. En las décadas recientes 1990-2010 se observa una drástica caída de este indicador por la fuerte emigración hacia España como nuevo destino y a Argentina como destino histórico. En ambos casos la población paraguaya migrante es relativamente joven y de ambos sexos, aunque hacia España hay un importante flujo de mujeres con niveles de estudio medio que se insertaron en ocupaciones relacionadas con el trabajo doméstico y de cuidados (UNFPA, 2013; Chenú, et al., 2019).

3.2. Tendencias del envejecimiento

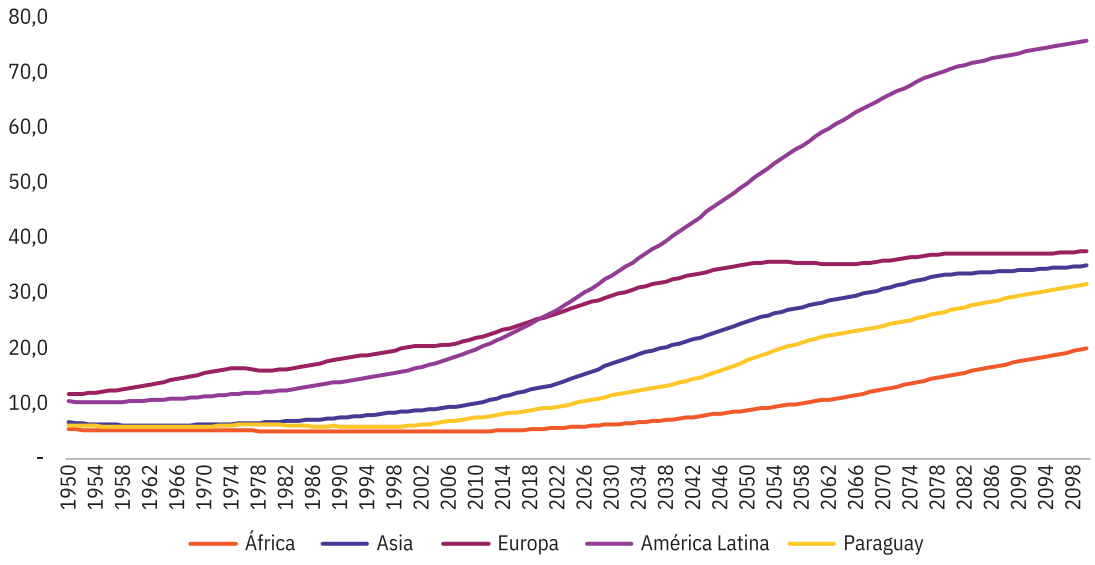
El envejecimiento demográfico, entendido como el aumento progresivo de la población de 60 años más con relación a la población total, se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, acelerando su velocidad en los siguientes decenios (CEPAL, s.f.). Este proceso no es aislado, sino que se inscribe en el marco de una transición demográfica experimentada por la región, caracterizada por importantes cambios poblacionales.

En los últimos 70 años, la región ha estado en una rápida transición demográfica, con una disminución sostenida de la mortalidad y fecundidad (CEPAL, 2025a). Esta evolución tuvo efectos en la estructura por edades, modificando la composición de la población y llevando a un aumento de las personas adultas mayores, incluso con un ritmo más rápido que el de otras regiones (CEPAL, 2023). América Latina, en 30 o 40 años ha pasado de ser una región joven a una región en proceso de envejecimiento acelerado (CENIE, sf). Las proyecciones indican que en 2045 la proporción de personas mayores de 60 años superará a la de menores de 15 años (21,7% en comparación al 20,2%, respectivamente), marcando un hito histórico en la región.

En 2025, las personas de 60 años y más representan el 14,7% de la población regional (98 millones), cifra que se duplicará hacia 2050 (182,7 millones) y alcanzará el 31,0% en 2100 (CEPAL, 2025a). Estos cambios en la estructura por edades evidencian una disminución de la población joven, el incremento del índice de envejecimiento y de la relación de dependencia, lo que implica mayores presiones sobre la población en edad de trabajar. La población de 80 años y más es el grupo que aumenta más aceleradamente que los demás grupos de edad (CEPAL, 2025a) y en los próximos años será el de mayor crecimiento.

Gráfico 12

Población mundial de 60 años y más (en porcentajes de la población total), por región y Paraguay, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con base en CELADE-CEPAL (2024), sobre la base de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2024).

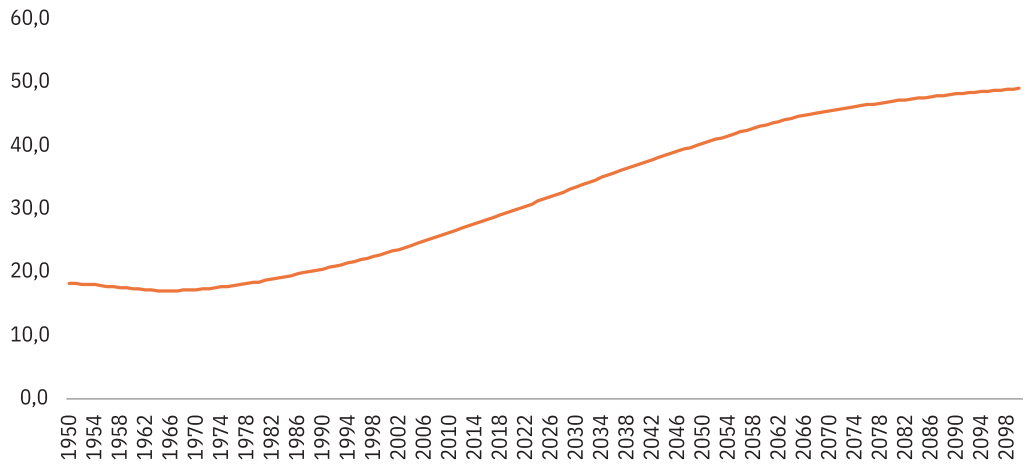
Países de la región se encuentran en diferentes momentos de la transición demográfica, de modo que algunos territorios presentan una población más envejecida que otros. En la etapa de envejecimiento incipiente están Guatemala, Haití y Bolivia, con elevadas tasas de fecundidad y porcentajes de personas mayores inferiores al 10%; en la etapa de envejecimiento moderado están 12 países (Belice, Ecuador, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam y Venezuela), con tasas de fecundidad cercanas al nivel de reemplazo y población mayor de 60 años entre el 6% y el 11,5%; y los países en situación de envejecimiento avanzado 13 países (Antigua y Barbuda, Bahamas, Brasil, Costa Rica, Colombia, El Salvador, Granada, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Argentina, Chile y Trinidad y Tobago), con tasas de fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo y porcentaje de personas mayores por encima del 14% (Huenchuan, 2018).

Un indicador agregado del cambio de la estructura etaria de la población y, por ende, de las tendencias del envejecimiento, es la edad mediana, ya que cuanto mayor sea la edad mediana, más envejecida es la población (Bloomberg Línea, 2025). Entre 1950 y 1970 el valor de este indicador a escala de la región descendió en un año (18,3 y 17,3 años respectivamente) en correlación con la fase inicial de la transición demográfica en la que la mortalidad descendió primero que la fecundidad. Este panorama revela el efecto combinado de la intensa disminución de la mortalidad en los primeros años de vida y del factor de inercia que, hasta 1970, impedía que la declinación de la fecundidad redundara en un aumento de la edad mediana.

Una situación diferente surge al comparar los datos de 1970 y 2000, ya que la edad mediana se incrementó a 23,1 años, insinuando un curso ascendente del envejecimiento (Naciones Unidas, 2024). En este lapso se evidenciaron aún más las repercusiones de la fuerte disminución de la fecundidad, que en casi todos los países siguió un ritmo más acentuado que el descenso de la mortalidad al comienzo de la vida. En los siguientes veinticinco años la edad mediana de la población regional aumentó en casi ocho años, para llegar a 31,6 en el 2025, cuantía que es una señal del avance del envejecimiento. En 2050, la edad mediana de la población regional ascenderá a 40,4 años, valor similar al que se estima tendrá Europa el año 2000 (Naciones Unidas, 2024) (Gráfico 2).

Gráfico 13

Edad mediana de la población, ambos sexos, América Latina 1950 - 2100



Fuente: Elaboración propia con base en CELADE-CEPAL (2024), "Estimaciones y proyecciones de la fuerza de trabajo: revisión 2024", sobre la base de Naciones Unidas (2024).

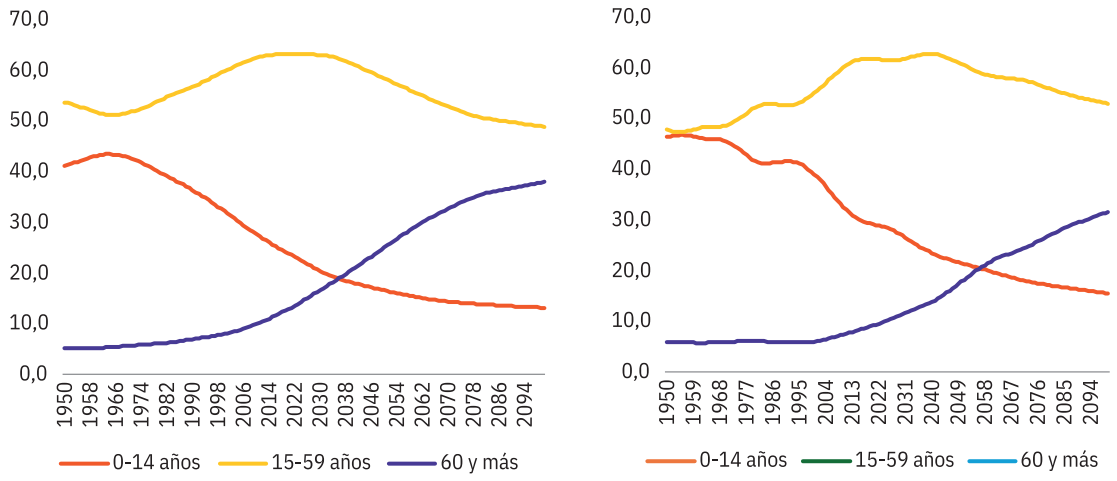
Las tendencias de cambio de las estructuras etarias muestran que entre 1950 y 1965, la proporción de menores de 15 años aumentó, superando el 40% de la población total. Esta señal de rejuvenecimiento respondió a la disminución de la mortalidad en la infancia y la niñez y al eventual aumento de la natalidad inducido por la reducción de la mortalidad. A partir de 1965, la proporción de menores de 15 años comenzó a disminuir de forma sostenida como resultado del descenso de la fecundidad, reflejando el avance de la transición demográfica y el inicio del proceso de envejecimiento poblacional.

El grupo etario central de la población en edades activas tuvo una reducción relativa. En el año 2000 se hace evidente el impacto de la reducción de la fecundidad, dada la fuerte baja de la proporción de menores de 15 años en la región (32,2%). A su vez, la proporción de la población adulta mayor aumentó moderadamente (2 puntos porcentuales). Como consecuencia de la reducción de la fecundidad y de la inercia del crecimiento de los decenios previos, la población en edades activas (15 a 59 años) constituye más del 60% del total.

Para el año 2025, la proporción de menores de 15 años se acerca al 22,1% de la población mientras que el conjunto de personas en edades activas representa el 63,2% de la población. El grupo de personas mayores mostró el mayor aumento en su proporción, ubicándose en torno al 15%, cifra que se en 2100 y alcanzará al 30% de la población regional, signo de un envejecimiento acentuado y generalizado. El grupo en edad de trabajar, por su parte, mermará su ímpetu y disminuirá su participación 49% del total.

Gráfico 14

Distribución relativa de la población por grupos de edad, estimada y proyectada, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100



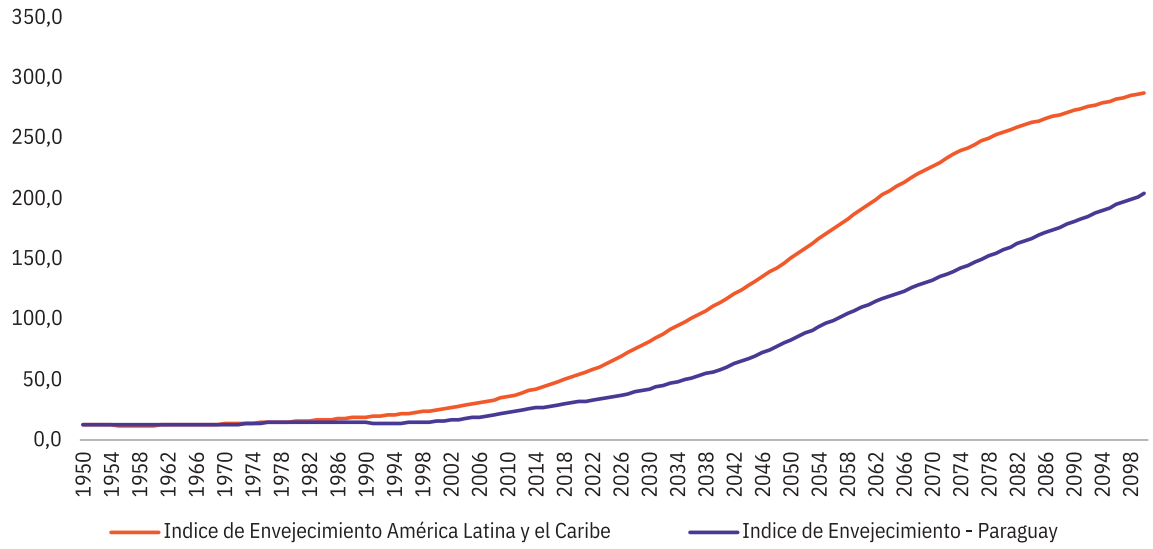
Fuente: Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects* 2024

Otros indicadores que complementan el análisis de la transición demográfica en la región son los índices de envejecimiento de la población y de dependencia demográfica que brindan una imagen de los cambios intergeneracionales que se derivan de las transformaciones de las estructuras etarias.

El índice de envejecimiento presentó, a escala regional, una evolución ascendente durante la segunda mitad del siglo XX. Hasta 1990, su incremento fue limitado debido al rejuvenecimiento asociado al descenso de la mortalidad, proceso que posteriormente se aceleró como consecuencia de la reducción de la fecundidad. A partir del año 2000, el cociente entre la población mayor y la población menor de 15 años comenzó a incrementarse de forma sostenida, tendencia que se intensificará en las próximas décadas, hasta alcanzar una equiparación entre ambos grupos etarios y, posteriormente, una superioridad del grupo de personas mayores hacia fines del siglo (CEPAL, 2024; Naciones Unidas, 2024). (Gráfico 4).

Gráfico 15

Índice de envejecimiento, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100



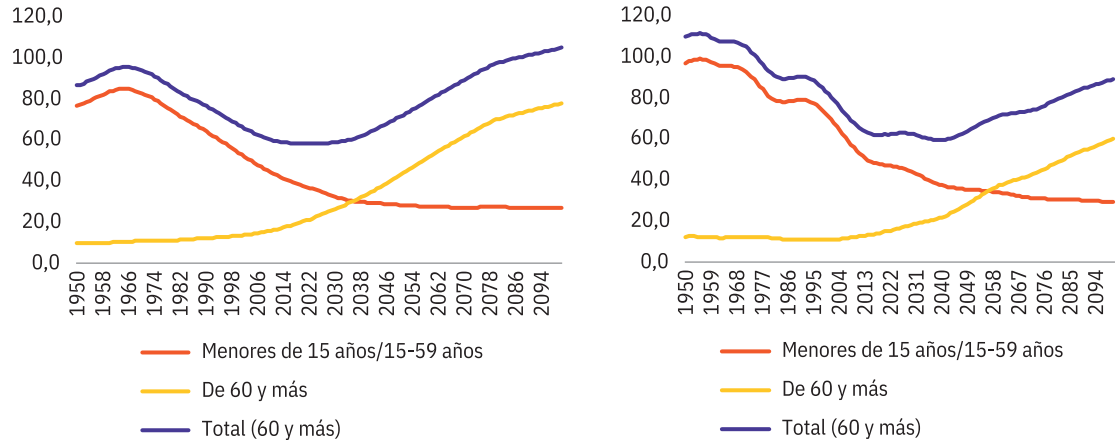
Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024), "Estimaciones y proyecciones de población", Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

El comportamiento de la relación de dependencia demográfica en la región aumentó de 86 dependientes por cada cien personas potencialmente independientes en 1950 a 95 en 1965, disminuyendo a 58 en el año 2025 debido a la disminución del peso relativo de los menores de 15 años. En el período 2025-2050 aumentará a raíz del incremento de personas mayores, llegando a 105 personas en el 2100

La composición de la relación de dependencia muestra los efectos conjuntos del envejecimiento y revela tanto el aumento de la proporción de personas de edad como las oscilaciones del grupo potencialmente activo (Gráfico 5).

Gráfico 16

Relación de dependencia, América Latina y el Caribe y Paraguay, 1950-2100.



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024), "Estimaciones y proyecciones: revisión 2024", y Naciones Unidas (2024), *World Population Prospects 2024.*

América Latina y el Caribe transita profundos cambios en su escenario demográfico, aunque con heterogeneidades entre los países y al interior de ellos. En este contexto, el presente artículo se centra en el análisis del proceso de envejecimiento en Paraguay, sus principales características y los desafíos para las políticas públicas.

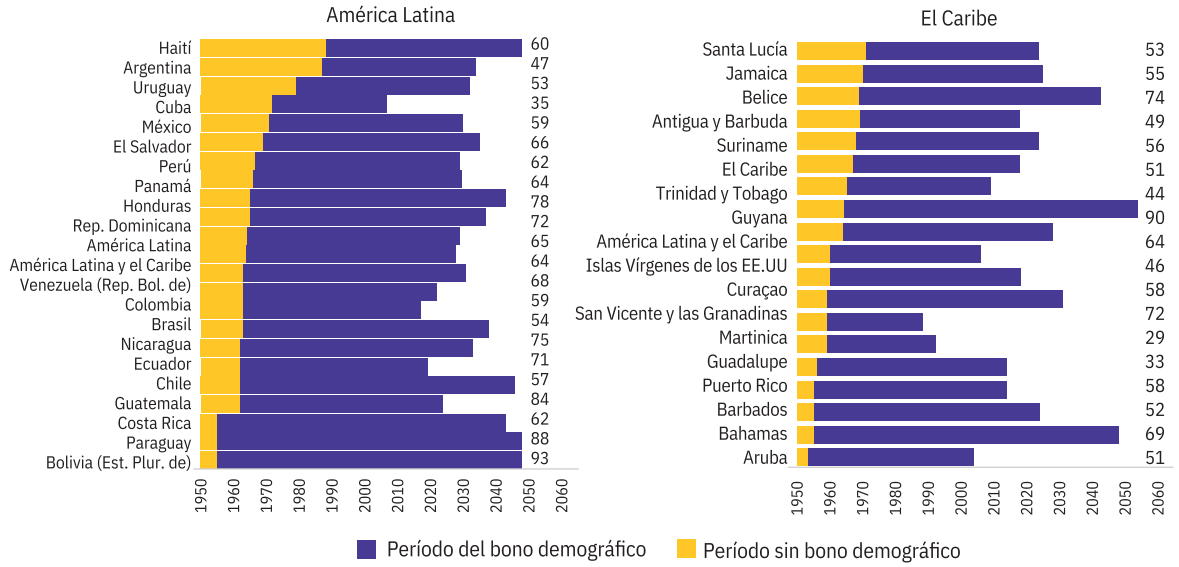
Los antecedentes proporcionados permiten concluir que durante la segunda mitad del siglo XX el envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña sólo comenzó a insinuarse, poniendo de relieve que este proceso es resultado de una transición demográfica que se evidenció con mayor intensidad en las siguientes décadas motivado por la declinación de la fecundidad. Ello, además, ocasiona fluctuaciones de la proporción de personas activas, relevante para el sostenimiento de las personas en edades dependientes.

Como puede verse en los gráficos anteriores Paraguay muestra tendencias similares pero con rezagos, lo cual permite asumir que con el paso de los años su evolución tenderá a converger como la de la mayoría de los países de la región.

A pesar del incremento de las tasas de crecimiento del grupo de 60 y más años de edad, gran parte de la población regional mantiene rasgos juveniles, una reserva poblacional, producto de la inercia demográfica y que permite evidenciar un bono demográfico que se refiere a la elevada proporción de la población en edad productiva en comparación a los demás grupos de población, en el cual, la estructura de la población se concentra en edades laboralmente activas (Consejo Nacional de Población, 2006). Esta ventaja temporal es una oportunidad de fortalecer los sistemas de cuidados y protección social antes de que el envejecimiento sea más pronunciado, caracterizándose por el descenso de las tasas de dependencia (Saad, Miller, Martínez, y Holz, 2012). Las proyecciones indican que en la región el bono demográfico finalizará en 2028, aunque en el caso de Paraguay se extenderá unos años más, por lo menos hasta 2040 (Gráfico 6).

Gráfico 17

Bono demográfico según año de inicio, año de término y duración, América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024), "Estimaciones y proyecciones: revisión 2024", y Naciones Unidas (2024), *World Population Prospects 2024*.

Durante la primera mitad del siglo XXI, América Latina y el Caribe atravesará una aceleración del proceso de envejecimiento demográfico, caracterizado por un incremento sostenido de la población adulta mayor y una estructura etaria cada vez más madura. En términos absolutos, desde 1980, la población de 60 años y más se cuadruplicó y seguirá aumentando, llegando a su máximo en 2075 (CEPAL, 2025a).

Hacia finales del siglo XXI, el envejecimiento demográfico será un fenómeno generalizado en la región. Si bien persistirán diferencias en el ritmo de la transición demográfica entre los países, las proyecciones indican una convergencia de los indicadores de envejecimiento hacia niveles similares, reflejando la consolidación de estructuras poblacionales considerablemente más envejecidas (UNFPA, 2012). En consecuencia, durante las próximas décadas el envejecimiento se intensificará y abarcará a la totalidad de los países de América Latina y el Caribe.

La dinámica agregada se encuentra fuertemente influenciada por el peso demográfico de las naciones más pobladas, mientras que las diferencias en el momento y la intensidad del envejecimiento responden tanto a la diversidad de las estructuras demográficas como a las distintas trayectorias de desarrollo económico y social de la región (CEPAL, 2021).

3.3 Las características del envejecimiento

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017), el proceso de envejecimiento poblacional en la región presenta un conjunto de características sociodemográficas distintivas que reflejan tanto avances en la supervivencia como persistentes desigualdades estructurales.

En primer lugar, destaca el predominio femenino en las edades avanzadas y la prolongación de la vida superando los 80 años, fenómeno observado desde el inicio del envejecimiento pobla-

cional y que se prevé continuará en el futuro (Brito y Mansilla, 2022). A medida que aumenta la edad de la población, se incrementa la proporción de mujeres y disminuye el índice de masculinidad, tendencia que solo podría modificarse si ocurren procesos migratorios.

En el año 2025 había 154 mujeres por cada 100 hombres de 80 años. En el periodo 1950 - 2100, el índice de feminidad de la población de 60 años y más se proyecta que se mantenga superior a 100 (CEPAL, 2025a). Este predominio se explica por la mortalidad diferencial por sexo, que favorece una mayor esperanza de vida femenina, es decir, una sobremortalidad masculina. Esta ventaja en longevidad no implica necesariamente mejores condiciones de bienestar, ya que las mujeres mayores suelen enfrentar altos niveles de desigualdad y vulnerabilidad social y económica, lo que profundiza las brechas de género acumuladas a lo largo del ciclo de vida.

Otra característica fundamental es el denominado envejecimiento interno, entendido como el aumento progresivo de la proporción de personas de 80 años y más, incluyendo la creciente presencia de centenarios como resultado del aumento más acelerado de este grupo de edad, incluso pudiendo triplicarse entre 2024 y 2074 (UNFPA, sf). Este fenómeno resulta de la disminución de la mortalidad general, así como de avances en la prevención y tratamiento de enfermedades, lo que permite que un mayor número de personas alcance edades avanzadas y permanezca más tiempo en ellas. En este contexto, el grupo de 80 años y más es el de mayor crecimiento relativo, lo que se traduce en un aumento de las familias multigeneracionales y en una mayor demanda de cuidados de larga duración. Se prevé que esta población superará los 41 millones de personas para el año 2050 (CEPAL, 2019a).

Los cambios sociales, particularmente en la estructura y funciones de la familia, están afectando las formas tradicionales de cuidado de las personas mayores. La transición hacia patrones familiares más reducidos y la creciente participación de la población en el mercado laboral, especialmente de las mujeres, limitan la disponibilidad de redes de apoyo informales. A esto se suma el retiro de la actividad laboral, ya sea por jubilación o por limitaciones físicas, lo que puede generar procesos de desvinculación social, pérdida de reconocimiento y disminución del sentido de pertenencia. Estas situaciones, junto con la insuficiencia de respuestas institucionales, pueden impactar negativamente en la calidad de vida y el acceso a servicios de salud (Villa y Rivadeneira, 1999).

En este contexto, resulta particularmente relevante considerar el subgrupo de personas de 80 años y más, dado que presentan mayores niveles de dependencia, discapacidad y prevalencia de enfermedades crónicas, lo cual implica mayores requerimientos de atención y cuidado especializado. La evolución de este grupo constituye un elemento clave para la planificación de políticas públicas, porque plantea la necesidad de garantizar el acceso equitativo a servicios integrales de atención, en el marco del respeto a los derechos de las personas mayores.

Por otra parte, se observan importantes diferencias territoriales en el proceso de envejecimiento, las cuales reflejan la heterogeneidad de las dinámicas demográficas en la región (CEPAL, 2023). Existe un predominio de la población mayor en áreas urbanas, lo que influye en sus condiciones de vida y acceso a servicios (CEPAL, 2022). En contraste, las áreas rurales experimentan un envejecimiento más acelerado como consecuencia de la migración de población joven hacia las ciudades, lo que genera estructuras demográficas más envejecidas y mayores índices de masculinidad en comparación con las zonas urbanas (Araujo Benavides, Ancajima Chiroque y Orosco Naveros, 2025).

En relación con el capital educativo, se evidencia una disminución del analfabetismo entre las personas mayores, atribuible tanto a la mayor escolarización de las cohortes más jóvenes como

a programas de alfabetización implementados en etapas posteriores de la vida (Huenchuan, 2018). Este avance representa una mejora en el acceso a recursos y oportunidades, aunque no elimina completamente las brechas existentes.

En el ámbito de la estructura conyugal, se registra un mayor predominio de la viudez en las mujeres, asociado no solo a su mayor esperanza de vida, sino también a patrones culturales de nupcialidad, como la tendencia de los hombres a unirse con mujeres más jóvenes y a rehacer su vida conyugal tras enviudar. Este fenómeno incrementa el riesgo de aislamiento social y vulnerabilidad en las mujeres mayores (Arteaga-Aguirre, Osorio-Parraguez y Rodríguez Gutierrez, 2025).

Asimismo, se observa un incremento de la discapacidad, con causas distintas para hombres y mujeres, lo que refuerza la necesidad de políticas diferenciadas en materia de salud y cuidados. A esto se suman persistentes brechas socioeconómicas de género, evidentes en menores ingresos, menor acceso a pensiones y jubilaciones, y mayor precariedad económica en la vejez femenina (CEPAL, 2022; CEPAL, 2019b).

Finalmente, la participación económica de las personas mayores es considerablemente inferior a la de la población adulta en edad activa (OCDE, 2024). Si bien esta situación puede responder a decisiones voluntarias o limitaciones de salud, también está influida por factores estructurales, como las normativas de retiro, la rigidez del mercado laboral, la escasa generación de empleo y la discriminación por edad (Samorodov, 1992). En este contexto, muchas personas mayores enfrentan dificultades para reinsertarse en el mercado laboral, lo que conduce frecuentemente a un retiro definitivo de la actividad económica remunerada (OCDE, 2024).

En conjunto, estas características reflejan un proceso de envejecimiento complejo y heterogéneo, que plantea importantes desafíos para los sistemas de protección social, salud y cuidado (CEPAL, 2022; Naciones Unidas, 2023). Asimismo, este contexto evidencia la necesidad de fortalecer sistemas integrales de atención que respondan a las crecientes demandas de cuidado y reduzcan las desigualdades existentes, particularmente desde un enfoque de derechos y de género (Naciones Unidas, 2022; OMS, 2023.

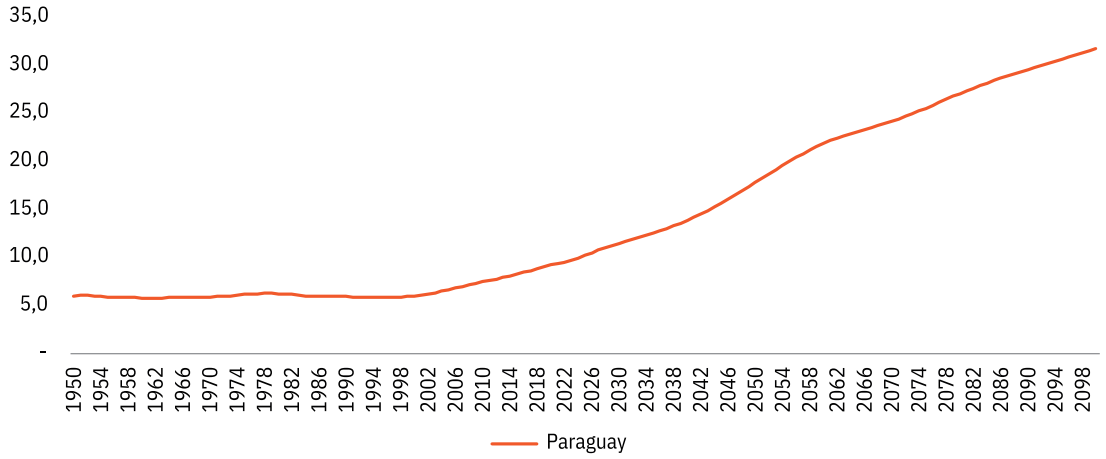
3.4. El envejecimiento poblacional en Paraguay; nueva realidad demográfica

Paraguay se encuentra inmerso en un proceso de envejecimiento poblacional que, si bien presenta particularidades propias, se inscribe dentro de las tendencias generales observadas en América Latina y el Caribe. La experiencia regional ofrece un marco de referencia que permite anticipar escenarios y desafíos que el país enfrentará en el corto y mediano plazo, en tanto forma parte de una dinámica demográfica común caracterizada por transformaciones sostenidas en los niveles de fecundidad, mortalidad y migración.

En las últimas siete décadas Paraguay evidencia una profunda transición demográfica iniciada a mediados del siglo XX. Este proceso comenzó con un descenso progresivo de la mortalidad, seguido por una reducción más acelerada de la fecundidad, lo que inicialmente impulsó el crecimiento poblacional. De acuerdo con la tipología propuesta por Chackiel (2004), el país transitó desde una etapa incipiente —caracterizada por altas tasas de natalidad y mortalidad (1950–1955)— hacia una fase moderada (1985–1990), y posteriormente a una etapa plena (1995–2000), marcada por el descenso de ambas variables. En la actualidad, Paraguay se ubica en una fase avanzada de la transición, con bajos niveles de fecundidad y mortalidad.

Gráfico 18

Población paraguaya de 60 años y más (en porcentajes de la población total). 1950 - 2010



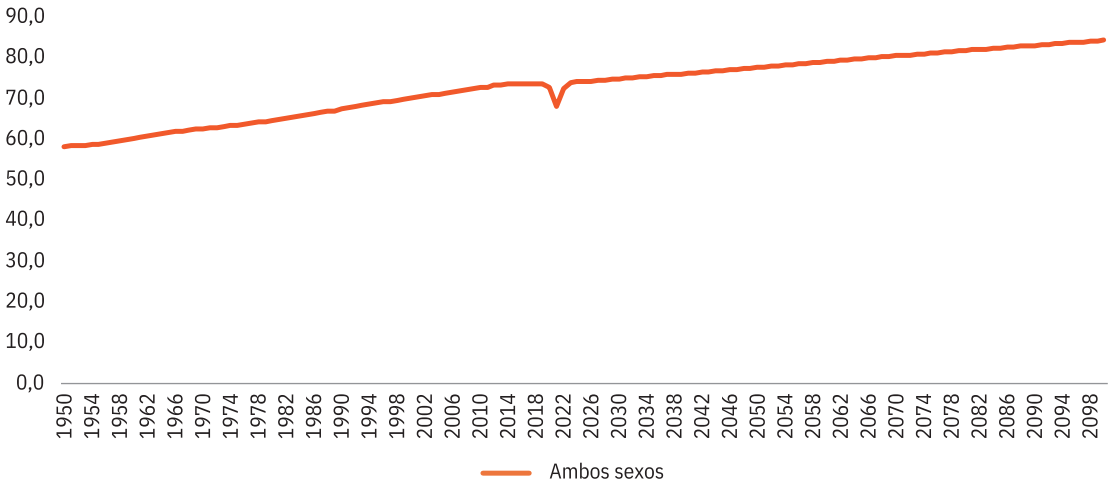
Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024), "Estimaciones y proyecciones: revisión 2024", y Naciones Unidas (2024), *World Population Prospects 2024.*

Las evidencias empíricas reflejan claramente estas transformaciones. La tasa bruta de mortalidad se redujo de 11,7 por mil habitantes en 1950 a 5,7 en 2024, mientras que la tasa global de fecundidad descendió de 6,5 a 2,4 hijos por mujer en el mismo periodo (CELADE, 2024). Este descenso ha sido particularmente pronunciado en los grupos con mayor nivel educativo y socioeconómico, donde desde 2016 la fecundidad se sitúa por debajo del nivel de reemplazo (MSPBS, DGEEC y UNICEF, 2017). A estas tendencias se suma el papel de la migración como factor adicional de transformación demográfica.

Estos cambios están estrechamente vinculados a factores económicos, sociales, culturales, políticos y ambientales. Entre los logros más significativos destaca el aumento de la esperanza de vida, que pasó de 58 años en 1950 a 74 años en 2024 (CELADE, 2024), reflejando mejoras sustanciales en las condiciones de salud y supervivencia de la población.

Gráfico 19

Esperanza de vida de la población en Paraguay (en porcentajes de la población total). 1950 - 2010



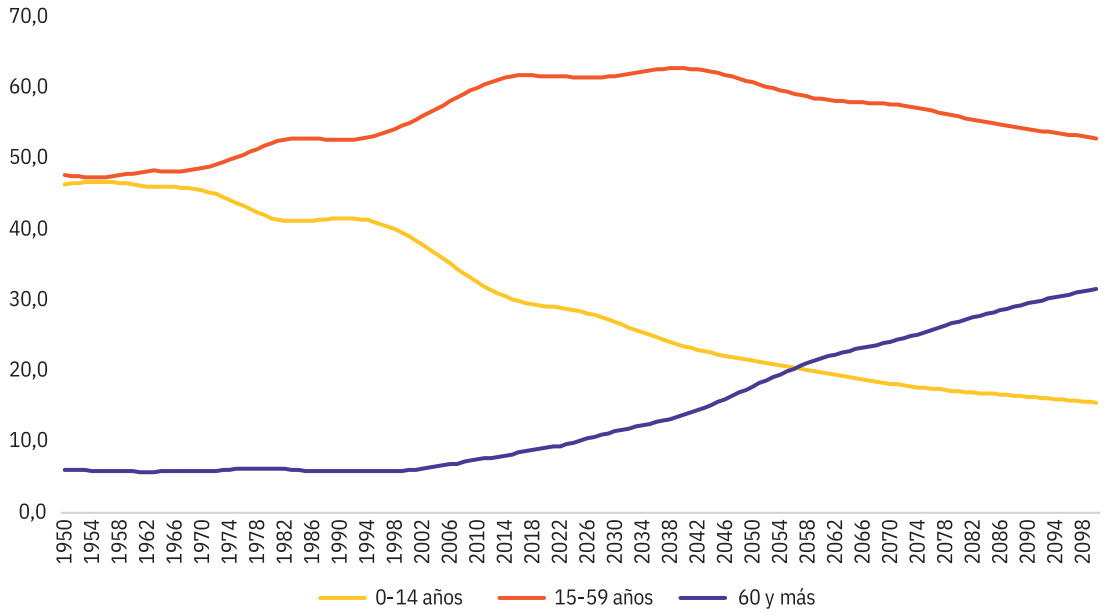
Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024), "Estimaciones y proyecciones: revisión 2024", y Naciones Unidas (2024), *World Population Prospects 2024.*

Como resultado de estas dinámicas, Paraguay ha experimentado modificaciones tanto en el tamaño como en el ritmo de crecimiento poblacional. La población, que era de aproximadamente 1,5 millones de habitantes en 1950, creció a tasas elevadas durante varias décadas, alcanzando un máximo de 3,2% anual entre 1982 y 1992, para luego desacelerarse y situarse en poco más de 6,1 millones en 2022 (INE, 2024). Sin embargo, más allá del crecimiento cuantitativo, el cambio más relevante en el presente siglo es la transformación en la estructura por edades.

La redistribución de la población en los distintos grupos etarios tiene profundas implicancias económicas y sociales. Tradicionalmente, la población se clasifica en tres grandes grupos: población en edades dependientes jóvenes (0–14 años), población en edad activa (15–59 años) y población adulta mayor (60 años y más). En Paraguay, el peso relativo de estos grupos ha cambiado significativamente en las últimas décadas. La proporción de menores de 15 años disminuyó de 46,3% en 1950 a 28,6% en 2024, mientras que la población de 60 años y más aumentó de 6% a 10%. Por su parte, la población en edad productiva pasó de 47,7% a 61,5% (CELADE, 2024).

Gráfico 20

Población por grupos de edad en Paraguay (en porcentajes de la población total). 1950 - 2010



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2024). *World Population Prospects, 2024*

Estas tendencias dan lugar a un escenario demográfico caracterizado por el denominado bono demográfico, en el que la proporción de población en edad de trabajar supera a la de dependientes. Paraguay atraviesa actualmente esta etapa, habiendo transcurrido ya aproximadamente un tercio de dicho periodo. A ello se suma el llamado bono femenino, derivado de la significativa proporción de mujeres fuera del mercado laboral, lo que representa un potencial aún no plenamente aprovechado en términos de crecimiento económico.

No obstante, estas oportunidades son transitorias. Las proyecciones indican que la fecundidad continuará disminuyendo, que el crecimiento poblacional tenderá a estabilizarse en las próximas décadas y que el envejecimiento poblacional se intensificará, particularmente con el

aumento de la población de 80 años y más. Asimismo, se prevén cambios en la estructura y dinámica familiar, así como en el perfil epidemiológico, con una reducción de enfermedades infecciosas y un incremento de enfermedades crónicas y degenerativas.

El envejecimiento poblacional tendrá importantes repercusiones en múltiples ámbitos. En el largo plazo, podría afectar la sostenibilidad del crecimiento económico debido a la reducción de la fuerza laboral, ya que esta está envejeciendo y se caracteriza por la mayor participación de las mujeres (CEPAL, 2025a). En el mediano plazo, plantea desafíos fiscales asociados al financiamiento de los sistemas de seguridad social, salud y cuidados de largo plazo, los cuales ya presentan problemas de sostenibilidad. En este sentido, las cuentas nacionales de transferencia sugieren un margen importante para ampliar el superávit mediante el aprovechamiento del bono demográfico, el incremento de la productividad y la extensión de la vida laboral.

Finalmente, estos procesos exigen una respuesta integral desde las políticas públicas. Resulta fundamental fortalecer los sistemas de salud, cuidado y protección social, así como promover políticas laborales inclusivas que faciliten la inserción y permanencia de las personas en el mercado de trabajo, especialmente de las mujeres. De este modo, Paraguay podrá enfrentar de manera más efectiva los desafíos derivados del envejecimiento poblacional, garantizando condiciones de bienestar a lo largo de todo el ciclo de vida y contribuyendo al desarrollo sostenible del país.

3.5. El envejecimiento y sus posibles efectos en la economía paraguaya

El proceso de envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos estructurales para la economía paraguaya en las próximas décadas. A diferencia de las economías desarrolladas, donde esta transición se produjo de manera gradual y en contextos de mayor consolidación institucional, Paraguay experimenta este fenómeno de forma acelerada y en un entorno caracterizado por desigualdades persistentes, alta informalidad laboral y sistemas de protección social y de cuidados de baja cobertura, incompletos y fragmentados.

En este marco, el envejecimiento no solo implica un cambio demográfico, sino una transformación profunda en la estructura económica, que afecta tanto la oferta de trabajo como la demanda agregada, las finanzas públicas y los mecanismos de redistribución intergeneracional. Estos efectos deben ser analizados desde un enfoque integral de ciclo de vida, dado que involucran interdependencias entre distintos grupos etarios, sexo y estrato económico.

A continuación se presentan algunas de las vías por las cuales el envejecimiento afectará a la economía paraguaya, lo que exige pensar en las políticas económicas y sociales para reducir los efectos negativos y aprovechar las oportunidades que ofrece la transición demográfica en Paraguay.

a) Presiones económicas a la población trabajadora

Uno de los efectos más inmediatos del envejecimiento es el aumento de la carga económica sobre la población en edad de trabajar. Este grupo deberá sostener simultáneamente a los extremos dependientes de la estructura etaria, niños, adolescentes y adultos mayores, generando una doble presión financiera.

El incremento de la longevidad conlleva un mayor consumo por parte de la población adulta mayor, especialmente en servicios de salud, cuidados de largo plazo y pensiones. Paralelamente, las exigencias de una economía basada en el conocimiento demandan mayores inversiones en educación y formación por cada hijo, elevando los costos asociados al desarrollo de capital humano.

En consecuencia, una proporción creciente de los ingresos de los trabajadores deberá destinarse al financiamiento de transferencias públicas y privadas. Esto podría reducir su capacidad de ahorro, afectar su bienestar presente y comprometer su seguridad económica futura.

Asimismo, el envejecimiento también impacta en la dinámica de la fuerza laboral. A medida que aumenta la edad promedio de los trabajadores y se aproxima el fin del bono demográfico, se intensifican las presiones sobre la productividad y el crecimiento económico. Si bien el incremento en la participación laboral femenina puede mitigar parcialmente este efecto, no resulta suficiente para compensar completamente la reducción en la expansión de la fuerza de trabajo.

b) Aumento en las necesidades de financiar políticas públicas para la población infantil, adolescente y en edad de trabajar

La desaceleración del crecimiento de la población en edad de trabajar, derivada de la disminución de la fecundidad, implica un cambio en los motores tradicionales del crecimiento económico. En este nuevo escenario, el aumento del Producto Interno Bruto (PIB) dependerá en mayor medida de (Banco Mundial, 2020).

Para lograrlo, se requieren inversiones sostenidas en capital humano, particularmente en educación, capacitación laboral y desarrollo de habilidades, dado que estos factores inciden directamente en la competitividad económica (PNUD, 2025). Estas inversiones son esenciales para sostener la productividad frente a la reducción de la fuerza laboral y el acortamiento del bono demográfico (CEPAL, 2025b). Los niveles de inversión pública en educación son comparativamente bajos respecto al promedio de la región lo que genera una importante presión para ampliar el espacio fiscal.

Sin embargo, Paraguay presenta niveles relativamente bajos de inversión educativa en comparación con otros países de la región, lo que limita su capacidad para enfrentar los efectos del envejecimiento. Esta situación dificulta la adaptación a las nuevas exigencias del mercado laboral y restringe las posibilidades de crecimiento económico sostenido.

c) Aumento en las necesidades de financiar políticas públicas para la población mayor

El envejecimiento poblacional genera un incremento sostenido en la demanda de servicios dirigidos a la población adulta mayor, particularmente en salud, pensiones y cuidados (OCDE, 2026). Este fenómeno modifica la estructura de la demanda agregada y aumenta la presión sobre el gasto público (CEPAL, 2025b).

El sistema previsional paraguayo, caracterizado por su fragmentación, baja cobertura y predominancia de esquemas de reparto, enfrenta importantes desafíos de sostenibilidad. La reducción en la proporción de aportantes activos respecto a los beneficiarios intensificará la presión fiscal (Persino & Ter-Minassian, 2021), por lo que el Estado se ve obligado a expandir los programas de transferencias monetarias no contributivas para contener la incidencia de la pobreza en la vejez.

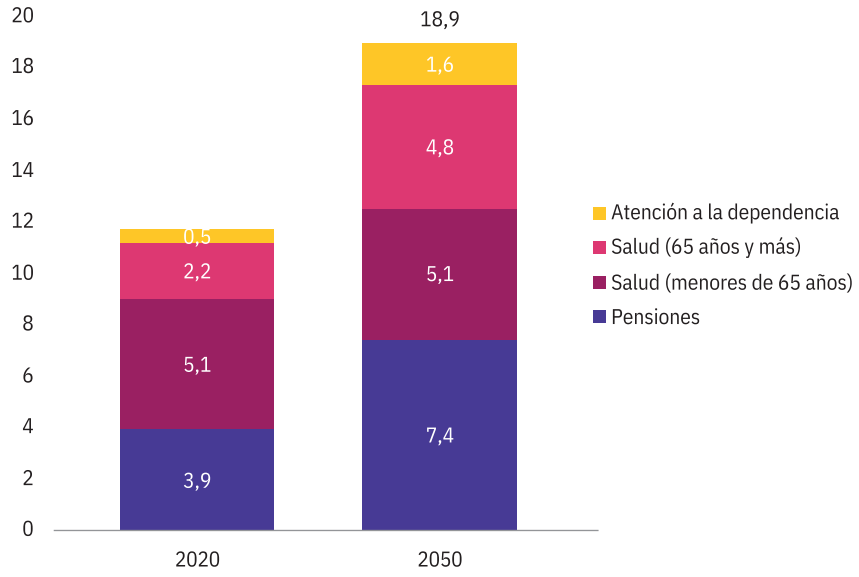
Por otro lado, el envejecimiento conlleva una transición epidemiológica, caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, la diabetes y las demencias, lo que incrementa la demanda de servicios médicos especializados (CEPAL, 2025b). Estas patologías requieren tratamientos prolongados, costosos y de alta complejidad. El sistema de salud paraguayo, con un alto nivel de gasto de bolsillo y elevada informalidad laboral, podría ver deteriorada su capacidad de respuesta, profundizando

Asimismo, la reducción del tamaño de los hogares y los cambios en las estructuras familiares debilitan tradicionales de provisión de cuidados basadas en el trabajo no remunerado, principalmente de las mujeres. Esto genera una creciente demanda de sistemas formales de cuidado (CEPAL, 2022), dando lugar a una posible "crisis de cuidados" que deberá ser abordada mediante políticas públicas específicas como la creación de un sistema de cuidados.

Las proyecciones indican que el gasto asociado al bienestar de las personas mayores aumentará considerablemente en las próximas décadas, impulsado principalmente por la salud y la atención a la dependencia (OCDE, 2026) envejecimiento de la población presiona a reestructurar los sistemas de salud, previsión y protección social para atender dentro de unos años las demandas de una población más longeva (Bloomberg Línea, 2025).

Gráfico 21

Gasto público y privado en pensiones, salud y atención a la dependencia, 2020 (estimación) y 2050 (proyección) (en porcentajes del PIB), América Latina y el Caribe (16 países)



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL, sobre la base de Aranco, N. et al. (2022), Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores (BID).

d) Aumento de la deuda pública

Según Mason y Lee (2022), el envejecimiento demográfico modifica la forma en que las economías financian el consumo durante la vejez, al alterar el equilibrio entre las transferencias públicas y la acumulación de activos privados. A medida que aumenta la proporción de personas adultas

mayores, se incrementa la demanda de gasto público en pensiones, salud y cuidados de largo plazo, ejerciendo una presión creciente sobre las finanzas públicas. Cuando este aumento del gasto no es acompañado por mayores ingresos fiscales o reformas en los sistemas de protección social, los déficits fiscales tienden a ampliarse y, con ello, aumenta la deuda pública (Mason y Lee, 2022).

Al mismo tiempo, el envejecimiento incentiva una mayor acumulación de activos financieros durante la vida laboral, ya que los hogares incrementan el ahorro para sostener el consumo en la etapa de retiro. Este proceso favorece la profundización de los mercados de capital y amplía la disponibilidad de recursos para financiar la inversión y, en parte, el propio endeudamiento público. Sin embargo, la magnitud de estos efectos depende de la forma en que cada sociedad financia el consumo en la vejez, del peso relativo de las transferencias públicas frente al ahorro privado y de la capacidad de las políticas económicas para mantener la sostenibilidad fiscal en un contexto de creciente envejecimiento poblacional.

Paraguay transita un proceso sostenido de envejecimiento poblacional que se intensificará en las próximas décadas. Este fenómeno tendrá efectos estructurales sobre la economía, particularmente por la desaceleración del crecimiento de la fuerza laboral y el progresivo agotamiento del bono demográfico.

Los resultados muestran que el envejecimiento incrementará la presión sobre la población en edad de trabajar, afectando la sostenibilidad del consumo, el ahorro y el bienestar intergeneracional. A su vez, se proyecta un aumento significativo del gasto en salud, jubilaciones, pensiones y cuidados, lo que plantea desafíos relevantes para la sostenibilidad fiscal, especialmente en un contexto de baja cobertura y fragmentación del sistema de protección social.

Asimismo, la transición epidemiológica y los cambios en las estructuras familiares intensificarán la demanda de servicios de salud y sistemas formales de cuidado, evidenciando limitaciones institucionales actuales. Estas dinámicas se ven profundizadas por desigualdades preexistentes, particularmente de género.

El envejecimiento poblacional en Paraguay constituye un desafío estructural con implicancias económicas de largo plazo, cuya gestión requiere políticas públicas integrales orientadas a mejorar la productividad, fortalecer la protección social y garantizar la sostenibilidad fiscal y la equidad intergeneracional.

En este sentido, la actual etapa del bono demográfico representa una ventana de oportunidad que debe ser aprovechada de manera estratégica para anticipar los efectos del envejecimiento. La implementación oportuna de políticas orientadas al fortalecimiento del capital humano, la formalización del empleo y la ampliación de la cobertura de los sistemas de protección social permitirá reducir las presiones futuras y mejorar las condiciones de bienestar a lo largo del ciclo de vida.

Finalmente, resulta fundamental avanzar hacia un enfoque integral de políticas públicas que articule las dimensiones económicas, sociales y demográficas del envejecimiento. Esto implica no solo responder a las demandas emergentes de salud, pensiones y cuidados, sino también promover entornos inclusivos, equitativos y sostenibles que permitan a las personas envejecer con dignidad, participación activa y pleno ejercicio de sus derechos.

4. Las políticas dirigidas a las personas mayores

El acelerado proceso de transición demográfica en América Latina representa un logro civilizatorio que, simultáneamente, impone desafíos estructurales de primer orden a los sistemas de protección social. En un contexto regional caracterizado por la alta informalidad laboral, la desigualdad socioeconómica y la feminización de los cuidados, la longevidad exige políticas públicas integrales orientadas a garantizar la dignidad, la autonomía y el bienestar de las personas mayores. El presente documento examina este escenario a partir de un abordaje multidimensional que articula la seguridad económica mediante pensiones no contributivas, la reestructuración de la atención en salud con enfoque geriátrico, los sistemas de cuidados de largo plazo, las soluciones habitacionales adaptadas, la inclusión social y los mecanismos de sostenibilidad fiscal.

Para ello, la investigación se estructura formalmente en dos apartados principales. El primer apartado presenta ejemplos de medidas implementadas en el ámbito regional, especialmente en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, México, Colombia, Uruguay y Costa Rica, así como en la experiencia pionera de la República de Corea con su seguro obligatorio de atención a largo plazo.

El segundo apartado presenta algunas experiencias nacionales señalando la urgencia de estructurar un sistema nacional de cuidados. En esta sección se examinan tres modalidades representativas de atención residencial de estadía permanente que reflejan la heterogeneidad institucional del país: la previsión social contributiva (CREAM del IPS), el modelo cooperativo y comunitario (Hogar Abendfrieden de la Asociación Fernheim) y los centros públicos gestionados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

4.1. Experiencias internacionales

El incremento de la longevidad representa, en términos abstractos, un logro civilizatorio: la humanidad vive más y con mayor calidad de vida promedio. Sin embargo, cuando este fenómeno se produce en contextos de alta desigualdad económica, mercados laborales informales, brechas de género profundas y sistemas de seguridad social fragmentados —como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos—, las personas mayores se convierten en uno de los grupos poblacionales más vulnerables. Cerca del 50% de los personas mayores en la región no dispone de los recursos suficientes para financiar sus necesidades básicas diarias (OEA-OPS-CEPAL, 2015), lo cual revela que el problema no es solo demográfico, sino fundamentalmente distributivo y estructural.

Ante este escenario, los Estados latinoamericanos han venido desarrollando, con mayor o menor intensidad, un conjunto de políticas públicas orientadas a garantizar el bienestar de las personas mayores. Estas políticas abarcan desde transferencias económicas directas hasta sistemas de salud especializados, marcos normativos de protección de derechos, programas de cuidados, soluciones habitacionales y mecanismos de inclusión social. Sin embargo, persisten enormes disparidades entre los países de la región y dentro de ellos, condicionadas por el nivel de desarrollo económico, la fortaleza institucional y las prioridades políticas de cada gobierno.

El análisis se estructura en torno a seis grandes ejes temáticos: seguridad económica mediante pensiones, atención en salud, cuidados de largo plazo, políticas habitacionales, marcos normativos e institucionales, e inclusión social y participación.

La metodología utilizada es la de revisión documental de fuentes primarias y secundarias, incluyendo publicaciones de la CEPAL, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), así como legislación nacional y estudios académicos especializados en gerontología social y política comparada.

Para comprender la magnitud del reto que enfrenta la región, es necesario situar el proceso de envejecimiento en su contexto demográfico y socioeconómico. La pirámide poblacional latinoamericana ha experimentado un cambio estructural profundo: ha perdido su forma triangular clásica —caracterizada por una base amplia de jóvenes y una cúspide estrecha de personas mayores— y ha comenzado a adquirir la forma de campana o cilindro que caracteriza a las sociedades más envejecidas (CEPAL, 2022). Este cambio refleja la combinación de una reducción sostenida de las tasas de fecundidad, una disminución de la mortalidad infantil y un aumento de la esperanza de vida al nacer.

Sin embargo, este proceso no se produce de manera homogénea en toda la región. Países como Uruguay, Argentina y Cuba presentan estructuras demográficas más envejecidas, mientras que otros como Honduras, Guatemala o Bolivia muestran poblaciones relativamente más jóvenes. A su vez, dentro de cada país existen marcadas diferencias entre zonas urbanas y rurales, entre hombres y mujeres —las mujeres viven en promedio más años, pero en peores condiciones económicas—, y entre grupos étnicos y socioeconómicos (CEPAL, 2022; Aranco et al., 2022).

La velocidad de este envejecimiento plantea un desafío particular: los países de la región tendrán que construir en pocas décadas sistemas de protección social que los países de la OCDE tardaron más de medio siglo en consolidar. Esto exige una acción decidida, coordinada y sostenida por parte de los gobiernos, en estrecha colaboración con organismos internacionales, sociedad civil y sector privado.

4.1.1 La seguridad económica

La seguridad económica en la vejez es la dimensión más desarrollada de las políticas públicas para personas mayores en América Latina. El instrumento central en este campo son las pensiones no contributivas (PNC), transferencias monetarias periódicas dirigidas a personas mayores que no tienen acceso a una pensión contributiva por no haber cotizado al sistema de seguridad social durante su vida activa, o por no haber cumplido los requisitos mínimos de cotización. En un continente donde el empleo informal oscila entre el 50% y el 80% de la fuerza laboral en muchos países, las PNC resultan fundamentales para garantizar ingresos básicos a millones de personas mayores (CEPAL, 2020).

El Banco Mundial y la CEPAL estiman que, entre 2000 y 2020, la cobertura conjunta de pensiones contributivas y no contributivas entre las personas mayores se incrementó casi 10 puntos porcentuales en América Latina, gracias principalmente a la expansión de las PNC (AISS, 2021).

Los montos de estas prestaciones son en muchos casos modestos —especialmente en comparación con el costo de vida—, lo que limita su capacidad para eliminar la pobreza monetaria en la vejez de forma definitiva. Estos montos tampoco permiten financiar desde los hogares servi-

cios de cuidados, adaptación de la infraestructura de sus viviendas, movilidad hacia los servicios de cuidados, entre otros gastos vinculados al derecho a recibir cuidados.

Argentina ofrece dos modalidades principales de protección económica para personas mayores. La primera es el sistema jubilatorio contributivo administrado por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). La segunda, dirigida a quienes no tienen acceso al sistema contributivo, es la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM), introducida en 2016. La PUAM cubre a personas de 65 años o más que no perciban ninguna otra pensión, incluidos ciudadanos naturalizados con al menos 10 años de residencia en el país, y ciudadanos extranjeros con 20 años de residencia (AISS, 2021).

Bolivia implementa la Renta Dignidad, una pensión no contributiva universal dirigida a todos los ciudadanos bolivianos mayores de 60 años que no perciben otra pensión del sistema de seguridad social de largo plazo. Su carácter universal —sin focalización en la pobreza— la distingue de la mayoría de los programas de la región. Su financiamiento proviene los recursos provienen del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), lo que da a este programa una base fiscal propia vinculada a los ingresos de los recursos naturales del país (Banco Mundial, 2013). La Renta Dignidad ha sido reconocida internacionalmente como un modelo de cobertura universal que ha contribuido significativamente a reducir la pobreza en la vejez.

Brasil cuenta con dos programas complementarios de gran escala. El Benefício de Prestação Continuada (BPC) garantiza un salario mínimo mensual a personas mayores de 65 años cuyos ingresos per cápita familiares sean inferiores a un cuarto del salario mínimo. Su administración está a cargo del Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) y su financiamiento proviene del Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS), financiado por rentas generales. Por otro lado, el sistema de Previdência Rural extendió la cobertura del sistema contributivo a los trabajadores rurales, reconociendo periodos de trabajo no formalmente registrados mediante el sistema de "comprobación de actividad rural". Este programa incorporó a millones de trabajadores agrícolas al sistema previsional brasileño, pasando de aproximadamente 1 millón de beneficiarios en 2007 a casi 5 millones en 2013 (AISS, 2021; Banco Mundial, 2013).

México implementó en 2019 la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, que sustituyó y amplió el anterior programa "70 y más". Esta pensión es de carácter universal para personas mayores de 65 años que no reciben otra pensión del sistema contributivo. El programa se financia íntegramente con rentas generales. Este programa ha aumentado considerablemente su cobertura, convirtiéndose en uno de los programas de transferencias directas más grandes del hemisferio en términos de número de beneficiarios (CEPAL, 2024; AISS, 2021).

Chile reformó su sistema de pensiones en 2022 mediante la introducción de la Pensión Garantizada Universal (PGU), que reemplazó a la Pensión Básica Solidaria y al Aporte Previsional Solidario. La PGU está dirigida a todas las personas mayores de 65 años que pertenezcan al 90% de menores ingresos de la población, sin importar si han cotizado o no al sistema de pensiones. Su financiamiento proviene del Fondo de Reserva de Pensiones y rentas generales. La PGU representó un avance significativo respecto al sistema anterior de capitalización individual administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) (CEPAL, 2022).

Colombia implementa el programa Colombia Mayor, anteriormente conocido como Programa de Protección Social al Adulto Mayor. Este programa otorga un subsidio económico a personas mayores de 60 años en condición de indigencia o pobreza extrema que no perciben pensión alguna ni tienen ingresos suficientes para subsistir. La focalización se realiza mediante el Sistema

de Identificación de Potenciales Beneficiarios (SISBÉN). El financiamiento proviene del Fondo de Solidaridad Pensional, administrado por Colpensiones, que recibe aportes de trabajadores con salarios superiores a cuatro salarios mínimos y de recursos generales del presupuesto público (Banco Mundial, 2013; CEPAL, 2022).

En Ecuador opera el Bono de Desarrollo Humano para personas mayores en situación de pobreza, financiado con recursos fiscales y fondos de cooperación internacional.

Uruguay cuenta con pensiones no contributivas para personas mayores de 70 años sin ingresos suficientes, administradas por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiadas por el Estado.

Costa Rica tiene el Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y financiado por rentas generales y contribuciones de trabajadores con mayores ingresos.

El Salvador, Paraguay y Perú también cuentan con programas de pensiones no contributivas focalizadas en los más pobres (Oliveri, 2014; CEPAL, 2022). Paraguay recientemente modificó su norma para universalizar con algunas restricciones.

Las pensiones no contributivas (PNC) dirigidas a personas mayores emergieron en América Latina como un pilar de la protección social en una región marcada por elevados niveles de informalidad laboral y baja cobertura de los sistemas basados en el empleo.

Las PNC actúan tradicionalmente como el Pilar 0 o pilar solidario dentro de la arquitectura de pisos de protección social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En la mayoría de los países como por ejemplo Paraguay con la Pensión Alimentaria o Perú con Pensión 65), la pensión no contributiva y la jubilación contributiva opera como compartimentos estancos. Generalmente, la norma exige una estricta incompatibilidad: si el adulto mayor recibe algún haber del sistema de seguridad social contributivo (por pequeño que sea), queda descalificado de la pensión no contributiva, fragmentando la cobertura y castigando densidades de cotización bajas e intermitentes.

En pocos países de la región se articulan con el subsistema contributivo ya que son complementarios a este reduciendo de manera progresiva el subsidio estatal a medida que aumenta la pensión contributiva personal. Esto evita el "desincentivo a cotizar" (riesgo de sustitución del ahorro formal por asistencia pública).

Las estrategias de focalización han variado entre el modelo asistencial de prueba de medios o recursos y la consagración del derecho ciudadano. Algunos están focalizados en pobreza como Perú o Colombia que utilizan instrumentos de focalización socioeconómica. Estos modelos logran alta eficiencia distributiva ante restricciones presupuestarias, pero enfrentan errores de inclusión/exclusión y altos costos administrativos.

Países como Bolivia, México y Uruguay optaron por esquemas de cobertura amplia. Su premisa sostiene que la pensión no contributiva debe ser un derecho ciudadano universal.

Varios sistemas en la región integran la discapacidad como criterio de elegibilidad, otorgando la prestación a personas mayores o con discapacidad severa si el ingreso familiar es inferior a algún monto establecido.

La suficiencia de las PNC es su mayor debilidad estructural. En la mayoría de los países, la PNC representa un porcentaje bastante menor al salario mínimo legal y por debajo de la línea

de pobreza individual urbana. En contraste, las pensiones contributivas suelen tener un monto mayor, inclusive estableciéndose como piso mínimo el salario mínimo legal. Mientras que el sistema contributivo busca mantener el nivel de vida previo a la jubilación (tasa de reemplazo), la PNC está orientada a la mitigación de la pobreza en la vejez, especialmente la extrema.

Un sistema de protección social integral no debe limitarse a la transferencia de ingresos; requiere articularse con servicios sociales básicos. En países con sistemas integrados como Brasil o Argentina, la adscripción a la PNC activa la cobertura en redes públicas de salud. En contraste, en sistemas no articulados, cobrar la PNC no garantiza la gratuidad o el acceso prioritario a medicamentos, geriatría o cirugías de alta complejidad.

La articulación con los sistemas nacionales de cuidados está en fase emergente. En modelos maduros como Costa Rica y Uruguay, las PNC abren la puerta a servicios de teleasistencia, centros de día y subsidios para cuidadores domiciliarios. La falta de este vínculo incrementa la vulnerabilidad de la vejez dependiente.

El diseño y la implementación de las pensiones no contributivas en América Latina incorporan en algún sentido pero aún insuficiente el enfoque de género. Este enfoque es indispensable para mitigar la desprotección estructural que sufren las mujeres en la vejez. Debido a las brechas históricas en la participación laboral formal, la brecha salarial y la asignación desproporcionada del trabajo de cuidado no remunerado, las mujeres registran tasas de cotización menores que los hombres en los sistemas contributivos. En este escenario, las prestaciones no contributivas se convierten en su principal —y a menudo única— fuente de ingreso propio y autonomía económica en la etapa mayor.

Sin embargo, la inclusión del enfoque de género en estos programas presenta claroscuros. Por un lado, la adopción de criterios de universalidad o cuasi universalidad beneficia de forma mayoritaria a las mujeres, reduciendo la penalización por años dedicados al hogar o al empleo informal. Asimismo, la fijación de edades de acceso diferenciadas o la priorización en la titularidad del cobro han permitido amortiguar la pobreza femenina. Por otro lado, la persistente insuficiencia de los montos económicos reproduce la vulnerabilidad, ya que la pensión no contributiva rara vez alcanza para cubrir las necesidades básicas de subsistencia de forma independiente.

A esto se suma la débil articulación con los sistemas de cuidados. Al no existir redes públicas sólidas que asuman la atención de la dependencia en la vejez, recae nuevamente sobre las mujeres mayores el rol de cuidadoras de otros familiares, o bien se ven obligadas a destinar su modesto ingreso a suplir la falta de servicios estatales. Para consolidar un piso de protección social con verdadera equidad de género, resulta clave integrar las pensiones no contributivas con la política de cuidados y el reconocimiento económico del trabajo no remunerado (Arenas y Robles, 2024; OIT, 2021).

4.1.2. Políticas de salud y atención geriátrica

Si bien la atención a la salud no es una política de cuidados, la prevención y la atención temprana de enfermedades así como el buen funcionamiento del sistema de salud reduce la carga de trabajo no remunerada, por lo que la política de salud se convierte

La atención de la salud de las personas mayores en América Latina enfrenta una doble transición epidemiológica: el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles —como la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer— convive con

rezagos en el control de enfermedades infecciosas. Esta doble carga requiere sistemas de salud con fuerte componente de atención primaria, capacidad de gestión de cronicidad y equipos multidisciplinarios especializados en geriatría y gerontología.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado, a través de su Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores (2009), un enfoque de envejecimiento activo y saludable que va más allá de la mera asistencia médica para incorporar dimensiones de promoción de la salud, participación social y bienestar integral. Este plan fue actualizado en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020 (OPS, 2023).

América Latina tiene diferentes modelos de salud. Brasil cuenta con el Sistema Único de Saúde (SUS), que garantiza atención de salud universal y gratuita a toda la población, incluidas las personas mayores. El SUS opera a través de equipos de salud de la familia y centros de salud de atención primaria, y tiene líneas de cuidado específicas para las personas mayores, incluida la atención de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. El financiamiento es tripartito: federal, estadual y municipal (Aranco et al., 2022).

Chile ha desarrollado el Programa de Salud del Adulto Mayor en el marco del sistema público de salud, con énfasis en la evaluación funcional integral de los pacientes mayores. Se utiliza el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) para identificar el estado de salud y funcionalidad de los beneficiarios del sistema público. Las personas clasificadas en riesgo de dependencia son derivadas a programas de mantenimiento funcional. El financiamiento proviene del Fondo Nacional de Salud (FONASA) (SENAMA, 2019).

Colombia, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), garantiza la afiliación y atención de las personas mayores, quienes deben estar inscritas en el régimen contributivo o subsidiado según su nivel socioeconómico. Las personas mayores en situación de pobreza acceden al régimen subsidiado, financiado por el Gobierno nacional, los departamentos y municipios mediante recursos del Sistema General de Participaciones (Tamayo Giraldo et al., citado en Parodi et al., 2021).

Costa Rica presenta uno de los mejores indicadores de salud de la región. La CCSS ofrece cobertura de salud casi universal, con una red de hospitales, clínicas y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) distribuidos a lo largo del territorio nacional. Las personas mayores tienen acceso gratuito o subsidiado a atención médica, medicamentos y servicios de rehabilitación. El financiamiento de la CCSS se basa en las contribuciones tripartitas de empleados, empleadores y Estado (CONAPAM, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS articulan sus acciones en la región en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en agosto de 2020. Esta estrategia se centra en cuatro áreas de acción: cambiar la manera en que pensamos, sentimos y actuamos con respecto a la edad y el envejecimiento; garantizar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; prestar atención integrada y centrada en las personas mayores; y proporcionar cuidados de larga duración para quienes los necesiten (OPS-OMS, 2021). La Década proporciona un marco para coordinar las acciones de los gobiernos latinoamericanos con los compromisos globales en materia de envejecimiento saludable.

4.1.3. Sistemas de cuidados de largo plazo

Los cuidados de largo plazo (CLP) constituyen uno de los mayores desafíos de política pública que enfrentan los países latinoamericanos en materia de envejecimiento. Se entiende por cuidados de largo plazo el conjunto de actividades —realizadas tanto por cuidadores informales (familiares, amigos, vecinos) como por profesionales— orientadas a apoyar a personas que, por su estado de salud o limitación funcional, no son capaces de realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse o bañarse (OMS, 2002).

La CEPAL estima que en América Latina y el Caribe hay alrededor de 8 millones de personas mayores que requieren asistencia para estas actividades básicas, cifra que podría triplicarse hacia 2050 (CEPAL, 2022; CEPAL, 2025). Más del 12% de las personas mayores de 60 años y casi el 27% de las mayores de 80 años dependen de los CLP (OPS-PAHO, 2021). La pandemia de COVID-19 puso en evidencia de manera cruda las brechas existentes en los sistemas de cuidado de la región ya que los residentes de instituciones de larga estadía representaron una proporción desproporcionadamente alta de las muertes en varios países.

Un rasgo problemático de los sistemas de cuidado en la región es la feminización de los cuidados: son las mujeres —esposas, hijas, nueras— quienes asumen de manera predominante la carga del cuidado de los mayores dependientes, generalmente de manera no remunerada e invisible. Esto perpetúa desigualdades de género, limita la participación laboral femenina y genera situaciones de sobrecarga física y emocional en las cuidadoras (BID, 2021).

Chile ha avanzado más que otros países latinoamericanos en la construcción de un sistema de CLP. A través del SENAMA, opera los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), que brindan atención residencial a personas mayores con dependencia severa en situación de vulnerabilidad. Estos establecimientos deben contar con una modalidad de atención diurna adicional para mayores no residentes. Además, el Programa Centros Comunitarios de Salud Familiar y el Programa de Cuidados Domiciliarios contemplan apoyo para personas mayores con dependencia funcional moderada que viven en sus hogares. El financiamiento proviene principalmente del presupuesto de SENAMA y del Ministerio de Salud (SENAMA, 2019; OPS-PAHO, 2021).

Uruguay ha dado pasos relevantes hacia un sistema nacional de cuidados. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), creado en 2015 mediante la Ley 19.353, representa el avance más sistemático en la región en materia de política de cuidados. El SNIC busca brindar servicios de cuidado a cuatro poblaciones: personas en situación de dependencia severa, primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores dependientes. Para las personas mayores, el sistema ofrece servicios domiciliarios de asistentes personales, centros de día y residencias. Su financiamiento proviene del Presupuesto Nacional y de una contribución específica de trabajadores y empleadores (CEPAL, 2022).

Costa Rica ha desarrollado la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores a través del CONAPAM. Esta red articula servicios de diferentes tipos según el grado de dependencia: centros de día, hogares comunitarios, establecimientos de hospedaje y cuidado. La gestión es compartida entre el Estado, los municipios y organizaciones de la sociedad civil, con financiamiento del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), que recibe aportes de trabajadores y empleadores (CONAPAM, 2020).

Argentina cuenta con los hogares y residencias para personas mayores, que son establecimientos de cuidado y alojamiento gestionados por el Estado, las obras sociales o el sector priva-

do. La regulación es principalmente provincial. Existen además programas de cuidadores domiciliarios implementados por el Ministerio de Salud y el PAMI (Programa de Atención Médica Integral), que ofrece servicios de cuidadores a domicilio para afiliados mayores. El PAMI es financiado mediante aportes patronales y de los propios jubilados sobre sus haberes, y es una de las obras sociales más grandes de América Latina (Aranco et al., 2022).

Brasil, a través de la Política Nacional do Idoso y el Estatuto do Idoso, contempla una red de protección a las personas mayores con dependencia. Sin embargo, el desarrollo de un sistema formal de CLP sigue siendo incipiente. Los datos disponibles sugieren que entre el 7% y el 12% de los días de hospitalización de las personas mayores en Brasil se deben a la falta de rehabilitación, atención social y CLP adecuados tras el alta hospitalaria (BID, 2021). El programa Bolsa Família y sus sucesores han incluido componentes de apoyo a cuidadores, pero aún no existe un sistema integrado y universal de CLP.

4.1.4. Políticas habitacionales

La vivienda constituye un derecho fundamental reconocido por la Convención Interamericana de 2015, y su acceso en condiciones de accesibilidad, seguridad y calidad resulta determinante para el bienestar de las personas mayores. Las personas mayores presentan necesidades habitacionales específicas relacionadas con la accesibilidad arquitectónica (eliminación de barreras físicas), la proximidad a servicios de salud y transporte, la seguridad del entorno y la posibilidad de mantener vínculos comunitarios.

Chile cuenta con los Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT), administrados por el SENAMA en convenio con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU). Estos conjuntos habitacionales están diseñados específicamente para personas mayores autovalentes de 60 años o más que se encuentren en situación de vulnerabilidad económica (pertenecientes al 60% de menores ingresos del Registro Social de Hogares). Las viviendas incorporan elementos de accesibilidad básica —rampas, barras de agarre, pisos antideslizantes, ensanche de puertas— y los residentes reciben apoyo psicosocial y comunitario para promover su autonomía e integración. El financiamiento proviene del Fondo Solidario del MINVU y del presupuesto de SENAMA (ChileAtiende, 2026).

Uruguay dispone del Programa de Soluciones Habitacionales del BPS, que ofrece tres tipos de soluciones a los jubilados y pensionistas con ingresos inferiores a 12 Unidades Reajustables: vivienda (unidades habitacionales en propiedad del BPS asignadas mediante baremo social), cupos cama en hogares de personas mayores para personas con dependencia, y subsidios de alquiler. El programa tiene cobertura nacional y es administrado por el BPS, con financiamiento proveniente de los recursos del sistema de seguridad social uruguayo (BPS, 2023).

Costa Rica establece, mediante la Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, el derecho de las personas adultas mayores a recibir un bono y medio para solucionar su problema de vivienda. El Banco Hipotecario de la Vivienda (BANHVI) administra este programa, que está dirigido a personas mayores de 65 años o más sin núcleo familiar, con capacidad física y mental para habitar solos. El financiamiento proviene del Fondo de Subsidios para Vivienda (FOSUVI), administrado por el BANHVI con aportes del Estado, contribuciones de trabajadores y empleadores, y recursos de cooperación internacional (BANHVI, 2026).

Argentina, Colombia y México han desarrollado también programas de mejoramiento habitacional y accesibilidad para personas mayores, generalmente en el marco de programas de

vivienda social más amplios, con subsidios parciales y criterios de prioridad para personas mayores en situación de vulnerabilidad.

4.1.5. Inclusión social y digital, participación y protección contra la discriminación

El concepto de envejecimiento activo, desarrollado por la OMS, postula que el bienestar de las personas mayores no depende únicamente del acceso a pensiones y servicios de salud, sino también de su participación activa en la vida social, económica, cultural y política de sus comunidades. Desde esta perspectiva, las políticas públicas deben crear condiciones para que las personas mayores sigan siendo agentes productivos y partícipes en la toma de decisiones.

Varios países latinoamericanos han desarrollado programas de centros de día, clubes del adulto mayor y universidades de la tercera edad que fomentan la participación, la socialización y el aprendizaje continuo. Chile cuenta con los Centros de Atención Integral al Adulto Mayor, Brasil con los Centros de Convivência do Idoso, México con los Clubes INAPAM, y Argentina con los Centros de Jubilados y Pensionados, estos últimos co-financiados entre el Estado y las propias organizaciones de mayores (CEPAL, 2022).

El rápido avance de la digitalización de servicios públicos y privados plantea el riesgo de una nueva brecha de exclusión para las personas mayores que no tienen acceso o competencias digitales. Algunos países han comenzado a desarrollar políticas específicas de alfabetización digital para personas mayores. Muchos de estos programas se desarrollan en el contexto de centros de día o comunitarios, cercanos a las personas mayores.

Chile implementa el Programa Servicios de Información y Conectividad a través de los Centros de Atención a Personas Mayores, y México ofrece cursos de computación en los Centros de Atención del INAPAM. La OPS y la CEPAL han señalado que la inclusión digital de las personas mayores es una dimensión emergente e ineludible de las políticas de envejecimiento activo (OPS-OMS, 2021).

La Convención Interamericana de 2015 prohíbe expresamente el maltrato, la negligencia, el abandono y la discriminación por edad en la vejez. En respuesta a estos mandatos normativos, varios países han adoptado legislación específica. Argentina incorporó la Convención a su derecho interno mediante la Ley 27.360 y ha desarrollado protocolos de atención a víctimas de maltrato en la vejez. México cuenta con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), que tipifica el maltrato como violación de derechos y establece mecanismos de denuncia y protección. Brasil dispone del Estatuto do Idoso (Ley 10.741/2003), que tipifica como delito el abandono y el maltrato a personas mayores, y Colombia ha incluido el maltrato al adulto mayor en su Código Penal (Huenchuan, 2016; OEA, 2015).

4.1.6. Transporte y accesibilidad

El acceso a transporte público asequible y accesible es reconocido como determinante de la calidad de vida de las personas mayores. Costa Rica ha establecido la gratuidad del servicio de buses para sus personas mayores, subsidiada por el Estado mediante compensaciones a las empresas de transporte. Chile cuenta con el Pase de Adulto Mayor, que otorga descuentos significativos en el transporte público. Argentina dispone del Boleto Gratuito para Jubilados y Pensionados del PAMI, que cubre el transporte público urbano. Brasil tiene legislación federal que

exige gratuidad o tarifas preferenciales en el transporte urbano para mayores de 65 años. Estas políticas son financiadas generalmente mediante subsidios cruzados entre usuarios tarifados y el Estado, o directamente con fondos del presupuesto público (La Nación, 2021; CEPAL, 2022).

El análisis de las fuentes de financiamiento de las políticas para personas mayores en América Latina revela una diversidad considerable de modelos, que puede sistematizarse en las siguientes categorías principales:

En primer lugar, el modelo predominante en los programas de pensiones no contributivas focalizadas (como Colombia Mayor, la Pensión para el Bienestar en México y el BPC de Brasil) es mediante rentas generales del Estado, que también financian gran parte de los servicios públicos de salud y los programas habitacionales. Su principal ventaja es la universalidad potencial y su principal desafío, la sostenibilidad fiscal ante el aumento del volumen de personas mayores.

En segundo lugar, el financiamiento mediante impuestos específicos. El caso más destacado es Bolivia, donde la Renta Dignidad se financia con el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH). Este modelo tiene la ventaja de crear una fuente dedicada y relativamente estable, pero su sostenibilidad depende de la evolución del sector extractivo.

En tercer lugar, el financiamiento contributivo tripartito. Es el modelo de los sistemas de seguridad social tradicionales, en los que trabajadores, empleadores y Estado comparten el costo. Es la base de los sistemas de salud de Costa Rica (CCSS) y Uruguay (BPS), así como de sistemas de pensiones contributivas en toda la región. Su principal limitación en América Latina es la alta informalidad laboral, que excluye a millones de trabajadores del sistema.

En cuarto lugar, el financiamiento mixto. Varios programas combinan recursos fiscales con contribuciones de los beneficiarios, copagos, transferencias intergubernamentales y aportes de la cooperación internacional. Es el caso de programas de cuidados como el SNIC de Uruguay y la red del CONAPAM en Costa Rica.

En quinto lugar, el financiamiento con cooperación internacional: aunque decreciente en importancia relativa, el BID, el Banco Mundial, la OPS y la CEPAL han financiado proyectos piloto, asistencia técnica y evaluaciones en materia de políticas de envejecimiento en los países de menor desarrollo relativo de la región.

Un consenso emergente entre los expertos y organismos internacionales apunta a la necesidad de diversificar las fuentes de financiamiento y crear fondos específicos de largo plazo para el cuidado y la protección de las personas mayores, separados del presupuesto ordinario, a fin de garantizar la sostenibilidad de las políticas más allá de los ciclos electorales (CEPAL, 2022; BID, 2021).

La región ha expandido considerablemente la cobertura de ingresos en la vejez mediante las pensiones no contributivas y ha comenzado a desarrollar sistemas de cuidados de largo plazo en países con mayor capacidad fiscal. Sin embargo, persisten brechas estructurales que merecen atención crítica.

En primer lugar, los montos de las pensiones no contributivas son en muchos casos insuficientes para garantizar condiciones de vida dignas. En segundo lugar, los sistemas de cuidados de largo plazo son aún incipientes en la mayoría de la región, con la excepción parcial de Uruguay, Chile y Costa Rica. En tercer lugar, la desigualdad de género constituye una dimensión transversal y frecuentemente subestimada: las mujeres mayores enfrentan una doble vulnerabilidad, porque tienen trayectorias laborales más discontinuas y peores pensiones, y porque

asumen de manera desproporcionada la carga del cuidado de otras personas dependientes. Las políticas deben ser explícitamente sensibles al género para revertir estas brechas estructurales (BID, 2021; CEPAL, 2022).

En cuarto lugar, las poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes enfrentan barreras adicionales de acceso a las políticas públicas, tanto por razones geográficas como socioculturales. La interseccionalidad de la vejez con otras condiciones de vulnerabilidad requiere políticas diferenciadas y pertinentes culturalmente. En quinto lugar, la sostenibilidad fiscal de las políticas de envejecimiento será uno de los principales desafíos de las próximas décadas. La presión sobre los sistemas de pensiones, salud y cuidados aumentará exponencialmente a medida que la proporción de personas mayores crezca, lo que exigirá reformas estructurales y la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento.

4.2. Experiencias internacionales

Paraguay tiene la oportunidad de aprender de las experiencias de implementación de sistemas de cuidados en los países que se encuentran más avanzados en su transición demográfica y, por ende, con mayores niveles de envejecimiento. Con miras a la adopción de un modelo acorde con la realidad nacional se describen, a continuación, las principales características, buenas prácticas y recomendaciones de cada caso estudiado.

Cabe destacar que se pondrá énfasis en los sistemas de cuidados diseñados e implementados. Entre los países latinoamericanos que disponen de sistemas de cuidados como política pública se destacan Uruguay como pionero, seguido por Costa Rica. Ambos fueron seleccionados para realizar un estudio de caso. El primero, por ser el país pionero en la región con un sistema de cuidados desarrollado, basado en un modelo solidario y corresponsable, con servicios de asistencia, centros de día y formación para cuidadores. En el caso de Costa Rica, por contar con una Política Nacional de Cuidados (2026-2031) y Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA), con servicios de asistencia domiciliaria, residencial, centros de día y transferencias monetarias, junto con programas de formación para cuidadores (Tabla 1).

Tabla 2: Comparación de sistemas de cuidado en América Latina.

País	Año de creación / inicio	Servicios principales	Población beneficiaria	Principales avances	Desafíos actuales
Uruguay	2015 – Sistema Nacional Integrado de Cuidados	Atención a infancia, personas con discapacidad y personas mayores; servicios domiciliarios; formación de cuidadores; subsidios	Personas dependientes y sus familias	Primer sistema integral en la región; reconoce el cuidado como derecho y responsabilidad social	Financiamiento sostenible; ampliar cobertura; consolidar formación profesional

País	Año de creación / inicio	Servicios principales	Población beneficiaria	Principales avances	Desafíos actuales
Costa Rica	Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (ampliada hacia mayores)	Centros diurnos; articulación con sistema de salud; apoyo comunitario	Personas mayores dependientes, especialmente en zonas urbanas	Coordinación interinstitucional; integración con Caja Costarricense de Seguro Social	Extender cobertura a zonas rurales; fortalecer servicios especializados

Fuente: elaboración propia a partir de Stampini y otros (2025).

Cabe mencionar que otros países tienen experiencias en progreso o a menor escala, como:

- Argentina que cuenta con un proyecto de ley que propone la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados[4] y una Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado[5];
- Brasil, que a través del Grupo de Trabajo emanado de la Orden Interministerial Nro. 1 del 12 de marzo de 2021, crea un órgano colegiado temporal, consultivo, de estudio, de articulación y de trabajo que será el encargado de la creación de la Política Nacional de Cuidados, los proyectos de ley y la sistematización de la información para lograrlo.
- Chile avanza hacia la creación de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados6.
- Colombia, que en Bogotá implementó un Sistema de Cuidados distrital, y el país avanza en políticas públicas en esta área.
- México, que aprobó una reforma constitucional para elevar el derecho al cuidado y crear un Sistema de Cuidados.
- Perú, que debate la Ley que crea el Sistema Nacional de Cuidados, concebido como el conjunto de políticas, estrategias, programas, acciones y servicios orientados a garantizar el derecho de las personas a recibir cuidados, a cuidarse y a cuidar, con especial énfasis en las mujeres que brindan cuidados, niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que requieren atención prioritaria debido a su condición y su nivel de dependencia, con la finalidad de contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas, especialmente de aquellas que requieren cuidados y de las/los cuidadoras/es, así como la superación de la actual división sexual del trabajo, considerada en la Política General de Gobierno 2021-2026.
- República Dominicana, que trabaja en el diseño de políticas y en la definición de intervenciones orientadas al establecimiento de un sistema público de cuidados con enfoque de género (CEPAL, 2022).

4.2.1. Uruguay

Estableció el cuidado como derecho a cuidar y ser cuidado con calidad, por lo que el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) de Uruguay es una política pública (Ley 19.353/2015).

4 Véase proyecto de Ley https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/06/sinca0008-pe-2022.pdf.

5 Véase https://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado

6 Véase https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/sistema-de-apoyos-y-cuidados-avanza-su-ultimo-tramite

Llegar a ese logro demandó un encuadre conceptual consensuado y la correspondiente incidencia política para poner el tema en la agenda pública de manera tal a que se tradujera en la aplicabilidad de la política. Otros actores claves en este proceso han sido la cooperación internacional de diversas agencias del Sistema de Naciones Unidas, así como bancos de desarrollo, y el debate con la sociedad civil para entender la importancia de demandar un sistema, conformándose así una red de cuidados[7]. Los resultados de la implementación del SNIC son positivos en inclusión social y equidad de género (Balsa y otros, 2025).

Los componentes del SNIC son: i) servicios: existentes y nuevos, públicos y privados; ii) formación básica y permanente: cursos de formación, validación, certificación de competencias laborales; iii) regulación de servicios y laboral; iv) generación y gestión de información y conocimiento; y, v) comunicación para la transformación cultural. En tanto, otros temas transversales contemplados son las estrategias de cuidado a cuidadores (respiro) y la supervisión y fiscalización de los servicios.

La citada Ley define a las personas mayores dentro de la población objetivo, por lo que los servicios ofrecidos a la población adulta mayor en situación de dependencia son: los centros de día, establecimientos de larga estadía, asistentes personales y teleasistencia.

En cuanto al financiamiento propone una corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y la sociedad civil. En este sentido, el SNIC se financia mediante presupuesto nacional, copagos directos de las personas usuarias de servicios y aportes de trabajadoras/es y empresarias/os para la construcción y equipamiento de los centros.

El informe anual de 2022 del SNIC da cuenta de las características de los servicios ofrecidos (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2022).

Centro de Día

El servicio Centro de Día tiene por objetivo general el contribuir al cuidado de calidad de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve y moderada, que viven en su domicilio. Los objetivos específicos son: favorecer la permanencia de las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en su entorno habitual, brindar cuidados integrales en régimen ambulatorio que promuevan el mantenimiento de la autonomía y el retraso de los procesos de dependencia de las personas mayores en situación de dependencia, contribuir a la redistribución de la carga de cuidados familiar de personas mayores, ofrecer apoyo y asesoramiento a los y las familiares cuidadoras y/o al o la cuidadora principal de personas mayores con dependencia leve o moderada que asisten, contribuir al desarrollo de conocimiento y especialización en la formación de atención en cuidados de las personas trabajadoras del centro.

El programa Centros de Día fue creado por la Ley N.º 19.353 y reglamentado mediante el Decreto 427/2016. El marco normativo que respalda su funcionamiento, fiscalización y habilitación se encuentra en la Ley N.º 19.355, la cual asigna al Ministerio de Desarrollo Social las competencias de regulación y fiscalización en materia social respecto de este tipo de establecimiento. La Secretaria Nacional de Cuidados y Discapacidad lleva a cabo la supervisión y el seguimiento de los centros a través de referencias centrales y territoriales asignadas a cada establecimiento, con el objetivo de apoyar y controlar el desarrollo del servicio en sus distintos componentes (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2024).

7 Véase http://www.redprocuidados.org.uy/

Consiste en un centro socioterapéutico con una fuerte base comunitaria, que brinda cuidados integrales a las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en un régimen ambulatorio, con el fin de contribuir a la autonomía de las personas mayores, favorecer la permanencia en su entorno habitual y redistribuir la carga de cuidados.

El servicio ofrece un espacio socioterapéutico y polivalente para todo tipo de dependencias leves o moderadas, ya sean físicas o cognitivas; un espacio de contención y apoyo para familias o personas que cuidan, y un espacio de apoyo y formación continua a las personas trabajadoras del centro. Es un dispositivo que representa una posición intermedia en la cadena de cuidados entre el domicilio y la institucionalización.

Tienen derecho a acceder a los Centros de Día las personas a partir de los 65 años, que se encuentren en situación de dependencia leve o moderada, que residen en sus domicilios particulares.

El servicio se brinda a través de cooperativas de trabajo u organizaciones de la sociedad civil, las que tienen a su cargo la responsabilidad sobre la gestión del servicio. Cada centro tiene una capacidad ajustada, que va desde los 30 a 40 cupos. Cada cupo representa una carga horaria completa de 4 horas diarias, 5 días a la semana, pudiendo una misma plaza ser usufructuada por más de una persona usuaria ya que las mismas tienen la posibilidad de elegir una modalidad de concurrencia entre las siguientes opciones: dos, tres, o cinco veces por semana.

Para alcanzar una buena cobertura es necesario contar con buena valoración de la calidad del servicio, e incluir el servicio de transporte, permitiendo eliminar obstáculos de acceso.

Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores

Estos brindan en forma permanente o transitoria cuidados a personas mayores ofreciendo además de alojamiento, alimentación, actividades y servicios. Inmayores (Instituto que funciona bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social), como organismo especializado y rector en materia de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez, realiza junto con el Ministerio de Salud Pública la fiscalización a escala nacional, desde un enfoque socio sanitario y en clave de derechos humanos.

La Ley 17.066 regula las condiciones de funcionamiento y habilitación de los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), es decir Residencias y Hogares para personas mayores, así como también a los Servicios de Inserción Familiar (SIF), Centros Diurnos y Refugios Nocturnos.

Pueden ser implementados bajo modalidades con o sin fines de lucro. Los Hogares son aquellos establecimientos que brindan servicios de cuidado sin ánimo de lucro. Las Residencias son aquellos establecimientos que brindan servicios de cuidado persiguiendo una finalidad de lucro. Se entiende por tales aquellos establecimientos cuyos titulares no sean Asociaciones Civiles o Fundaciones legalmente constituidas.

Por otro lado, los Servicios de Inserción Familiar, referidos en la Ley 17.066, se configuran por núcleos familiares que albergan en su domicilio a personas mayores autoválidas, en un número no superior a tres, sin contar ascendientes en virtud de deberse obligaciones alimentarias recíprocas (art. 6 Ley 17.066).

4.2.2 Costa Rica

En Costa Rica, el Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA) y la Política Nacional de Cuidados (2021-2031) buscan crear una red integral de apoyo para personas dependientes (personas mayores, con discapacidad) y sus cuidadores, mediante servicios como la teleasistencia, la atención en el domicilio, los centros de día, las residencias de larga estancia y la Red de Cuido de Personas Mayores enfocados en la humanización y la atención centrada en la persona. En tal sentido, el SINCA coordina y mejora los servicios entre instituciones públicas y privadas para asegurar la calidad de vida de dependientes y cuidadores.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) tiene la responsabilidad de distribuir los recursos financieros provenientes de la Ley N.° 7972 (1999) y la Ley N.° 9188 (2013) entre los hogares, albergues y centros diurnos que brindan atención a personas mayores. Esta distribución se realiza de manera proporcional al número de beneficiarios atendidos en cada servicio y está destinada a financiar su operación y mantenimiento.

El Decreto No. 29679-S define normas que deberán cumplir los hogares, albergues y centros diurnos de atención a la población mayor, para habilitarse ante el Ministerio de Salud. Las organizaciones que atienden a personas mayores son entidades privadas que funcionan con la autorización del Ministerio de Salud y de la municipalidad correspondiente. Algunas de ellas buscan certificarse ante el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) como organizaciones de bienestar social. Una vez que suscriben un convenio con la institución y cumplen con los requisitos establecidos, estas organizaciones de bienestar social pueden acceder a fondos públicos administrados por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) para subsidiar la atención de personas mayores en condición de pobreza o pobreza extrema.

En este marco, las modalidades de atención son:

- *Hogares:* establecimientos de carácter privado que administran fondos públicos, sin fines de lucro, donde residen personas adultas mayores en forma permanente y en los cuales se brindan servicios integrales como respuesta a problemas de abandono familiar, social y económico. Algunos de estos servicios son: residencia, servicios médicos y paramédicos, servicios de enfermería, servicio de rehabilitación en las áreas física y ocupacional, servicio de trabajo social, alimentación balanceada, estimulación mental, personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado, adaptaciones necesarias y distribución adecuada de la planta física, actividades recreativas, ocupacionales y culturales, apoyo espiritual y lavandería, entre otros.
- *Centros diurnos:* servicio organizado por la comunidad y con apoyo institucional. Se crearon con el propósito de ofrecer un trabajo multidisciplinario y de responsabilidad multisectorial, para atender durante el día a personas adultas mayores. La atención se dirige hacia personas independientes y de escasos recursos económicos o en riesgo social. Esta modalidad es un complemento a la vida familiar, ya que mantiene estrecha relación persona adulta mayor -familia -comunidad. Su propósito es brindar atención integral durante el día (de lunes a viernes) a personas mayores, mediante un trabajo multidisciplinario y bajo una lógica de corresponsabilidad multisectorial. Están dirigidos principalmente a personas independientes con escasos recursos económicos o en situación de riesgo social. Esta modalidad complementa la vida familiar, fortaleciendo el vínculo entre la persona mayor, su familia y la comunidad.

- *Red de Cuido:* es un programa que se implementa a nivel local, en cantones o comunidades donde exista el interés y compromiso de diversos actores por conformar la estructura social necesaria para su ejecución. Para ello se requiere: una organización de Bienestar Social y/o un Gobierno Local, debidamente calificados para administrar fondos públicos para la atención de personas adultas mayores y la conformación de un Comité o Red Comunitaria. La organización interna de cada Red dependerá de las características de las personas, organizaciones e instituciones que la integran y necesidades de la comunidad. No obstante, su trabajo debe ampararse en el marco teórico ofrecido por el CONAPAM y siguiendo estrictamente los lineamientos existentes para el manejo de fondos públicos[8].

4.2.3. Corea

En la República de Corea se vive un proceso de envejecimiento mucho más acelerado que en otros países del mundo. Ello, ha llevado al país ha impulsado la llamada "economía plateada", reconociendo el potencial económico del consumo y participación de las personas mayores. Entre 2020 y 2022 se identifican sectores clave: salud, farmacéutica, tecnología digital, servicios financieros, vivienda adaptada y turismo. El gobierno ha destinado recursos financieros específicos para el desarrollo de estas industrias (Cecchini y otros, 2025).

En el año 2000, los diversos sistemas de seguros de salud se integraron en el servicio nacional de seguros de salud (*National Health Insurance*, NHIS por sus siglas en inglés), un sistema de aplicación obligatoria supervisado por el Gobierno de la República de Corea que brinda cobertura a toda la población mediante un asegurador único. A través del sistema se brindan servicios de salud necesarios, desde tratamientos para lesiones hasta atención en casos de fallecimiento, y se garantiza la asistencia médica gratuita a quienes enfrentan dificultades para acceder a la seguridad social. Si bien, fue reconocido como un sistema estable, una de sus vulnerabilidades es que no brinda servicios de cuidados para las personas mayores.

Ante esta realidad y frente a los retos demográficos, se implementó el sistema de seguros para la atención de largo plazo (*Long-Term Care Insurance*, LTCI por sus siglas en inglés). Mientras que el NHIS cubre los tratamientos médicos de personas de todas las edades, el LTCI es un seguro público y obligatorio que busca proporcionar servicios de cuidados específicamente dirigidos a las personas mayores, a fin de atender las necesidades que no se encontraban cubiertas antes de la creación del sistema. Gracias a la cobertura del LTCI, la prestación de los servicios ha pasado de centrarse en el proveedor a centrarse en las personas, con lo que personas de diferentes niveles de ingresos han podido acceder a servicios especializados ofrecidos por profesionales capacitados para realizar tareas de cuidados.

Un aspecto importante que destacan Kim y Kwon (2021) es que los planes de financiamiento de ambos seguros (el LTCI y el NHIS) fueron diseñados por separado para evitar las cargas financieras imprevistas que podrían haber surgido si el LTCI se hubiese añadido tan solo como un componente adicional, así como para lograr una mejor recepción por parte de la población, al tratarse del pago de una nueva prima por un nuevo seguro que cubría un nuevo servicio.

En poco más de una década, el país alcanzó la cobertura universal del LTCI. De acuerdo con Kim y Kang (2022), esto fue posible debido a tres factores: i) el diseño del sistema (que permitió ampliar la cobertura en los sectores formales e informales); su obligatoriedad; el tipo de

8 Véase https://conapam.go.cr/servicios/modalidades-de-atencion/

designación de los proveedores de servicios médicos; el uso de cotizaciones bajas con paquetes pequeños de prestaciones sociales, y el suministro de cobertura familiar; ii) la vinculación de la operación con el sistema de registro civil y estadísticas vitales, lo que permitió la actualización permanente de datos; y iii) la aplicación de políticas flexibles para promover el liderazgo local.

La República de Corea es un ejemplo del crecimiento del sector de servicios de cuidados de largo plazo, ya que en menos de diez años ha logrado desarrollar un mercado de cuidados de largo plazo que emplea al 1% de la población, del cual el 95% son mujeres. Esto responde a que el sector "puedenser un poderoso motor de generación de empleo" (Cafagna y otros, 2019, pág. 48). El autor expone que los gobiernos deben ofrecer incentivos para hacer crecer el mercado de los servicios privados de cuidados de largo plazo, independientemente de que sean brindados por trabajadores y trabajadoras a cuenta propia, por residencias privadas de larga estadía, por empresas de servicios a domicilio o por empresas que brindan teleasistencia u otro tipo de soluciones de cuidados a través de la tecnología.

En cuanto a las limitaciones, se ha señalado que las personas cuidadoras se han enfrentado a diferentes problemas desde la creación del LTCI, en particular los bajos salarios y el incumplimiento de la normativa laboral, pues sus jornadas de trabajo son más largas que las que establece la legislación y no reciben capacitación para el trabajo; asimismo, las enfermedades músculo-esqueléticas, que en la actualidad son consideradas afecciones relacionadas con el envejecimiento y no con el trabajo de cuidado, no están contempladas en la cobertura (Chon y Kim, 2020).

Además, la división entre el seguro de enfermedad y el seguro de cuidados de largo plazo parece tener un efecto negativo en la sostenibilidad del LTCI. De acuerdo con algunos estudios (Moon, 2022), esto se traduce en la fragmentación de los servicios, en la superposición de acciones en materia de salud y en una merma en la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad de los servicios. Todo ello genera gastos que podrían solventarse si ambos seguros estuvieran integrados. Además, se plantea la necesidad de establecer normas más estrictas (prerrequisitos) para acceder a las prestaciones y de buscar estrategias como la integración de los servicios de cuidado y la operación del sistema para reducir los costos de los servicios médicos.

Además, la división entre el seguro de enfermedad y el seguro de cuidados de largo plazo parece tener un efecto negativo en la sostenibilidad del LTCI. De acuerdo con algunos estudios (Moon, 2022), esto se traduce en la fragmentación de los servicios, en la superposición de acciones en materia de salud y en una merma en la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad de los servicios. Todo ello genera gastos que podrían solventarse si ambos seguros estuvieran integrados. Además, se plantea la necesidad de establecer normas más estrictas (prerrequisitos) para acceder a las prestaciones y de buscar estrategias como la integración de los servicios de cuidado y la operación del sistema para reducir los costos de los servicios médicos.

4.3. Experiencias nacionales

Como se mencionó, Paraguay aún no cuenta con un Sistema Nacional de Cuidados que articule estos derechos y responsabilidades. Los servicios de cuidados varían entre hogares de estadía permanente, centros comunitarios de atención preventiva para mantener la autonomía y la integración social y comedores comunitarios[9] administrados directamente por el Estado o

9 Son espacios comunitarios donde la Dirección de Adultos Mayores del MSPBS implementa sus programas a través de un equipo multidisciplinario dirigido a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad y suministra insumos alimenticios con el fin de colaborar en sus necesidades de alimentación.

en modalidad de convenio o acuerdos de cooperación. Para el estudio de casos nacionales, y tomando en consideración la mayor envergadura del servicio, se seleccionaron tres experiencias de servicios de cuidados en hogares de estadía permanente: la residencia del Instituto de Previsión Social (IPS) como servicio ofrecido por la seguridad social contributiva, el hogar de la Asociación Fernheim en el Chaco, como ejemplo cooperativo y los hogares del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) como servicio público.

La regulación de los establecimientos de atención de las personas adultas mayores se basa en la Ley N° 5.537/15 que en su artículo 7 enumera los requisitos para la habilitación de los establecimientos; en su inciso "c) Contar con asistencia permanente, con atención disponible las 24 horas de un plantel de profesionales médicos idóneos y capacitados, preferentemente en geriatría o gerontología y licenciados en enfermería, preferentemente con las misma especialización…el incumplimiento de esta exigencia será causal suspensión de la habilitación del establecimiento".

4.3.1. Centro Residencial Especializado de Atención y Apoyo al Adulto Mayor

El Instituto de Previsión Social (IPS) de Paraguay cuenta con el Centro Residencial Especializado de Atención y Apoyo al Adulto Mayor (CREAM) ubicado en San Bernardino. Inició en diciembre de 2016, con habilitación municipal y del MSPBS y representa un esfuerzo del IPS para brindar atención integral a personas adultas mayores autovalentes y semidependientes (ingreso voluntario, estadías de 15 días a 3 meses), con infraestructura moderna y servicios básicos en funcionamiento.

Es un hogar temporal y centro socio-sanitario para personas adultas jubiladas del IPS, que ofrece alojamiento, atención integral, actividades sociales recreativas y apoyo médico con un equipo de profesionales (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, geriatras y personal del servicio social) para mejorar su calidad de vida[10]. Para acceder, se requiere ser mayor de 60 años, jubilado del IPS, no padecer enfermedades infectocontagiosas ni trastornos psiquiátricos graves, y completar un proceso de solicitud y evaluación, incluyendo formularios específicos y una visita domiciliaria del equipo técnico.

El centro, busca garantizar y mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante acciones de promoción, prevención y protección de la salud, fomentando el envejecimiento activo y la autonomía de las personas mayores. La capacidad es para 176 residentes en un edificio de 17.427 m^2 [11].

4.3.2. Hogar de personas mayores de Filadelfia

El Hogar de Personas Mayores "Abendfrieden" (que significa "noche de paz" en alemán) es una institución que ofrece cuidado integral y residencia a personas mayores, gestionada por la Asociación Civil Fernheim y sostenido en parte por la Asociación y su red de socios de la comunidad menonita de la región del Chaco Central[12].

Brinda servicios especializados a personas adultas mayores según diferentes niveles de cuidado. Estos servicios se dividen en: servicio de enfermería en sus propios hogares (servicio

10 Véase: https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/contenido.php?e=30

11 Véase: https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/noticia.php?cod=1964#:~:text=La%20capacidad%20es%20para%20176,un%20familiar%20responsable%20como%20compromiso.

12 Véase: https://www.fernheim.com.py/es/asociacion-fernheim/

ambulatorio), apartamentos en el predio del hogar para personas adultas mayores, ubicado en el centro de Filadelfia con servicio de enfermería y el cuidado integral en las habitaciones en el hogar mismo. El cuidado del hogar para personas adultas mayores abarca las áreas como: vivienda, alimentación, atención médica y espiritual. Dispone de médicos, enfermeras, cuidadores, personal de limpieza y cocina, y terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

Brinda atención las 24 horas con ambientes familiares, incluyendo pabellones modernos[13], servicios de salud (médicos, fisioterapia), terapias ocupacionales, y comidas especiales, además de un programa ambulatorio para la comunidad cercana.

4.3.3. Hogares nacionales de estadía permanente para personas adultas mayores

Ley N° 1885/2002 "de las personas adultas" tiene por finalidad tutelar los derechos e intereses de las personas de la tercera de edad, entendiéndose por tales a los mayores de sesenta años. El artículo 5° establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el órgano estatal que tendrá a su cargo la aplicación de la presente ley.

Dentro del Instituto de Bienestar Social se creó la Dirección de Adultos Mayores con la misión de normar y ejecutar políticas, programas y proyectos, destinados a mejorar la calidad y condiciones de vida de las personas mayores, favoreciendo su participación activa en la sociedad.

Los hogares de estadía permanente están destinados a personas mayores, de ambos sexos, con autonomía física o sin ella, y ofrecen alojamiento estable, regido por personal del MSPBS[14]. La Red de establecimientos de la Dirección de Adultos Mayores, admite a las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad y riesgo social. Los ingresos son voluntarios y deberán contar con el consentimiento informado de la persona adulta mayor que ingresa en el establecimiento, en caso de que sea cognoscitivamente apto (según informe psicosocial).

- Hogar de Estadía Permanente Gijón Roga, se trata de una residencia abierta en diciembre de 2010, ubicada en la ciudad de Luque, con una capacidad para unas 20 residentes con deterioro cognitivo o problemas de salud mental. Según el informe del Mecanismo Nacional de Prevención de la tortura (MNP) presentaba en 2021 limitaciones en infraestructura.
- Hogar de Estadía Permanente Emilio Sosa Gaona, ubicado dentro del predio del Hospital Regional en Concepción, con capacidad para 40 personas en situación de abandono o vulnerabilidad. Los problemas recurrentes hallados en las evaluaciones realizadas por el MNP en 2018, 2022 y 2025 fueron en infraestructura (deteriorada y falta de mantenimiento); escasez de personal especializado (geriatría, psiquiatría, trabajo social); modelo de cuidado institucional rígido, con rutinas uniformes y poca autonomía; débil participación de residentes en decisiones y vínculos familiares casi inexistentes.
- Hogar de Adultos Mayores Santo Domingo ubicado en Asunción. Es uno de los hogares más antiguos, con una capacidad para 90 residentes (hombres y mujeres), mayoría en situación de semi-dependencia o dependencia física y psíquica. Ofrece residencia per-

13 La inversión del sector privado para la construcción de un nuevo Pabellón fue de aproximadamente un total de 8.000 millones de guaraníes, garantizando una edificación equipada para los trabajos del cuidado intensivo a personas mayores. https://www.zp30.com.py/es/noticias/noticias-locales/inauguran-moderno-pabellon-para-adultos-mayores-en-filadelfia/

14 Véase https://www.mspbs.gov.py/bienestarsocial/hogares-estadia.html

manente y clínica geriátrica ambulatoria con especialidades como geriatría, cardiología, salud mental y rehabilitación física.

Los informes de seguimiento realizados por el MNP en 2013, 2021 y 2025, dan cuenta de deficiencias edilicias (humedad, baños sin antideslizantes, iluminación deficiente, falta de mantenimiento); escasez de insumos hospitalarios y medicamentos especializados; falta de protocolos claros en casos de violencia o defunciones; alimentación y presupuesto insuficientes en algunos periodos; y, débil vínculo familiar y social, aunque con mejoras en 2025.

Como se puede ver, la atención a las personas mayores requiere múltiples intervenciones que van desde la seguridad económica, las condiciones de habitabilidad, la integración, los servicios integrales de salud y cuidados.

Dentro de las políticas de cuidados a su vez se encuentran transferencias de ingresos para financiar servicios de cuidados, servicios de cuidados públicos (asistentes personales, programas de respiro, centros de día, centros comunitarios, centros de larga estadía, telecuidado).

Adicionalmente es necesario considerar la formación profesional de cuidadores y cuidadoras y su protección social. Ambas políticas deben ir dirigidas tanto trabajadoras remuneradas como no remuneradas. Es inadmisible que miles de mujeres queden excluidas de los programas de capacitación y del sistema de protección social, especialmente de la seguridad social contributiva.

5. La inversión en cuidados de las personas adultas mayores

Debido a los cambios demográficos que atraviesan las sociedades a nivel global, la caída de la fecundidad y el envejecimiento de la población, se prevé que un número creciente de personas requiera cuidados en las próximas décadas. En este contexto, la evidencia indica que estos cuidados se brindarán mayoritariamente en los hogares y no en instituciones formales como residencias o hogares de ancianos (Shen, 2024), lo cual tendría efectos tanto individuales como sociales.

Las transformaciones en la estructura etaria de la población inciden de manera significativa en la dinámica económica y la organización social, ya que variables como la participación laboral, los niveles de ingreso, el consumo, el ahorro y el crecimiento económico se encuentran condicionadas por el ciclo de vida de las personas. Del mismo modo, la viabilidad financiera de los sistemas públicos de jubilaciones y pensiones, salud, educación y cuidados está estrechamente relacionada con la composición demográfica por edades (CEPAL, 2025).

Sin embargo, estos procesos se insertan en una estructura persistente de división sexual del trabajo, en la que las mujeres continúan siendo las principales proveedoras de cuidado, generalmente de manera no remunerada e informal. De este modo, el cuidado de personas mayores se brinda predominantemente a través de un sistema informal altamente feminizado, lo que revela una clara transferencia de costos desde el Estado hacia los hogares, y dentro de estos, hacia las mujeres (OPS, 2025). Esta organización no solo reproduce desigualdades de género, sino que también limita las trayectorias laborales, los ingresos y la autonomía económica femenina, convirtiéndose en un subsidio invisible al Estado (National Academies of Sciences, 2016).

5.1. Evidencias empíricas internacionales

La literatura económica reciente confirma que financiar servicios domiciliarios, comunitarios y preventivos para personas mayores a 60 años alivia la presión fiscal de los sistemas de salud mediante la desinstitucionalización y la reducción de eventos agudos (Curioni et al., 2023; Leung et al., 2024; Okamoto et al., 2023).

Los modelos empíricos demuestran de forma consistente que la inversión en servicios sociosanitarios para personas de 60 años o más no constituye una carga fiscal, sino un mecanismo que reduce el gasto hospitalario y optimiza la capacidad asistencial agregada. Al respecto, los retornos se manifiestan en el crecimiento del PIB por el aumento del empleo en las ocupaciones de cuidado, el aumento de la recaudación tributaria, la seguridad social para las personas mayores que cuentan con ingresos suficientes en la vejez y la reducción de las brechas de género.

Además, la inversión en sistemas de cuidados para personas mayores produce efectos significativos sobre el gasto sanitario. En particular, una provisión adecuada y oportuna de cuidados contribuye a prevenir o retrasar el deterioro funcional y de la salud, lo que reduce la necesidad

de hospitalizaciones, internaciones prolongadas y otras intervenciones de alto costo. En consecuencia, la inversión en cuidados mejora la eficiencia del gasto público en salud de los países (OPS, 2025). Adicionalmente extiende las oportunidades de mantenerse en el mercado laboral.

Por el contrario, la insuficiente inversión pública en este ámbito genera efectos adversos acumulativos: incrementa los costos sociales y sanitarios en el largo plazo, agrava las situaciones de dependencia, reduce la autonomía de las personas mayores y conduce a una mayor presión sobre los servicios de salud y las finanzas públicas. Así, la ausencia de políticas integrales de cuidado no solo profundiza las desigualdades de género, sino que también compromete la sostenibilidad de los sistemas de salud y bienestar.

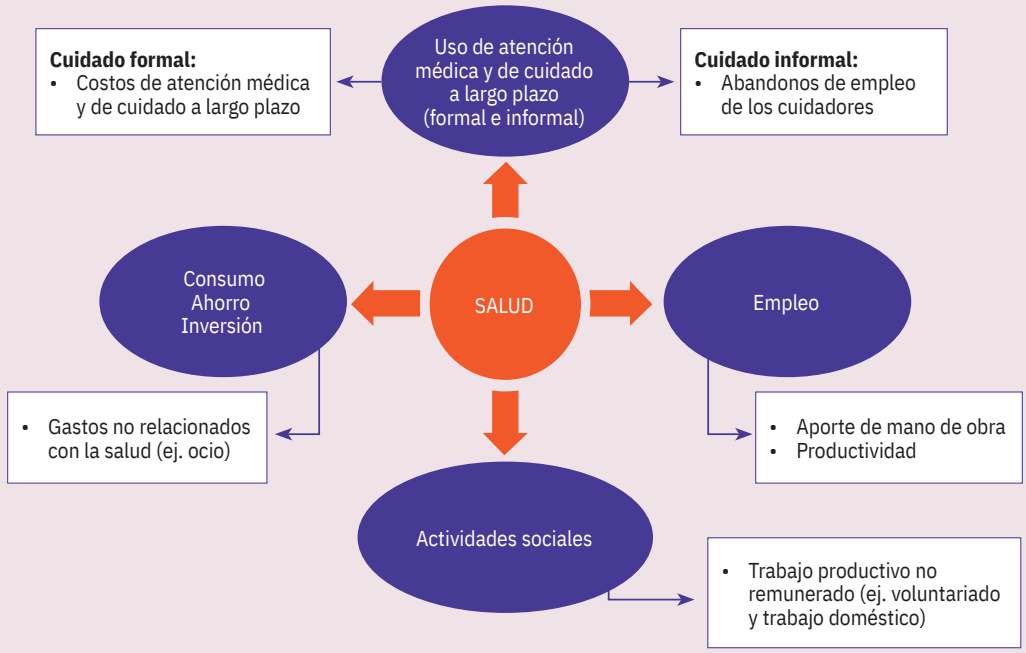
Al respecto, el análisis económico de estas intervenciones descompone sus beneficios en tres ejes analíticos fundamentales: el ahorro derivado de la atención domiciliaria y comunitaria, la eficiencia de la coordinación asistencial frente a la hospitalización, y el retorno social integral sobre el bienestar macroeconómico.

El reemplazo programado de estancias prolongadas en residencias o camas hospitalarias por servicios domiciliarios constituye la principal fuente de ahorro presupuestario directo (Curioni et al., 2023; Shehu et al., 2024). En Canadá, el programa de asistencia domiciliaria evitó admisiones innecesarias en residencias y generando ahorros de $7.000 millones anuales con un retorno del 88% (Zagrodney et al., 2023).

Las evaluaciones macroeconómicas en Japón estiman que el coste sanitario y sociosanitario atribuible a las limitaciones funcionales no mitigadas asciende a USD 72.700 millones, impulsado predominantemente por personas mayores de 85 años (Okamoto et al., 2023).

Gráfico 22

Efectos de la salud en el empleo, el consumo y las necesidades de cuidado formal e informal



Fuente: elaboración propia con base en Okamoto et al.(2023)

La provisión de servicios auxiliares e instrumentales genera efecto positivo en la relación coste-beneficio. En Hong Kong, un modelo presupuestario conjunto demostró que la inversión en atención domiciliaria reduce entre USD 34,5 y USD 85,0 en gastos médicos por cada dólar invertido (Leung et al., 2024). La asistencia domiciliaria ofrecida es de tres tipos: a) asistencia con el baño y las tareas domésticas generales, b) asistencia instrumental - compras, preparación de alimentos, transporte, gestión de finanzas y mantenimiento del hogar, c) atención domiciliaria restaurativa que gestiona y previene problemas clínicos, incluidos accidentes y caídas, heridas y lesiones por presión, medicamentos, dieta y nutrición, deterioro cognitivo, convalecientes, control de infecciones, dolor crónico, depresión, agitación/conductas agresivas, estreñimiento, incontinencia, etc.

La evaluación económica del programa encontró que la atención domiciliaria instrumental no sólo ha aumentado significativamente el "beneficio de supervivencia" al reducir el riesgo de hospitalización instantánea, sino que lo ha hecho de forma rentable, ya sea por sí sola o en combinación con la atención domiciliaria restaurativa. Cuando se expresa desde una perspectiva de presupuesto médico-social conjunto, los ahorros de costos netos asociados con la atención domiciliaria instrumental ascienden a ahorros de costos médicos de USD 4,46 y USD 10,97 por cada USD 0;13 invertidos solo en atención domiciliaria instrumental y en una composición de atención domiciliaria instrumental-restaurativa, respectivamente. Si bien la composición de atención domiciliaria que incluye los tres tipos de servicios representó el mayor ahorro de costos, cada dólar invertido en esta composición puede ahorrar USD 1,46 en ahorros de costos médicos y fue menos rentable que la composición de atención domiciliaria instrumental y restaurativa.

Debido a sus criterios de elegibilidad, la atención domiciliaria restaurativa atiende a personas mayores que sufren mayores necesidades médicas y sociales. La atención domiciliaria instrumental es rentable independientemente de si se recibe simultáneamente atención domiciliaria restaurativa, lo que ahorra USD 6,55 más que su escenario contrafactual por cada dólar adicional invertido en atención domiciliaria instrumental (Leung et al., 2024).

El gobierno coreano implementó el proyecto piloto de atención comunitaria para personas mayores en 2019. El estudio de Choi y Yoo (2023) investigó los resultados del proyecto piloto entre las personas mayores coreanas vinculando los datos de la encuesta del proyecto piloto con los datos del Servicio Nacional de Seguro Médico de Corea.

Los participantes del programa piloto experimentaron un aumento de 4,8 días en la duración de la estadía en casa y una reducción de USD 956 por participante en relación con el grupo de comparación emparejado. Los participantes del programa piloto con seguro de atención a largo plazo que utilizaron servicios de atención domiciliaria mostraron un aumento de 8,9 días en la duración de la estadía en el hogar y una reducción de USD 1.177 en los costos totales, junto con una reducción en la admisión a centros de atención a largo plazo comparado con el grupo de control.

Los pacientes dados de alta de los hospitales indicaron un aumento de 35,2 días en la duración de la estadía en el hogar y una reducción de USD 6.947 en los costos totales, pero un aumento de 3,53 veces en los reingresos hospitalarios en relación con el grupo de comparación emparejado. El proyecto piloto de atención comunitaria dió como resultado una mayor duración de la estancia en el hogar y una reducción de los costos totales entre las personas mayores en Corea (Choi y Yoo, 2023).

La fragmentación de la atención en pacientes geriátricos complejos desencadena hospitalizaciones evitables que representan una carga fiscal sustancial en los sistemas de cobertura pública (Shehu et al., 2024; De Carvalho et al., 2017).

El programa *"Iowa Return to Community"* es una iniciativa de coordinación de atención diseñado para identificar a personas mayores en riesgo y apoyar sus transiciones de hogares de ancianos y entornos hospitalarios a la vida comunitaria. Una evaluación realizada al programa estimó el impacto financiero. Los resultados sugieren que la participación en el programa está asociada con un menor uso de los servicios de atención médica, lo que resulta en un ahorro de costos por persona de USD 7.920,2 en cinco años (Shehu y Kaskie, 2025; Shehu et al., 2024).

Por su parte, la intervención geriátrica integral comunitaria en Alberta, Canadá, obtuvo un beneficio neto de entre 554 y 4.046 dólares canadienses por paciente al año, mostrando ratios de retorno de inversión de 1,3 a 3,1 (Thanh et al., 2020). En unidades de urgencias hospitalarias, la valoración geriátrica temprana efectuada por equipos multidisciplinares disminuye los días de internación presentándose como una alternativa dominante frente a la atención convencional (Trépel et al., 2024). La valoración geriátrica integral disminuye costos en la mayoría de los ensayos revisados al optimizar prescripciones y retrasar institucionalizaciones (Pilotto et al., 2026).

Más allá del ahorro hospitalario, la literatura sobre Retorno Social de la Inversión (RSI) documenta importantes externalidades positivas que benefician a cuidadores familiares y a la comunidad (Marques et al., 2025; Sillcox et al., 2026).

Las intervenciones comunitarias en cuidados reportan una mediana de retorno de 5:1, generando beneficios tanto en salud física como en alivio de cargas familiares (Sillcox et al., 2026). Las actividades creativas y de bienestar social dirigidas a personas mayores generan un rendimiento medido por ROI que oscila entre £1,20 y £8,27 por libra esterlina invertida (Crealey et al., 2023).

En programas de soporte preventivo domiciliario, el acompañamiento reduce hasta en 16 horas el trabajo no remunerado de cuidadores informales a los 6 meses (Hunter et al., 2025).

Un desafío importante es que el manejo de los recursos permita que los ahorros hospitalarios logrados en las comunidades se reinviertan localmente en los servicios sociales de proximidad (Leung et al., 2024; Hunter et al., 2025; Bernhardt et al., 2016).

La simulación financiera en cuatro comunidades en Estados Unidos que implementaron programas MediCaring estima un ahorro mensual de entre USD 269 y USD 537 dependiendo de la comunidad por beneficiario en su tercer año de operación (Bernhardt et al., 2016). La estimación del retorno social de esta intervención señala que inicialmente se obtendrían ROI bajos o negativos debido a los costos iniciales. Sin embargo, luego de los tres años se lograrían retornos de la inversión acumuladas en las comunidades del 203%. El ROI acumulado, que consiste en los ROI sumados de los tres años proyectados, osciló entre el 75% y el 165% dependiendo de la comunidad (Bernhardt et al., 2016).

Shen (2024) analiza los efectos del financiamiento público de los servicios de cuidados de larga duración en el hogar a través del programa Medicaid en EEUU en el periodo 2000-2026, con un modelo de diferencia en diferencia y de triple diferencia, en el que se consideró la expansión de los servicios de cuidados domiciliarios y sus efectos tanto en la organización de los cuidados como en el mercado laboral.

Los análisis demuestran que esta política tuvo varios efectos importantes en la formalización de la atención a esta población, ya que podría estar sustituyendo en alrededor del 50% la provisión de cuidados informales, principalmente proporcionados por cónyuges e hijas y, además aumentando la oferta laboral de las mujeres. Por cada tres hijas cuyos padres reciben atención domiciliaria formal mediante el programa Medicaid, aproximadamente una hija adicional se insertaría al trabajo remunerado de tiempo completo.

Otro efecto de esta política consiste en la formalización de los cuidados, ya que la inversión pública para los cuidados domiciliarios permitiría que, por un lado aumente la cantidad de atención brindada a las personas mayores, además de que también reemplaza los cuidados provistos por la familia, transfiriendo parte de la responsabilidad de los hogares hacia los servicios remunerados financiados por el Estado.

La ampliación de la oferta de servicios domiciliarios de largo plazo para personas mayores de bajos ingresos también tiene efectos en los costos fiscales. Entre 1990 y 2015, el gasto en servicios domiciliarios y comunitarios aumentó de USD 7.500 millones a más de USD 86.000 millones (a precios constantes de 2015), alcanzando más del 15% del presupuesto total de Medicaid. No obstante, Shen (2024) señala que el costo fiscal neto de esta expansión es menor al gasto bruto, debido a los efectos sobre el empleo de las cuidadoras familiares. Las estimaciones sugieren que el aumento de la participación laboral de las hijas generaría ingresos fiscales adicionales que compensarían aproximadamente el 16% del costo de la política.

En Eslovaquia (UNECE, 2023) se desarrolló un proyecto nacional de apoyo al desarrollo y disponibilidad de servicios de cuidado a domicilio en pequeñas localidades donde no se contaban con este tipo de servicios. El propósito del proyecto fue aumentar la disponibilidad de servicios de cuidado, desarrollar servicios sociales comunitarios y medidas para prevención del internamiento en hogares de cuidado, crear oportunidades de empleo y mantener puestos de trabajo para los cuidadores.

Este proyecto también buscaba apoyar a los cuidadores a tiempo completo y la formación de cuidadores y representantes de gobiernos locales en el ámbito de la prestación de servicios de cuidado a domicilio. En 2022, el programa apoyaba cerca de 200 empleos e involucraba a 4.000 personas cuidadoras y 9.000 usuarias (UNECE, 2023).

Las políticas de apoyo a quienes cuidan, tal como se menciona en el reporte de Homethrive (2025) tienen beneficios para las empresas y las personas que cuidan, entonces estas políticas no son solamente una cuestión de bienestar si no una estrategia de inversión. Esto radica en que, según Homethrive alrededor de 7 de cada 10 personas trabajadoras tienen responsabilidades de cuidado y que personas cuidadoras dedican, en promedio 24 horas semanales al cuidado de otros, situación que afecta directamente en el trabajo a través del ausentismo y el presentismo - empleados que acuden al trabajo pero se encuentran distraídos, estresados o poco productivos debido a las responsabilidades de cuidado y la rotación de personal, generando una pérdida estimada de USD 44 millones anuales en productividad para las empresas de EEUU.

El apoyo a los empleados con responsabilidades de cuidado les permite conciliar más fácilmente su vida laboral con sus tareas de atención a familiares, facilitando que puedan desempeñarse plenamente en su trabajo. Ofrecer beneficios destinados al cuidado, junto con programas de bienestar integral, elimina barreras, fortalece el conjunto de beneficios de la empresa y fomenta un mayor compromiso.

El apoyo en las responsabilidades de cuidado mejora el desempeño de los empleados y, por ende, el de la propia empresa. Influye en diversos aspectos —desde la viabilidad financiera hasta el valor de la marca— y convierte a la organización en una opción más atractiva para el talento de alto nivel.

En el ámbito empresarial, los estudios muestran que las empresas con empleados más comprometidos obtienen mejores resultados en áreas clave del negocio, tales como 23% de mayor rentabilidad, 10% de mayor satisfacción del cliente y 18% de mayor productividad.

Las empresas que implementan estrategias de cuidados para los trabajadores tienen resultados positivos ya que se reducen la rotación hasta el 75%, las ausencias no planificadas en un 43%, los problemas de salud asociados al entrés en 28%, mientras que se verifica un aumento del 35,0% en la productividad.

Las empresas que priorizan políticas de beneficios para el cuidado tienen hasta un 48,0% más de mujeres en puestos de liderazgo, alrededor de 37,0% más de diversidad general y un 29,0% más de innovación. En este caso, se estimó el retorno promedio de 3,5 dólares por cada dólar invertido en beneficios de cuidado (Homethrive, 2025).

Zerbitzuan (2025) mostró que el sistema de cuidados en España, especialmente el informal, tiene un peso económico y laboral muy importante y que en las estadísticas oficiales está invisibilizado, con implicaciones directas en el empleo, la formalización del sector y el impacto fiscal.

En cuanto a los efectos fiscales, el costo de los cuidados no remunerado equivale al 2,2% del PIB, lo que implica una pérdida potencial de ingresos fiscales asociada a la no formalización del empleo. Si estos cuidados se trasladaran al mercado, generarían ingresos por impuestos y cotizaciones sociales, además de reducir los costos de la menor participación laboral femenina. La evaluación realizada por Zerbitzuan (2025) señala que la inversión pública en cuidados de larga duración tendría retornos fiscales importantes. Por cada 100 euros invertidos, cerca de 60 euros retornarían por impuestos y cotizaciones, además de crear más de 30 empleos por cada millón de euros invertido.

Un estudio realizado para España (Álvarez et al., 2026) combina una metodología económica aplicada con análisis institucional para demostrar que el sistema de cuidados no solo tiene un valor social, sino que genera retornos económicos, laborales y fiscales cuantificables. El estudio analizó mediante modelos de insumo-producto como el gasto en la población en condición de dependencia se traslada a toda la economía en forma de producción, empleo e ingresos públicos. En 2023, los 10.623 millones de euros invertidos en cuidados generaron 17.260 millones de euros de actividad económica, es decir, un multiplicador de aproximadamente 1,6 euros por cada euro invertido.

En cuanto al efecto fiscal, cerca de la mitad del gasto público en cuidados retorna en forma de ingresos fiscales y contribuciones sociales, lo que se traduce en que la inversión en cuidados tiene una alta tasa de autofinanciación. Se estima que la inversión en cuidados en torno a 0,6 puntos del PIB podría generar hasta 430.000 nuevos empleos y elevar los ingresos públicos en 0,3 puntos del PIB (Álvarez et al., 2026).

5.2. Los costos del envejecimiento

Los servicios de cuidados, como toda política pública, basan su eficiencia, su retorno económico y su viabilidad fiscal en la capacidad de prevenir consecuencias costosas antes de que se vuelvan irreversibles. No intervenir a tiempo o delegar la provisión de cuidados a la inercia del ámbito privado no elimina el costo; simplemente lo desplaza de manera ineficiente y regresiva.

Por esta razón, el punto de partida de un análisis riguroso sobre los costos del envejecimiento exige evaluar cuidadosamente qué tipo de servicios se prestarán y bajo qué arquitectura institucional, puesto que la estructura de costos de cada opción define su impacto no solo para las finanzas públicas, sino también para el bienestar de las personas y la economía de los hogares.

Históricamente, países como Paraguay han operado bajo un modelo de cuidados de corte "familiarista". En esta estructura, el Estado transfiere de manera implícita la responsabilidad del soporte funcional a los hogares y, de forma desproporcionada, a las mujeres a través del trabajo no remunerado. Desde una mirada contable superficial, este esquema suele percibirse como "de bajo costo" para el erario público. No obstante, la economía del cuidado ha demostrado que este enfoque genera un subsidio invisible altamente ineficiente y distorsivo.

La falta de servicios formales de cuidado de larga duración impone un alto costo de oportunidad ya que expulsa a las mujeres del mercado laboral formal, reduce la productividad agregada, limita la recaudación impositiva y frena la acumulación de derechos previsionales de las cuidadoras.

En el sector empresarial, la sobrecarga no atendida de los trabajadores con responsabilidades de cuidado se traduce en ausentismo, rotación de personal y pérdida de productividad. Asimismo, cuando el deterioro funcional no se previene en la comunidad, los hogares terminan enfrentando un gasto de bolsillo catastrófico en fases avanzadas de la vida, profundizando las brechas de desigualdad y empobrecimiento en la vejez.

La razón económica de una política integral de cuidados radica en su potencial como inversión preventiva. Un modelo sociosanitario diseñado bajo principios de atención centrada en la persona, enfoque de derechos y ciclo de vida interviene tempranamente para mantener la autonomía funcional de la persona mayor el mayor tiempo posible.

Desde la perspectiva del gasto público, los servicios de cuidado sustituyen o retrasan las intervenciones médicas de más alta complejidad y costo. Cuando el sistema estatal no invierte en servicios de proximidad con enfoque territorial —tales como la asistencia domiciliaria, el acompañamiento en la adherencia terapéutica, la prevención de caídas y los centros de día o comunitarios—, la demanda no desaparece sino que se desvía hacia las salas de urgencias y a la internación hospitalaria.

El uso de camas hospitalarias de agudos para atender necesidades derivadas de la falta de soporte social representa un uso ineficiente de los recursos sanitarios. De la misma manera, la institucionalización precoz en residencias permanentes resulta más costosa para el fisco que la provisión de apoyos domiciliarios y comunitarios. Por ende, la inversión en cuidados alivia la presión fiscal al reducir las admisiones innecesarias, acortar las estancias hospitalarias, prevenir reingresos y optimizar la capacidad asistencial de los sistemas de salud.

La definición del modelo de cuidados requiere una cuidadosa ponderación de la cartera de servicios a ofrecer, ajustada a los perfiles de dependencia de la población.

- Atención domiciliaria: constituye uno de los pilares de mayor retorno económico. La asistencia en actividades de la vida diaria (compras, preparación de alimentos, higiene) junto con intervenciones preventivas en la salud reducen el riesgo de hospitalización, ofreciendo altas tasas de costo-beneficio y manteniendo a la persona en su entorno familiar.
- Centros de día/comunitarios: representan una alternativa eficiente frente a la institucionalización. La evidencia regional señala que los costos operativos de los centros diurnos o comunitarios son de tres a cuatro veces menores que los de las residencias de larga estadía, proporcionando además desarrollo cognitivo, socialización y un alivio clave (servicio de respiro) para cuidadores y cuidadoras familiares.
- Coordinación y valoración geriátrica integral: la integración entre la atención primaria de salud y los servicios sociales territoriales evita la fragmentación de la atención, erradica pruebas médicas duplicadas y disminuye el uso inadecuado de fármacos en pacientes geriátricos complejos.

El dilema fiscal que plantea el envejecimiento de la población no radica en decidir si se gastará o no en la población mayor, sino en cómo y cuándo se realizarán esos desembolsos.

Un modelo reactivo, fragmentado e institucionalizador resulta fiscalmente insostenible y socialmente excluyente. Por el contrario, un modelo preventivo, articulado y con énfasis en servicios comunitarios y domiciliarios se configura como un motor de desarrollo humano y equidad. La toma de decisiones políticas en torno al diseño y financiamiento de la red de cuidados definirá la capacidad de respuesta del país frente a la transición demográfica, transformando un reto fiscal enorme en una oportunidad para fortalecer la productividad, la igualdad de género y el bienestar social de todas las generaciones.

A continuación se presentan proyecciones y costos actuales basados en simulaciones macroeconómicas para países latinoamericanos de ingreso medio-alto, donde se ubica Paraguay

Tabla 3: Tabla de Costos diarios e impacto macroeconómico (% del PIB)

Programa / Servicio	Costo diario por persona (USD)	Gasto / Costo (% del PIB)	Observaciones
Atención hospitalaria	$250 – $900	2,2% – 3,5%	(Camas de agudos/general)
Estancias de larga duración	$25 – $65	0,15% – 0,45% según nivel de cobertura	Dependencia severa (aprox, 1% de la población total)
Asistentes personales (Cuidado domiciliario formal)	$12 – $35	0,20% – 0,65% según nivel de subsidio	Simulaciones para México y Chile para dependencia moderada-severa costaría cerca de 0,6% del PIB,
Centros de día	$10 – $25	0,08% – 0,18%	
Programas de respiro para cuidadores	$15 – $40	0,03% – 0,07%	
Centros comunitarios municipales	$2 – $7	0,02% – 0,05%	

Programa / Servicio	Costo diario por persona (USD)	Gasto / Costo (% del PIB)	Observaciones
Atención Primaria de la Salud (APS)	$3 – $10	1,5% – 2,1%	La OPS recomienda al menos el 30% de su gasto público en salud a la APS (equivalente a ~2% del PIB) para garantizar un envejecimiento saludable,
Telecuidado / Telemedicina / Teleasistencia	$0,60 – $1,20	0,01% – 0,04%	La cobertura masiva de teleasistencia requiere menos de un 0,05% del PIB del país,

Fuente: CEPAL (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos.
Benedetti, F., Acuña, J., Fabiani, B. (2022). Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas con dependencia. BID.
Benedetti, F., Sancho, M., Hernández, M. (2024), "Por qué y cómo desarrollar centros de día: contribuyendo al bienestar de las personas mayores", BID.
Aranco, N., Stampini, M.et al. (2023), "Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores". BID
OIT y CEPAL (2022), "El trabajo de cuidados y los servicios de cuidado: Inversiones para una recuperación con equidad en América Latina y el Caribe".

Si un país de América Latina decidiera implementar un Sistema Nacional de Cuidados Integrales que sume asistentes personales, centros de día, teleasistencia y residencias, el costo macroeconómico total oscilaría entre el 0,9% y el 1,4% del PIB (con proyecciones al año 2030-2040 debido al cambio demográfico).

Los modelos del BID y la CEPAL muestran que, si no se realiza esta inversión de ~1,2% del PIB en cuidados intermedios y domiciliarios, la presión epidemiológica obligará a expandir el sistema de atención hospitalaria de agudos, lo que incrementaría el gasto en salud en más de 3 puntos porcentuales del PIB, generando un déficit fiscal severo y una menor eficiencia en la calidad de vida de las personas mayores.

Un ejercicio realizado por Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estimó los costos para Paraguay de varios servicios de cuidados con cuatro escenarios de cobertura. A continuación se presentan los principales resultados. La primera tabla presenta las estimaciones de cobertura.

Tabla 4: Estimaciones de cobertura para Paraguay

Cobertura	Población con Dependencia 65+	Total	Residencias (5%)	Cuidado domiciliario 10%, 25%, 45%, 75%	Centros de día (10%)	Teleasistencia (10%)
Baja (35%)	28.643	10.025	1.432	2.864	2.864	2.864
Media (50%)	28.643	14.321	1.432	7.161	2.864	2.864
70% (Alta)	28.643	20.050	1.432	12.889	2.864	2.864
100% (Completa)	28.643	28.643	1.432	21.482	2.864	2.864

Fuente: Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., & Ibarrarán, P. (2022). Funding Options for Long-Term Care Services in Latin America and the Caribbean. https://doi.org/10.18235/0004306

La siguiente tabla presenta los costos de los servicios por usuario y en tercer lugar se presentan los costos totales con una proyección al año 2050.

Tabla 5: Estimaciones de costos de los servicios de atención por usuario (en dólares), 2019

Ingreso laboral	Ingreso laboral	Residencias			Cuidados domiciliarios		Centros de día			Teleasistencia		
Moneda Local (Mes)	USD (Mes)	Costo Mensual	Costo Anual	Anual + Admin	Costo Anual	Anual + Admin	Costo Mensual	Costo Anual	Anual + Admin	Costo Anual	Anual + Admin	PIB millones
3.536.582	567	678	8.130	9.756	6.800	8.160	126	1.515	1.818	300	360	37.907

Fuente: Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., & Ibarrarán, P. (2022). *Funding Options for Long-Term Care Services in Latin America and the Caribbean*. https://doi.org/10.18235/0004306

Tabla 6: Número de usuarios y costo (USD) del sistema en el escenario de cobertura total según escenarios, 2019

	Total		Residencias		Cuidados domiciliarios		Centros de día		Teleasistencia	
Cobertura	Costo	% PIB	Usuarios	Costo Anual	Usuarios	Costo Anual	Usuarios	Costo Anual	Usuarios	Costo Anual
Baja (35%)	43.584.065	0,11	1.432	13.972.198	2.864	23.373.694	2.864	5.207.030	2.864	1.031.142
Media (50%)	78.644.606	0,21	1.432	13.972.198	7.161	58.434.236	2.864	5.207.030	2.864	1.031.142
Alta (70%)	125.391.995	0,33	1.432	13.972.198	12.889	105.181.625	2.864	5.207.030	2.864	1.031.142
Completa (100%)	195.513.078	0,52	1.432	13.972.198	21.482	175.302.708	2.864	5.207.030	2.864	1.031.142

Fuente: Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., y Ibarrarán, P. (2022). *Funding Options for Long-Term Care Services in Latin America and the Caribbean*. https://doi.org/10.18235/0004306

Como puede verse, la implementación de una política de cuidados varía entre 0,11% del PIB al 0,52% del PIB dependiendo de la cobertura. A largo plazo (2050), los costos se triplicarán debido al envejecimiento de la población. De ahí la relevancia de un diseñar un sistema que además de ser costo-eficiente brinde calidad de vida a la población mayor.

Tabla 7: Proyecciones del costo del sistema en el largo plazo (%PIB), 2050

Cobertura	Total 2019		2050
	Costo (USD)	% PIB	% PIB
Baja (35%)	43.584.065	0,11	0,30
Media (50%)	78.644.606	0,21	0,54
Alta (70%)	125.391.995	0,33	0,86
Completa (100%)	195.513.078	0,52	1,34

Fuente: Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., y Ibarrarán, P. (2022). *Funding Options for Long-Term Care Services in Latin America and the Caribbean*. https://doi.org/10.18235/0004306

La última columna de la siguiente tabla muestra que el financiamiento de un sistema por medio de un aumento de la tributación general es viable en Paraguay ya que los ingresos tributarios deben aumentar menos del 5% según el umbral establecido por los autores en cualquiera de los tres escenarios.

Tabla 8: Viabilidad del financiamiento por medio de la tributación general

	Costo del sistema (% PIB)	Ingresos tributarios en las principales partidas (neta de seguridad social) (% PIB)	Aumento % en los ingresos tributarios (netos de seguridad social
Baja (35%)	0,11	10,2	1,1
Media (50%)	0,21	10,2	2,0
Alta (100%)	0,33	10,2	3,2

Fuente: Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., y Ibarrarán, P. (2022). *Funding Options for Long-Term Care Services in Latin America and the Caribbean.* https://doi.org/10.18235/0004306

El simulador de la Organización Internacional del Trabajo estima los costos de los servicios de larga duración para Paraguay y los efectos en el empleo. Como puede verse, el costo incremental de los servicios de larga duración con respecto al PIB es de 0,18%, nivel que se ubica cercano a los niveles estimados por los estudios anteriores. Para 2030 se estima 1,44% del PIB, nivel por encima de las proyecciones publicadas en los documentos del BID (1,34% para el año 2050).

Las diferencias en las estimaciones se deben a los parámetros utilizados (cobertura, proporción de cuidadores/as con respecto a la cantidad de personas mayores, copagos) y las variables incorporadas (con o sin la inclusión de infraestructura).

Para el simulador de la OIT, los servicios de cuidados de larga duración incluyen la ayuda o la asistencia a personas mayores, adultos y niños con limitaciones funcionales para que puedan realizar actividades de la vida diaria (cuidado personal), como bañarse y alimentarse, así como actividades que son determinantes para el cuidado personal, como mantener el hogar limpio, cocinar, ocuparse de tareas administrativas o socializar y posibilitar la participación en el empleo y la sociedad sin discriminación.

Normalmente, los servicios de cuidados de larga duración también comprenden ayuda médica básica. Estos servicios los prestan tanto el personal de enfermería como profesionales no sanitarios, incluyendo a asistentes personales o trabajadores del cuidado personal, así como trabajadoras y trabajadores domésticos.

Tabla 9: Estimaciones del simulador de la OIT

Inversión total adicional como % del PIB desde 2022 a 2030	1,44%
Inversión incremental adicional como % del PIB desde 2022 a 2030	0,18%
Inversión neta necesaria menos los ingresos tributarios generados por el aumento de la actividad económica (sin empleos inducidos)	1,30%
Inversión neta necesaria menos los ingresos tributarios generados por el aumento de la actividad económica (con empleos inducidos)	1,21%
Empleos generados (sin efectos inducidos)	123.823
% empleos directos	75,77%
% mujeres	72,77%
% formal (todos)	83,40%
% formal (mujeres)	90,55%
Empleos generados (con efectos inducidos)	153.764
% empleos directos	61,02%
% mujeres	66,66%
% formal (todos)	73,29%
% formal (mujeres)	83,41%

Fuente: ILO Global Care Policy Portal Home

5.3. El envejecimiento y sus posibles efectos en la economía paraguaya

Paraguay enfrenta el reto de atender una demanda cada vez mayor de personas mayores, cuyo volumen se duplicará en las próximas décadas, y con ello incrementará la demanda de cuidados de largo plazo.

A pesar de los esfuerzos realizados a nivel nacional (Ley 5537/2016 que regula los establecimientos de atención a personas mayores, la Política Nacional de las Personas Mayores 2023 y la PNCUPA 2030), que dan cuenta de que el país está en una fase inicial de construcción de un sistema de cuidados, la responsabilidad del cuidado recae principalmente en las familias, especialmente en mujeres, con escaso apoyo institucional, lo que significa que cuando lo reconoce como un derecho humano y social, sigue siendo una obligación privada.

Los países de América Latina con sistemas de cuidado muestran que es posible pasar de un modelo familiarista a uno corresponsable, donde el Estado garantiza servicios y reconoce a quienes cuidan, integrando servicios públicos con apoyo comunitario y del sector privado.

Los desafíos comunes en el proceso de implementación son: financiamiento sostenible, ampliación de cobertura, profesionalización del cuidado y equidad de género. La construcción de los sistemas de cuidados requiere de una cooperación y articulación interinstitucional, tanto en el sector público como entre diferentes sectores, fundamental para optimizar recursos, desarrollar programas conjuntos, ampliar la oferta de servicios y evitar duplicaciones. Esta articulación fortalece la sostenibilidad de los servicios y garantiza una atención integral.

La gestión de los servicios de cuidado debe basarse en un enfoque de derechos humanos, que asegure la dignidad y la igualdad de trato de todas las personas mayores. Esto implica incorporar una perspectiva de género y diversidades, con un enfoque interseccional, así como aplicar la atención centrada en la persona como principio transversal. Dicho enfoque supone reconocer la singularidad de cada individuo, respetar sus preferencias y proyectos de vida, y garantizar que las actividades se adapten a sus necesidades, mediante escucha activa, flexibilidad y un trato digno.

Desde el enfoque de curso de vida, los servicios deben concebirse como espacios que acompañan las distintas etapas del envejecimiento, reconociendo la acumulación de experiencias, saberes y trayectorias de las personas. Esto se traduce en la promoción de un envejecimiento activo y saludable, que no solo atiende a la dimensión física, sino también a la mental, emocional y social, fortaleciendo la autonomía y la capacidad de decisión de los usuarios.

Un aspecto de especial relevancia es la prevención de los malos tratos. En muchos casos, las personas con demencia u otras condiciones cognitivas no logran identificar o denunciar conductas que atentan contra su bienestar, ya sea por miedo, desconocimiento o incapacidad de expresión (INSSJP-PAMI, 2023). Asimismo, la capacitación continua del personal es indispensable para asegurar la calidad del servicio.

Según un comunicado de prensa del Banco Interamericano de Desarrollo, la construcción de un sistema de cuidados en la región requiere inversiones entre el 1%-3% del PIB en la mayoría de los países (BID, sf). Se estima que los centros de día tienen un precio promedio de aproximadamente 234 dólares mensuales, lo que representa entre 3,4 y 4 veces menos que el de las residencias de larga estadía, cuyo valor oscila entre 804 y 939 dólares mensuales. El alcance de los centros diurnos en América Latina y el Caribe, es nacional, provincial o municipal, y su financiación puede ser pública o privada (Benedetti et al., 2024).

El proceso de envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos estructurales para la economía paraguaya en las próximas décadas. A diferencia de las economías desarrolladas, donde esta transición se produjo de manera gradual y en contextos de mayor consolidación institucional, Paraguay experimenta este fenómeno de forma acelerada y en un entorno caracterizado por desigualdades persistentes, alta informalidad laboral y sistemas de protección social y de cuidados de baja cobertura, incompletos y fragmentados.

En este marco, el envejecimiento no solo implica un cambio demográfico, sino una transformación profunda en la estructura económica, que afecta tanto la oferta de trabajo como la demanda agregada, las finanzas públicas y los mecanismos de redistribución intergeneracional. Estos efectos deben ser analizados desde un enfoque integral de ciclo de vida, dado que involucran interdependencias entre distintos grupos etarios, sexo y estrato económico.

A continuación se presentan algunas de las vías por las cuales el envejecimiento afectará a la economía paraguaya, lo que exige pensar en las políticas económicas y sociales para reducir los efectos negativos y aprovechar las oportunidades que ofrece la transición demográfica en Paraguay.

Presiones económicas a la población trabajadora

Uno de los efectos más inmediatos del envejecimiento es el aumento de la carga económica sobre la población en edad de trabajar. Este grupo deberá sostener simultáneamente a los extremos dependientes de la estructura etaria, niños, adolescentes y personas mayores, generando una doble presión financiera.

El incremento de la longevidad conlleva un mayor consumo por parte de la población adulta mayor, especialmente en servicios de salud, cuidados de largo plazo y pensiones. Paralelamente, las exigencias de una economía basada en el conocimiento demandan mayores inversiones en educación y formación por cada hijo, elevando los costos asociados al desarrollo de capital humano.

En consecuencia, una proporción creciente de los ingresos de los trabajadores deberá destinarse al financiamiento de transferencias públicas y privadas. Esto podría reducir su capacidad de ahorro, afectar su bienestar presente y comprometer su seguridad económica futura.

Asimismo, el envejecimiento también impacta en la dinámica de la fuerza laboral. A medida que aumenta la edad promedio de los trabajadores y se aproxima el fin del bono demográfico, se intensifican las presiones sobre la productividad y el crecimiento económico. Si bien el incremento en la participación laboral femenina puede mitigar parcialmente este efecto, no resulta suficiente para compensar completamente la reducción en la expansión de la fuerza de trabajo.

Aumento en las necesidades de financiar políticas públicas para la población infantil, adolescente y en edad de trabajar

La desaceleración del crecimiento de la población en edad de trabajar, derivada de la disminución de la fecundidad, implica un cambio en los motores tradicionales del crecimiento económico. En este nuevo escenario, el aumento del Producto Interno Bruto (PIB) dependerá en mayor medida de (Banco Mundial, 2020).

Para lograrlo, se requieren inversiones sostenidas en capital humano, particularmente en educación, capacitación laboral y desarrollo de habilidades, dado que estos factores inciden directamente en la competitividad económica (PNUD, 2025). Estas inversiones son esenciales para sostener la productividad frente a la reducción de la fuerza laboral y el acortamiento del bono demográfico (CEPAL, 2025b). Los niveles de inversión pública en educación son comparativamente bajos respecto al promedio de la región lo que genera una importante presión para ampliar el espacio fiscal.

Sin embargo, Paraguay presenta niveles relativamente bajos de inversión educativa en comparación con otros países de la región, lo que limita su capacidad para enfrentar los efectos del envejecimiento. Esta situación dificulta la adaptación a las nuevas exigencias del mercado laboral y restringe las posibilidades de crecimiento económico sostenido.

Aumento en las necesidades de financiar políticas públicas para la población mayor

El envejecimiento poblacional genera un incremento sostenido en la demanda de servicios dirigidos a la población adulta mayor, particularmente en salud, pensiones y cuidados (OCDE, 2026). Este fenómeno modifica la estructura de la demanda agregada y aumenta la presión sobre el gasto público (CEPAL, 2025b).

El sistema previsional paraguayo, caracterizado por su fragmentación, baja cobertura y predominancia de esquemas de reparto, enfrenta importantes desafíos de sostenibilidad. La reducción en la proporción de aportantes activos respecto a los beneficiarios intensificará la presión fiscal (Persino & Ter-Minassian, 2021), por lo que el Estado se ve obligado a expandir los programas de transferencias monetarias no contributivas para contener la incidencia de la pobreza en la vejez.

Por otro lado, el envejecimiento conlleva una transición epidemiológica, caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, la diabetes y las demencias, lo que incrementa la demanda de servicios médicos especializados (CEPAL, 2025b). Estas patologías requieren tratamientos prolongados, costosos y de alta complejidad. El sistema de salud paraguayo, con un alto nivel de gasto de bolsillo y elevada informalidad laboral, podría ver deteriorada su capacidad de respuesta, profundizandolas desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y aumentando la vulnerabilidad económica de los hogares que deben asumir parte de estos costos.

Aumento de la deuda pública

Según Mason y Lee (2022), el envejecimiento demográfico modifica la forma en que las economías financian el consumo durante la vejez, al alterar el equilibrio entre las transferencias públicas y la acumulación de activos privados. A medida que aumenta la proporción de personas adultas mayores, se incrementa la demanda de gasto público en pensiones, salud y cuidados de largo plazo, ejerciendo una presión creciente sobre las finanzas públicas. Cuando este aumento del gasto no es acompañado por mayores ingresos fiscales o reformas en los sistemas de protección social, los déficits fiscales tienden a ampliarse y, con ello, aumenta la deuda pública (Mason y Lee, 2022).

Al mismo tiempo, el envejecimiento incentiva una mayor acumulación de activos financieros durante la vida laboral, ya que los hogares incrementan el ahorro para sostener el consumo en la etapa de retiro. Este proceso favorece la profundización de los mercados de capital y amplía la disponibilidad de recursos para financiar la inversión y, en parte, el propio endeudamiento público. Sin embargo, la magnitud de estos efectos depende de la forma en que cada sociedad financia el consumo en la vejez, del peso relativo de las transferencias públicas frente al ahorro privado y de la capacidad de las políticas económicas para mantener la sostenibilidad fiscal en un contexto de creciente envejecimiento poblacional.

Conclusiones

Paraguay transita un proceso sostenido de envejecimiento poblacional que se intensificará en las próximas décadas. Este fenómeno tendrá efectos estructurales sobre la economía, particularmente por la desaceleración del crecimiento de la fuerza laboral y el progresivo agotamiento del bono demográfico.

Los resultados muestran que el envejecimiento incrementará la presión sobre la población en edad de trabajar, afectando la sostenibilidad del consumo, el ahorro y el bienestar intergeneracional. A su vez, se proyecta un aumento significativo del gasto en salud, jubilaciones, pensiones y cuidados, lo que plantea desafíos relevantes para la sostenibilidad fiscal, especialmente en un contexto de baja cobertura y fragmentación del sistema de protección social.

La transición epidemiológica y los cambios en las estructuras familiares intensificarán la demanda de servicios de salud y sistemas formales de cuidado, evidenciando limitaciones institucionales actuales. Estas dinámicas se ven profundizadas por desigualdades preexistentes, particularmente de género.

El envejecimiento poblacional en Paraguay constituye un desafío estructural con implicancias económicas de largo plazo, cuya gestión requiere políticas públicas integrales orientadas a mejorar la productividad, fortalecer la protección social y garantizar la sostenibilidad fiscal y la equidad intergeneracional.

En este sentido, la actual etapa del bono demográfico representa una ventana de oportunidad que debe ser aprovechada de manera estratégica para anticipar los efectos del envejecimiento. La implementación oportuna de políticas orientadas al fortalecimiento del capital humano, la formalización del empleo y la ampliación de la cobertura de los sistemas de protección social permitirá reducir las presiones futuras y mejorar las condiciones de bienestar a lo largo del ciclo de vida.

Resulta fundamental avanzar hacia un enfoque integral de políticas públicas que articule las dimensiones económicas, sociales y demográficas del envejecimiento. Esto implica no solo responder a las demandas emergentes de salud, pensiones y cuidados, sino también promover entornos inclusivos, equitativos y sostenibles que permitan a las personas envejecer con dignidad, participación activa y pleno ejercicio de sus derechos.

El análisis económico demuestra que la inacción estatal resulta fiscalmente insostenible. La falta de servicios comunitarios desvía la demanda hacia la internación hospitalaria de agudos, generando un uso ineficiente de los recursos sanitarios. La implementación de un sistema de cuidados en Paraguay requeriría entre 0,1% del PIB y el 0,3% llegando al 1,3% hacia 2050.

La estructura de costos favorece ampliamente a las alternativas comunitarias: los centros de día cuestan unos 234 USD mensuales ($10–$25 diarios), siendo de 3,4 a 4 veces más económicos que las residencias ($804–$939 mensuales), mientras que la teleasistencia requiere menos del 0,05% del PIB. Ignorar esta inversión aumentará el gasto hospitalario en más de 3 puntos del PIB.

En el empleo, la política de cuidados formaliza el sector y libera a las cuidadoras informales; por cada tres cuidadoras familiares respaldadas por atención formal, una se incorpora al em-

pleo remunerado de tiempo completo. Para Paraguay, la OIT estima la generación de 123.823 a 153.764 empleos (directos e inducidos), ocupados en un 72,8%–75,8% por mujeres y con tasas de formalidad superiores al 83%, potenciando el "bono femenino".

En el PIB, los cuidados operan con un multiplicador económico de 1,6 y presentan retornos de inversión social (RSI) entre 1,3 y 3,1, pudiendo alcanzar un ROI acumulado del 200% en unos años según la experiencia internacional. En las empresas, las medidas de cuidado reducen la rotación, elevan la productividad y generan un retorno de 3:1 por cada dólar invertido.

En el sistema tributario, el gasto en cuidados retorna al fisco vía impuestos y cotizaciones sociales. En Paraguay, financiar el sistema con tributación general requiere un incremento neto de ingresos tributarios de solo 1,1% a 3,2%, confirmando su viabilidad fiscal teniendo en cuenta la baja presión tributaria actual.

Las conclusiones de los capítulos ratifican que el envejecimiento no debe afrontarse como una crisis fiscal inevitable. El modelo familiarista traslada el costo del cuidado de forma ineficiente y regresiva hacia los hogares. Consolidar un Sistema Nacional de Cuidados es una estrategia costo-efectiva que sustituye atenciones hospitalarias costosas por servicios comunitarios de proximidad. Esta inversión estimula el empleo formal femenino, incrementa el PIB mediante un multiplicador positivo y fortalece la recaudación del sistema tributario. Aprovechar el bono demográfico permitirá transformar la transición etaria en una oportunidad para el desarrollo sostenible y la equidad social.

Referencias bibliográficas

Acosta, E. (2015). Cuidados en crisis: mujeres migrantes hacia España y Chile: dan más de lo que reciben. *Ediciones Universidad de Deusto-Universidad Alberto Hurtado*.

Aguirre-Cuns, R., & Scavino-Solari, S. (2016). *Cuidar y ser cuidado en la vejez: Desigualdades de género en Uruguay*. Papeles del CEIC, (150), 1-41. https://doi.org/10.1387/pceic.15449

Alfonso, F, J. C. (2000). *El proceso de envejecimiento de la población, Comentarios a los documentos presentados en la Sesión* I. En SERIE Seminarios y conferencias N° 2. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. CEPAL, Santiago de Chile.

Álvarez, I., Uxó, J., Bermejo, F., Del Pozo, R., Gómez, E., Moya, P., Molero, R., Pérez Ortiz, L., & Villanueva, P. (2026). *El derecho al cuidado y la economía de los cuidados en España*. Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE). https://cenie.eu/sites/default/files/Derecho_al_Cuidado.pdf

Apella, I, Packard,T, Joubert,C. Zumaeta, M (2019). *Retos y oportunidades del envejecimiento en Chile*. Banco Mundial.

Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibarrarán, P., & Torres, E. (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe: Protección social y calidad de vida de las personas mayores*. Banco Interamericano de Desarrollo. https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf

Araujo Benavides, N., Ancajima Chiroque, D., & Orosco Naveros, A. (2025). Migración interna del campo a la ciudad: Estudios de casos en América Latina. *Diálogos Abiertos*, 74–100. https://orcid.org/0000-0001-7266-5683

Arber, S. y J. Ginn (1995), *Relación entre género y envejecimiento*. Enfoque sociológico, Madrid, Narcea.

Arteaga-Aguirre, C., Osorio-Parraguez, P., & Rodríguez Gutiérrez, B. (2025). Trayectorias de cuidado de mujeres centenarias en Chile. *Cultura de los Cuidados*, 153–168. https://doi.org/10.14198/cuid.26727

Asociación Paraguaya de Estudios de Población y Fondo de Población de las Naciones Unidas (ADEPO y UNFPA). (2002). La demografía y la población: Conceptos, teorías, debates y políticas. Serie Población y Desarrollo, volumen 1, 2° ed. Asunción, PY: ADEPO.

Balsa, A., Irazoqui, C., Salvador, S., Papadopolus, M., & Zak, D. (2025). El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento. https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/b.%20Sistema%20de%20Cuidados.%20Diagnóstico%2C%20desafíos%2C%20y%20recomendaciones%20para%20su%20fortalecimiento%20-%20Balsa%2C%20Irazoqui%2C%20Salvador%2C%20Papadopolus%2C%20Zak.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo. (s. f.*). BID apoya a México en su política nacional de cuidados*. https://www.iadb.org/es/noticias/bid-apoya-mexico-en-su-politica-nacional-de-cuidados

Banco Mundial. (2020). *When we're sixty-four: Opportunities and challenges for public policies in a population-aging context in Latin America*. World Bank. https://documents1.worldbank.org/curated/en/317921601879563351/pdf/When-Were-Sixty-Four-Opportunities-and-Challenges-for-Public-Policies-in-a-Population-Aging-Context-in-Latin-America.pdf

Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales.* Serie Asuntos de Género, N° 124 (LC/L.3958), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Becerra, A. V. (2007). Estimación de un modelo de demanda de servicios de salud en Uruguay. ¿Por qué se llenan los consultorios de urgencias? *Cuaderno de Economía*, (2), 107-122.

Benedetti, F., Sancho, M., & Hernández, M. (2024). *Por qué y cómo desarrollar centros de día: contribuyendo al bienestar de las personas mayores y cuidadoras.* Banco Interamericano de Desarrollo https://doi.org/10.18235/0012960.

Bernhardt, A. K., Lynn, J., Berger, G., Lee, J. A., Reuter, K., DaVanzo, J., Montgomery, A., y Dobson, A. (2016). *Making It Safe to Grow Old: A Financial Simulation Model for Launching MediCaring Communities for Frail Elderly Medicare Beneficiaries. The Milbank Quarterly, 94*, 597 - 625. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12199

Bertranou, E. (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.* Población y Desarrollo Nº 82. CEPAL/ CELADE, Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/65bce857-13df-4742-925a-f09fa22ee0ea/content

Bloom, D. E., & Williamson, J. G. (1998). Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia. *The World Bank Economic Review, 12*(3), 419–455.

Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2003). *The demographic dividend: A new perspective on the economic consequences of population change*. RAND Corporation. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2007/MR1274.pdf

Bloomberg Línea. (2025). *Latinoamérica sin hijos: Los desafíos de una región que envejece rápido*. https://www.bloomberglinea.com/latinoamerica/latinoamerica-sin-hijos-los-desafios-de-una-region-que-envejece-rapido/

Brito, J., & Mansilla, J. (2022). Ser mujer mayor y habitar la ciudad en América Latina: Una revisión situada y crítica. *Revista Internacional de Culturas y Literaturas*, 207–221. https://doi.org/10.12795/RICL2022.i25.13

Brown, J. R., y Finkelstein, A. (2007). *Why is the market for long-term care insurance so small*? Journal of Public Economics, 91(10), 1967–1991. PMID: 20046809. https://economics.mit.edu/sites/default/files/2022-08/Brown_Finkelstein_Whyisthemarketforlongtermcareins.pdf

Brown, J. R., y Finkelstein, A. (2009). *The private market for long-term care insurance in the U.S.: A review of the evidence*. Journal of Risk and Insurance, 76(1), 5–29. doi:10.1111/ j.1539-6975.2009.01286.x

Bucheli, M., Ceni, R., y González, C. (2007). *Transferencias intergeneracionales en Uruguay.* https://bvrie.bcu.gub.uy/local/File/JAE/2007/iees03j3410807.pdf

Cecchini, S., Comelatto, P., Holz, R., Kang, S., & Paes, Y. (2025). *Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. Serie Población y Desarrollo, Nº 140 (LC/TS.2025/50). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/es/publicaciones/82262-impactos-economicos-envejecimiento-america-latina-caribe-desafios-oportunidades

Centro Internacional sobre la Longevidad (CENIE). (s.f.). *La velocidad del envejecimiento: América Latina frente al espejo de Europa y Asia*. https://cenie.eu/es/blog/la-velocidad-del-envejecimiento-america-latina-frente-al-espejo-de-europa-y-asia

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - CEPAL. (2024a). *Revisión 2024 de estimaciones y proyecciones de población, sobre la base de World Population Prospects 2024*. Naciones Unidas. https://population.un.org/wpp/

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2024b). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2024 Paraguay*. Procesamiento propio a partir de https://celade.cepal.org/bdcelade/proyecciones/resultados/16_PRY.xlsx

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Banco Interamericano de Desarrollo (CELADE - BID). (1996). *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas.* Santiago de Chile.

Chackiel, J. (1999). "*Envejecimiento de la población latinoamericana: una relación de dependencia favorable?*". Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL-FNUAP, Santiago de Chile

Chackiel, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina, Documento* Nº 52 CEPAL/CELADE

Chenú-Morales, Rodrigo Luis, Bordón-Klein, Gerardo Andrés, & Garrido-Galeano, Pedro Yamil. (2019). Análisis del proceso migratorio causado por el flujo de migrantes paraguayos hacia España en el periodo 2002-2016. *Población y Desarrollo* , *25*(48), 7-19. https://doi.org/10.18004/pdfce/2076-054x/2019.025(48)007-019

Chesnais, J. C. (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/9182-proceso-envejecimiento-la-poblacion

Choi, J. W., y Yoo, A. (2023). Outcomes of the Pilot Project for Community Care Among Older Adults in South Korea. *Journal of Aging & Social Policy, 37*, 167 - 185. https://doi.org/10.1080/08959420.2023.2284571

Chon, Y. y Y. Kim (2020). *Reasons for turnover intention among direct care workers in Korea's long-term care insurance*. Healthcare, vol. 8, Nº 4, MDPI. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33053870/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1998). *Boletín Demográfico*, No. 62, Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ab46ba7e-2837-49d6-b3b9-6c359b141a67/content

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2004). *Informe Población, envejecimiento y desarrollo*. Trigésimo periodo de sesiones CEPAL. San Juan, Puerto Rico. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/f39b93d1-a314-4b11-b3c5-957a096e551d/content

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). *Panorama Social de América Latina 2008*. Santiago, Chile: CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1229/1/S0800829_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017a). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. CELADE, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017b). *Declaración de Asunción, Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos.* CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/48508-declaracion-asuncion-construyendo-sociedades-inclusivas-envejecimiento-dignidad

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2024). *Informe Seminario regional "Desafíos y oportunidades del envejecimiento poblacional: la economía plateada*", Santiago de Chile https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/informe_final_seminario_envejecimiento_y_economia_plateada-diagramado_0.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2008). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. Trigésimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana, 9 al 13 de junio. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019a). *Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente al COVID-19*. https://www.cepal.org/es/enfoques/vulnerabilidades-sociodemograficas-personas-mayores-frente-al-covid-19

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019b). *De beneficiarias a ciudadanas: Acceso y tratamiento de las mujeres en los sistemas de pensiones de América Latina*. CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/44488-beneficiarias-ciudadanas-acceso-tratamiento-mujeres-sistemas-pensiones-america

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content

Comisión Económica para América Latina. (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. CEPAL. https://www.cepal.org/es/enfo-ques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2024a). *Observatorio Demográfico 2024: Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en América Latina y el Caribe*. CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/81020-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2024-perspectivas-poblacionales

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025a). *Tendencias del proceso de envejecimiento y características demográficas de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Cartilla de Información. https://www.cepal.org/sites/default/files/infographic/files/2025-cepal-cartilla-informacion-01.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025b). *Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. CEPAL: https://www.cepal.org/es/enfoques/impactos-economicos-envejecimiento-america-latina-caribe-desafios-oportunidades

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (s.f.). *Acerca del envejecimiento*. https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento/acerca-envejecimiento

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2024b). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2024*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/80858-panorama-social-america-latina-caribe-2024-desafios-la-proteccion-social

Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de las Naciones Unidas (CEPAL y UNFPA). (2011). *Informe regional de población en América Latina y el Caribe 2011: invertir en juventud*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/3130-informe-regional-poblacion-america-latina-caribe-2011-invertir-juventud

Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Iberoamericana de Juventud (CEPAL y OIJ). (2008). *Juventud y cohesión social, un modelo para armar*. https://www.cepal.org/es/publicaciones/3639-juventud-cohesion-social-iberoamerica-un-modelo-armar

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cooperazione Italiana y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. CELADE, Santiago de Chile. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/manual-sobre-indicadores-calidad-vida-vejez

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y ONU Mujeres. (2023). *Cuidados y políticas públicas: resúmenes de investigación*. https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/items/01f60b11-90f0-4fb0-89e8-ed1e99c629f4

Consejo Nacional de Población. (2006). *La situación demográfica de México 2006*. https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2006

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2025). *Opinión Consultiva No. 31. El contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos*. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_31_esp.pdf

Costa-Font, J., & Courbage, C. (2024). *The affordability of long-term care systems in times of rapid population ageing*. VoxEU/CEPR. https://cepr.org/voxeu/columns/affordability-long-term-care-systems-times-rapid-population-ageing

Crealey, G., McQuade, L., O'Sullivan, R., & O'Neill, C. (2023). Arts and creativity interventions for improving health and wellbeing in older adults: a systematic literature review of economic evaluation studies. *BMC Public Health, 23*. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17369-x

Curioni, C., Silva, A. C., Damião, J. J., Castro, A., Huang, M., Barroso, T., Araujo, D., & Guerra, R. (2023). The Cost-Effectiveness of Homecare Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*. https://doi.org/10.3390/ijerph20043373

Da Silva Villar, A.; Caro Puga, S. y Gonzálvez Torralbo, H. (2023). *Vejez y políticas públicas en Latinoamérica: una revisión de la literatura. Perfiles Latinoamericano*s, 32(63). FLACSO México. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532024000100107

De Carvalho, I. A., Epping-Jordan, J., Pot, A., Kelley, E., Toro, N., Thiyagarajan, J., & Beard, J. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization, 95*, 756 - 763. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5677611/

Elder, Ch. y R. Cobb (1993). *Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos*, en L. Aguilar, Problemas públicos y agenda de gobierno, México, D. F. https://maxicamposrios.com.ar/wp-content/uploads/2014/03/ELDER-C-y-ROGER-C..pdf

Fabiani, B. (2023). *Cuidando a los cuidadores: el panorama del trabajo de cuidados remunerados en América Latina y el Caribe*. Nota técnica del BID. https://publications.iadb.org/es/cuidando-los-cuidadores-el-panorama-del-trabajo-de-cuidados-remunerados-en-america-latina-y-el

Fernández-Christlieb, F. (2010). *Envejecimiento: Algo de teoría y un caso práctico*. Debate Feminista, 42, 136-144. https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/823

Flores, G., Rivas, E. y Seguel, P. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería, 18(1)*. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1998). *Estado de la Población Mundial 1998: Las Nuevas Generaciones*. Nueva York.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío*. UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *Peculiaridades de la emigración internacional y tendencias recientes (2009-2011)*. Documento de trabajo Nº 11. Programa Conjunto Oportunidades. Asunción, Paraguay: UNFPA. https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/documento_11_UNFPA.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2025). *La verdadera crisis de fecundidad: Alcanzar la libertad reproductiva en un mundo de cambios* (Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2025). UNFPA https://www.unfpa.org/es/swp2025

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (s.f.). *Envejecimiento de la población*. https://www.unfpa.org/es/envejecimiento-de-la-poblaci%C3%B3n

Gabinete Social de la Presidencia de la República (GS). (2023). Política Nacional de Cuidados (PNCUPA) – 2030. https://gabinetesocial.gov.py/wp-content/uploads/2023/10/ploti.pdf

Gobierno de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2018). Análisis de situación de población (ASP) Colombia 2018. Miguel Ángel Porrúa. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ASPCOLOMBIA_GEN_web_4.pdf

Gonzálvez-Torralbo, H. (2018). *Género, cuidados y vejez: Mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile*. Revista Prisma Social, (21), 194-218. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521442

Guzmán, J. M. y Orellana H. (1986). *Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en países seleccionados de América Latina ¿nuevas tendencias?: los casos de Cuba, Chile y Costa Rica.* CELADE.: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4adfbec0-b391-4176-9e13-1db56a96176b/content

Haupt, A.; Kane, T. 1980. *Guía Rápida de Población, 2° ed.* Washington, EEUU: Population Reference Bureau.

HelpAge International (2017). *Agenda 2030 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el envejecimiento global*. Londres: HelpAge. https://www.helpage.es/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-la-agenda-2030/

Homethrive. (2025*). How Caregiving Benefits Drive ROI and Improve Workplace Culture*. Homethrive: https://homethrive.com/blog/beyond-roi-the-true-impact-of-caregiving-benefits/

Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*, serie. Población y Desarrollo, (51). CEPAL, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/7193-marco-legal-politicas-favor-personas-mayores-america-latina

Huenchuan, S. (2009). *Escenarios futuros en políticas de vejez: estudio Delphi comparado en países seleccionados*. CEPAL y UNFPA, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/45525-escenarios-futuros-politicas-vejez-estudio-delphi-comparado-paises-seleccionados

Huenchuan, S. (2013), "*Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*", Documentos de Proyectos (LC/W.566), Santiago, CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/35929-perspectivas-globales-la-proteccion-derechos-humanos-personas-mayores-2007-2013

Huenchuan, S. (2013). *El cambio de paradigma: La consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos*. En V. Montes de Oca (Coord.), Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (pp. 561-598). México: IIS-UNAM. https://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/4567

Huenchuan, S. (2013). *Materiales avanzados de estudio y aprendizaje. Los derechos de las personas mayores*. Módulo 1 y 2. CEPAL, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/21497-derechos-personas-mayores-materiales-estudio-divulgacion

Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva

Huenchuan, S. (2018). *Los derechos humanos en un contexto de envejecimiento y la protección de los derechos de las personas mayores*. En S. Huenchuan (Ed.), Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos (pp. 85-134). Santiago de Chile: CEPAL. https://doi.org/10.18356/dbab81cb-es

Huenchuan, S. (2024). *Cuidados de largo plazo para personas mayores: perspectivas demográficas y sociales en el Caribe hispano, Centroamérica y México*. (LC/MEX/TS.2024/17). CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/81082-cuidados-largo-plazo-personas-mayores-perspectivas-demograficas-sociales-caribe

Huenchuan, S. y M. Roqué (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*, Documentos de Proyectos (LC/W.263), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. https://www.cepal.org/es/publicaciones/3859-envejecimiento-sistemas-cuidados-oportunidad-o-crisis

Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*, colección Documentos de proyecto N° 305, CEPAL, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/3749-desafios-la-proteccion-internacional-derechos-humanos-personas-edad

Huenchuan, S., & Rodríguez, R. (Eds.). (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942). CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/37523-autonomia-dignidad-la-vejez-teoria-practica-politicas-derechos-personas-mayores

Hunt, L. (2009). *La invención de los derechos humanos*. Barcelona, Tusquets Editores.

Hunter, R., Frost, R., Kalwarowsky, S., Marston, L., Pan, S.-N., Avgerinou, C., Clegg, A., Cooper, C., Drennan, V., Gardner, B., Goodman, C., Logan, P., Skelton, D. A., & Walters, K. (2025). Funding Health Promotion Activities to Reduce Avoidable Hospital Admissions in Frail Older Adults (HomeHealth): Further Challenges to the "Cost-Effective but Unaffordable" Paradox. *Applied Health Economics and Health Policy, 23*, 1099 - 1113. https://doi.org/10.1007/s40258-025-00987-4

Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH) (2016). *Personas Mayores: hacia una agenda regional de derechos*. RAADH/IPPDH. https://ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/Personas-Mayores-OK-Web-1.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2005). Serie *Condiciones de Vida en Paraguay. Tamaño y Estructura de la Población*. Ricardo Neupert. Fernando de la Mora.

Instituto Nacional de Estadística (INE) Bolivia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (INE Bolivia y UNFPA). (2003). *Bolivia: Situación Sociodemográfica de la Población Adulto Mayor*. INE, La Paz.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024a). *Resultados finales del Censo Nacional de Población y Viviendas 2022.* https://www.ine.gov.py/censo2022/

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024b). Estimaciones y proyecciones de la población nacional por sexo y edad.1950-2050. Revisión 2024 https://www.ine.gov.py/resumen/266/estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-nacional-por-sexo-y-edad-1950--2050-revision-2024

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2025). *Conociendo a la población con discapacidad* https://www.ine.gov.py/resumen/263/conociendo-a--la-poblacion-con-discapacidad

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). (2023). *Políticas de cuidado en la vejez desde el enfoque de los derechos humanos: Seminario internacional*. INSSJP. https://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2023/12/Seminario-Internac-de-Cuidado-en-la-Vejez.pdf

Kim, H. y S. Kwon (2021). *A decade of public long-term care insurance in South Korea: policy lessons for aging countries*. Health Policy, vol. 125, Nº 1. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102030275X

Kim, Y. y M. Kang (2022). *The triangular axes of universal health coverage achievement: the success factors behind Korean community-based health insurance expansion*. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, vol. 59. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9121493/

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). *Netherlands: Health system review*. Health Systems in Transition, 18(2), 1–240. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27467715/

Lee, R., & Mason, A. (2011). *Population aging and the generational economy: A global perspective*. Edward Elgar Publishing & International Development Research Centre. https://www.ntaccounts.org/doc/repository/Population%20Aging%20and%20the%20Generational%20Economy%20A%20Global%20Perspective.pdf

Leung, E., Guan, J., Chu, A. M. Y., Ching, S. C. C., Liu, Y., y Chen, F. (2024). *The valuation of older adult homecare services under a joint medical-social budgetary perspective*. Frontiers in Public Health, 12. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1428130

Linton, R. (1960). *Cultura y Personalidad.* México, MX: Fondo de Cultura Económica.

Magno de Carvalho, J. A. y Drumond Andrade, F. C. (2000). *Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos*. CEPAL – SERIE Seminarios y Conferencias N° 2. https://www.cepal.org/es/publicaciones/34673-envejecimiento-la-poblacion-brasilena-oportunidades-desafios

Marques, S. R., Rodrigues, R., Zerth, J., & Orrego, C. (2025). The use of social return on investment approaches to evaluate integrated long-term care in high-income countries: A scoping review.. *Health policy, 161*, 105414. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105414

Martínez C. (2012). *Bono de género en América Latina y el Caribe. Conceptos, metodología y aplicaciones.* CEPAL.

Martínez, L. (2008). Régimen de bienestar familista. En J. Martínez Franzoni (Comp.), *Arañando bienestar: Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central* (pp. 83–112). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores: atención a las situaciones de fragilidad y dependencia* (Vol. 82). Ediciones Médica Panamericana.

Mason, A., & Lee, R. (2022). Seis maneras en que el cambio demográfico afectará la economía global. *Population and Development Review*, 51–73. https://doi.org/10.1111/padr.12469

Mason, A., Lee, R. (2006). *Reform and support systems for the elderly in developing countries: capturing the second demographic dividend*. Genus, pp. 11-35 https://www.jstor.org/stable/29789308

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). (2013). Informe de monitoreo Nº 12/13: Hogar de adultos mayores "Santo Domingo". Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/Info12_13.pdf

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. (2018). Informe de seguimiento Nº 03/2018: Hogar de adultas y adultos mayores "Monseñor Emilio Sosa Gaona". Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/ISAM_03_18.pdf

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). (2021). Informe de visita de seguimiento IAM Nº 02/2021: Hogar Santo Domingo - Adultos Mayores. Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/IAM02-1.pdf

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. (2021). Informe de visita de monitoreo IAM Nº 05/21: Hogar Gijón Roga – Adultos Mayores. Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/IAM05.pdf

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. (2022). Informe de monitoreo Nº 07/2022: Hogar de adultas y adultos mayores "Monseñor Emilio Sosa Gaona". Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/IMHAM07-1.pdf

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). (2025). Informe de monitoreo IAM Nº 39/2025: Hogar de adultos mayores Santo Domingo. Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/IAM39.o.pdf

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. (2025). Informe de monitoreo IMAM Nº 05/2025: Hogar de ancianos Emilio Sosa Gaona. Asunción: MNP. https://mnp.gov.py/wp-content/uploads/IMAM05.pdf

Miller, R., C. Mason y M. Holz (2011). The fiscal impact of demographic change in ten Latin American Countries: projecting public expenditures in education, health, and pensions. *Population Aging: Is Latin America Ready?*, D. Cotlear (ed.), Washington, D.C., Banco Mundial. https://documents1.worldbank.org/curated/en/117291468299147625/pdf/588420PUB0Popu11public10BOX353816B0.pdf

Miller, T. y H. C. Castanheira (2013). The fiscal impact of population aging in Brazil: 2005-2050. *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 30, N° 2. https://www.scielo.br/j/rbepop/a/sjPKwFDrLhQhfBdcvJRG7kK/?lang=en

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2022). Sistema Nacional Integrado de Cuidados: Informe anual 2022 (ISBN 978-9974-902-58-9). Uruguay. https://www.gub.uy/sistema-cuidados/institucional/informacion-gestion/memorias-anuales/sistema-cuidados-informe-anual-2022

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. (2024). Sistema Nacional Integrado de Cuidados: Informe anual 2023 (ISBN 978-9974-902-58-9). Uruguay. https://www.gub.uy/sistema-cuidados/institucional/informacion-gestion/memorias-anuales/sistema-cuidados-informe-anual-2023

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, DGEEC, & UNICEF. (2017). *Encuesta MICS Paraguay 2016: Resultados principales*.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MSPBS, DGEEC y UNICEF) (2017). *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados MICS Paraguay 2016, Resultados principales*. https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/mics2016/Resultados%20Principales%20MICS%20Paraguay%202016.pdf

Montes de Oca Zavala, V. (2023). *Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores: análisis de experiencias en América Latina y el Caribe*, Documentos de Proyectos (LC/TS.2023/158), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/es/publicaciones/68790-politicas-sistemas-integrales-cuidados-largo-plazo-personas-mayores-analisis?utm_source=CiviCRM&utm_medium=email&utm_campaign=20240115_celade_doc

Moon, B. (2022). *Financial integration scenario for community integrated care: focusing on the Case of Korea*. International Journal of Integrated Care, vol. 22, Nº 18. https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.6465

Naciones Unidas (1982). *Report o f the world Assembly on Aging*. (Sales No. E.82.I.16), Vienna. https://digitallibrary.un.org/record/36044?v=pdf

Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Naciones Unidas, Nueva York. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Naciones Unidas (2022). *Manual de cuentas nacionales de transferencia: medición y análisis de la economía generacional*. CELADE- CEPAL, Santiago. https://www.cepal.org/en/node/61852

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. (2024). *World Population Prospects 2024*. https://population.un.org/wpp/

Naciones Unidas. (2022). *Caregiving in an ageing world*. https://www.un-ilibrary.org/content/papers/10.18356/27081990-143

Naciones Unidas. (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world

OCDE. (2026). *Ageing populations: Their fiscal implications and policy responses*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/10/ageing-populations-their-fiscal-implications-and-policy-responses_be4bd619/6aec03b3-en.pdf

OCR, UNFPA, CELADE y STP (2021). *Visibilizar el valor del tiempo: el trabajo no remunerado en los hogares y su incidencia en el desarrollo del Paraguay*. Cuentas Nacionales de Transferencias de Tiempo, CNTT Paraguay 2016. STP, Paraguay. https://paraguay.unfpa.org/es/publications/visibilizar-el-valor-del-tiempo-el-trabajo-no-remunerado-en-los-hogares-y-su-incidencia

Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores* AG/RES.2875 (XLV-O/15) http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

Okamoto, S., Sakamoto, H., Kamimura, K., Komamura, K., Kobayashi, E., & Liang, J. (2023). *Economic effects of healthy ageing: functional limitation, forgone wages, and medical and long-term care costs*. Health Economics Review, 13. https://doi.org/10.1186/s13561-023-00442-x

Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). *Day centres for older people: A systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived*. Ageing and Society, 40(1), 73-104 https://doi.org/10.1017/s0144686x18000843

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). *Is care affordable for older people?* OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/is-care-affordable-for-older-people_450ea778-en.html

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. (Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento). Nueva York: ONU. https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf

Organización de los Estados Americanos (OEA) (2017). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Cuaderno Jurídico y Político, 2(7), 65-89. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240079694

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Cuidados a largo plazo para las personas mayores. Conjunto de intervenciones para alcanzar la cobertura universal de salud*. OPS. https://doi.org/10.37774/9789275329436.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2024). *Ageing and employment*. https://www.oecd.org/en/topics/ageing-and-employment.html

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2026). *Ageing populations: Their fiscal implications and policy responses*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/ageing-populations-their-fiscal-implications-and-policy-responses_6aec03b3-en.html

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Envejecimiento activo: Un marco político*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37(S2), 74-105. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694

Palma, A., Perrotta, V., & Rovira, A. (2019). *Avances y tensiones en el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos humanos*. En S. Huenchuan & A. Rovira (Eds.), Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe (pp. 29-46). México: CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/44806-medidas-clave-vejez-envejecimiento-la-implementacion-seguimiento-objetivos

Paredes, M. (2014). Las personas mayores en el Uruguay: el perfil sociodemográfico y los desafíos para las políticas públicas. En *Notas de Población*. Nro. 98. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pp.41-73. https://www.cepal.org/es/publicaciones/37708-personas-mayores-uruguay-perfil-sociodemografico-desafios-politicas-publicas

Pautassi, L. (2018). El *cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. Revista de la Facultad de Derecho de México*, Tomo LXVIII (272) http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588.

Peña, W. y Rivera, M. (2016). *Metodología para la estimación de las Cuentas Nacionales de Transferencia de El Salvador*, NTA Working Papers, N° 16-06. https://ntaccounts.org/web/nta/show/Abstract%20WP16-06

Persino, C., & Ter-Minassian, T. (2021). *Enfrentando los costos fiscales del envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe con lecciones de los países desarrollados*. https://publications.iadb.org/en/publications/spanish/viewer/Enfrentando-los-costos-fiscales-del-envejecimiento-poblacional-en-America-Latina-y-el-Caribe-con-lecciones-de-los-paises-desarrollados.pdf

Pilotto, A., Ragusa, F. S., Veronese, N., Custodero, C., Titone, P. R., Vassallo, G., Seminerio, E., Morganti, W., Botrugno, A., Margilio, B., Barbagallo, M., Custureri, R., & Hiligsmann, M. (2026). Cost effectiveness of comprehensive geriatric assessment: a systematic review. *Health Economics Review, 16*. https://doi.org/10.1186/s13561-026-00758-4

Pinto, G. (2011). El bono demográfico: una oportunidad de crecimiento económico. *Umbrales*, 22, 157-173. https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/8ADDDC94701458B1052581A6005F0624/$FILE/a09.pdf

Pinto, G. (2016). El bono demográfico en América Latina: El efecto económico de los cambios en la estructura por edad de una población. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 9. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5260555

PNUD. (2025). Latin America and the Caribbean. *Reaping What We Sow: How Demographic Change and Social Protection Will Shape LAC's Future*: https://www.undp.org/latin-america/blog/reaping-what-we-sow-how-demographic-change-and-social-protection-will-shape-lacs-future

Pratt Fairchild, H. (Ed.). 1974. *Diccionario de Sociología*. México, MX: Fondo de Cultura Económica.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2025). *Reaping what we sow: How demographic change and social protection will shape Latin America and the Caribbean's future*. https://www.undp.org/latin-america/blog/reaping-what-we-sow-how-demographic-change-and-social-protection-will-shape-lacs-future

Quinn, G. M. y T. Deneger (2002). *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos

Raice, D. (2000). *Cost of illness studies: what is good about them?*. Injury Prevention; 6:177–179. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11003181/

República del Paraguay. *Ley 1885/2002 "De las personas adultas mayores"*. En: https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/5100/de-las-personas-adultas

Saad, P., Miller, T., Martínez, C., & Holz, M. (2012). *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/1495-juventud-bono-demografico-iberoamerica

Samorodov, A. (1992). *Ageing and labour markets for older workers*. OIT. https://www.ilo.org/publications/ageing-and-labour-markets-older-workers

Santos-Padrón, H., Martínez-Calvo, S., Martínez-López, M., Álvarez-Malpica, I. (2011). *La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México*. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10 (21): 33-47, julio-diciembre de 2011. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272011000200003

Schkolnik, S. (1990). *El envejecimiento de la población de América Latina, 1950 -2025. El proceso de envejecimiento de la población*, CELADE, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/en/publications/america-latina-caribe-envejecimiento-la-poblacion-1950-2050-latin-america-and-caribbean

Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). F*amilies caring for an aging America.* National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396401/

Serafini, V. (2020). *Cuentas Nacionales de Transferencias en el Paraguay en 2012: instrumento para las políticas públicas.* Serie Población y Desarrollo, N° 130 (LC/TS.2020/57), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/es/publicaciones/45842-cuentas-nacionales-transferencias-paraguay-2012-instrumento-politicas-publicas

Serafini, V. (2025). *Seguridad Social Contributiva en Paraguay: Una Perspectiva de Economía Política*. Latin American Perspectives, 52 (3), 64-81. https://doi.org/10.1177/0094582X251324510

Serafini, V. y Zavattiero, C. (2017). *Cuenta regresiva. ¿Cómo aprovechar el bono demográfico en Paraguay?* Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (ISBN 978-99953-51-13-7) (pp. 64). https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/libro%20Cuenta%20regresiva%20web_1.pdf

Shehu, E., & Kaskie, B. (2025). Economic Benefits of Care Coordination for Older Adults. *Innovation in Aging, 9*. https://doi.org/10.1093/geroni/igaf122.3507

Shehu, E., Kaskie, B., Ohms, K., Liebzeit, D., Ashida, S., Buck, H., & Dan, S.-N. M. (2024). Estimating Cost Savings of Care Coordination for Older Adults: Evidence from the Iowa Return to Community Program. *Population Health Management, 28*, 22 - 30. https://doi.org/10.1089/pop.2024.0192

Shen, K. (2024). Who benefits from public financing of home-based long-term care? Evidence from Medicaid. *Journal of Public Economics, 236*, 105151. https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2024.105151

Sillcox, C., Shapiro, E., Rodriguez-Barizonte, A., Hahn-Goldberg, S., Anderson, M., Sahakyan, Y., & Sander, B. (2026). Social Return on Investment of Interventions Supporting Aging in Place: A Systematic Review.. *Journal of the American Medical Directors Association*, 106177. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2026.106177

Sistema de Información Legislativa del Paraguay (SILpy) (2021). Proyecto de ley, expediente: D-2165538 que crea Sistema Nacional de Cuidados (SINACUP) https://silpy.congreso.gov.py/web/expediente/125027

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies*. European Social Policy Network (ESPN), European Commission. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cb491a43-98cf-4317-a1c0-894496160743/content

Stampini, M., Llena-Nozal, A., Soto Iguarán, C., Aranco, N., Benedetti, F., Fabiani, B., Garcia Diaz, M., Killmeier, K., Lupica, C., & Rauet Tejeda, J. (2025). *¿Quién cuida? Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe*. https://doi.org/10.18235/0013724

Thanh, N., Patil, T., Knudsen, C., Hamlin, S., Lightfoot, H., Hanson, H., Cleaver, D., Chan, K., Silvius, J., Oddie, S., & Fielding, S. (2020). Return on Investment of the Primary Health Care Integrated Geriatric Services Initiative Implementation. *The journal of mental health policy and economics, 23 3*, 101-109. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32853159/

Trépel, D., Ruiz-Adame, M., Cassarino, M., Ahern, E., Devlin, C., Robinson, K., O'Shaughnessy, Í., Mccarthy, G., Corcoran, C., y Galvin, R. (2024). The cost effectiveness of early assessment and intervention by a dedicated health and social care professional team for older adults in the emergency department compared to treatment-as-usual: Economic evaluation of the OPTI-MEND trial. *PLOS ONE, 19*, e0298162 - e0298162. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298162

United Nations Economic Commission for Europe. (2023). *Older persons in vulnerable situations: Policy strategies to support them* (ECE/WG.1/42/PB28). https://unece.org/sites/default/files/2024-12/ECE-WG.1-42-PB28.pdf

Vieira Pinto, A. (1973). El pensamiento crítico en demografía. Santiago, CL: CELADE.

Villa, M. y D. González (2004). Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro. *Revista de Sociología*, N° 18, Santiago, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. https://revistadesociologia.uchile.cl/index.php/RDS/article/view/27802/29471

Villa. M. y Rivadeneira, L. (1999). *El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. CEPAL- FNUAP, Santiago de Chile. https://www.cepal.org/es/publicaciones/6480-proceso-envejecimiento-la-poblacion-america-latina-caribe-expresion-la-transicion

Viveros-Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. (Serie Población y Desarrollo, núm. 22). Santiago de Chile: CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/7155-envejecimiento-vejez-america-latina-caribe-politicas-publicas-acciones-la

Zagrodney, K., King, E., Simon, D., Nichol, K., & McKay, S. M. (2023). A Good Investment: Expanding Capacity to Care for Older Adults in the Home and Community Care Sector Through Increased Personal Support Worker Wages. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 43*, 197 - 202. https://doi.org/10.1017/s0714980823000557

Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya

GOBIERNO DEL PARAGUAY | CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

PROCIENCIA
PROGRAMA PARAGUAYO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Con el apoyo de:
Feei
Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación