



COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



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

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps



COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento es una publicación de la sede subregional en México de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Fue elaborado por Sandra Huenchuan, Funcionaria de la Unidad de Desarrollo Social, bajo la supervisión de Pablo Yanes, Coordinador de Investigaciones, y Miguel del Castillo, Jefe de la Unidad de Desarrollo Social. Kevin Vásquez y Ángel Barreto, Consultores de la Unidad, reunieron insumos para su elaboración.

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

Imágenes de cubierta: Adobe Stock y Teresita Aguilar, Presidenta de la Junta Rectora del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) de Costa Rica (2018-2020), cortesía del CONAPAM, Costa Rica.

Notas explicativas:

- La coma (,) se usa para separar los decimales.

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

Publicación de las Naciones Unidas

LC/MEX/TS.2020/31

Distribución: L

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2020

Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Ciudad de México, 2020-47

Esta publicación debe citarse como: S. Huenchuan, *COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión* (LC/MEX/TS.2020/31), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020

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

Índice

Introducción	9
I. El contexto demográfico de la pandemia por COVID-19 en la subregión	15
A. Una población subregional heterogénea que mantiene su potencial de crecimiento durante el siglo XXI.....	15
B. Cambios en la estructura etaria de la población: un camino compartido.....	19
C. El rápido envejecimiento de la población subregional	22
II. Una vulnerabilidad frente a la pandemia que no radica exclusivamente en la edad avanzada	27
III. La trayectoria de la pandemia por COVID-19 en la subregión	41
A. El contexto en el que se inició la pandemia en la subregión: síntesis general.....	41
B. Evolución de la pandemia en la subregión desde el 27 de febrero al 7 de octubre de 2020	42
IV. El impacto del COVID-19 en las personas mayores en la subregión	49
A. Las personas mayores tienen más probabilidad de enfermedad grave y muerte por COVID-19.....	49
B. Casos de estudio sobre el COVID-19 con énfasis en las personas mayores.....	53
1. Cuba	53
2. México	55
3. Consideraciones preliminares.....	59
V. Inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19	61
A. Servicios y sistemas de salud.....	61
B. Protección social y servicios sociales.....	63
C. Ingresos y empleo	64
D. Respuesta macroeconómica	67
E. Cohesión social y resiliencia comunitaria.....	69
F. Consideraciones preliminares.....	71
VI. Conclusiones	75
A. Los derechos humanos en el centro de la acción	75
B. La consideración de las personas mayores en las áreas críticas de acción sobre la pandemia en la subregión	79
C. Algunos mecanismos para fortalecer la inclusión de las personas mayores en la respuesta a la pandemia en la subregión	81
Bibliografía	83
Anexo: encuesta Inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19	89

Cuadros

Cuadro 1	Ratios de tasa de hospitalización y muerte por COVID-19 en comparación con los jóvenes de 18 a 29 años.....	50
----------	---	----

Gráficos

Gráfico 1	Subregión (diez países): población y tasas de crecimiento, 1950-2050.....	15
Gráfico 2	Subregión (diez países): distribución de la población por país	16
Gráfico 3	Subregión (12 países): tasa de crecimiento de la población por país.....	17
Gráfico 4	Subregión (diez países): crecimiento de la población entre 2020 y el año que alcanzará el máximo de su población	18
Gráfico 5	Subregión (diez países): población de acuerdo con grandes grupos de edad.....	20
Gráfico 6	Subregión (diez países): población entre 0 a 14 años dentro del total de población por país.....	20
Gráfico 7	Subregión (diez países): número de años aproximado en que la población de 60 años y más pasó del 7% al 14% dentro del total de la población en el período 1950-2050	23
Gráfico 8	Subregión: población de 60 años y más y de 80 años y más, 2020.....	24
Gráfico 9	Subregión (diez países): esperanza de vida saludable, ambos sexos, 2010-2016.....	25
Gráfico 10	Subregión (países seleccionados): arreglos residenciales de las personas mayores por tipo de hogar, circa 2019.....	28
Gráfico 11	Subregión (cinco países): población de 65 años y más en condición de pobreza y extrema pobreza, 2018.....	29
Gráfico 12	Subregión región (seis países): población de 60 años y más sin ingresos por sexo, 2018.....	29
Gráfico 13	Subregión (ocho países): cobertura de personas de 65 años y más de los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas, 2017.....	30
Gráfico 14	Subregión (seis países): personas mayores ocupadas en el empleo informal, al último año disponible.....	31
Gráfico 15	Subregión (cinco países): brecha de ingresos de las personas de 65 años y más con respecto a los adultos de 30 a 64 años.....	32

Gráfico 16	Subregión (diez países): incidencia de enfermedades no transmisibles por tipo, 2018	33
Gráfico 17	Subregión (diez países): tasas de mortalidad (brutas) por 100.000 habitantes por Alzheimer y otras demencias. 2016	34
Gráfico 18	Subregión (nueve países): población de 60 años y más en condición de dependencia, 2015.....	35
Gráfico 19	Subregión (siete países seleccionados): acceso a seguros de salud de personas de 60 años y más encuestadas. 2016	36
Gráfico 20	Subregión (diez países): gasto de bolsillo en salud como parte del gasto total en salud, 2017	37
Gráfico 21	Subregión (ocho países): personas mayores de acuerdo con tipo de privaciones, 2018	39
Gráfico 22	Subregión (ocho países): población de 60 años en pobreza multidimensional, 2018.....	39
Gráfico 23	Mundo: tasa de letalidad por regiones de la OMS y la subregión, al 18 de septiembre de 2020.....	43
Gráfico 24	Subregión (diez países): tasa de casos confirmados por COVID-19 por cada 100.000 habitantes, al 18 de septiembre de 2020.....	44
Gráfico 25	Subregión (diez países): número de casos diarios confirmados por COVID-19, al 18 de septiembre de 2020.....	44
Gráfico 26	Subregión (diez países): personas fallecidas por COVID-19 dentro del total de casos confirmados, al 18 de septiembre de 2020.....	45
Gráfico 27	Cuba: casos confirmados por COVID-19 de 60 años y más, por grupos de edad, al 4 de octubre de 2020.....	53
Gráfico 28	Cuba: casos confirmados por COVID-19 de 60 años y más por condición de gravedad y grupos de edad al 4 de octubre de 2020	54
Gráfico 29	Cuba: casos por COVID-19 de personas mayores en estado grave o crítico y fallecidas de acuerdo con alguna enfermedad subyacente, al 4 de octubre de 2020.....	55
Gráfico 30	Cuba: personas de 60 años y más fallecidas por COVID-19 entre el total de casos confirmados de la misma edad, de acuerdo con grupos de edad, al 4 de octubre de 2020.....	55
Gráfico 31	México: distribución de casos positivos y porcentaje de defunciones con respecto al total de casos positivos por entidad federativa, al 7 de octubre de 2020	56

Gráfico 32	México: defunciones por grupos de edad quinquenales y sexo, al 7 de octubre de 2020	57
Gráfico 33	México: defunciones de personas con diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares por grupos de edad, al 7 de octubre de 2020	58
Gráfico 34	México: proporción de personas con diagnóstico positivo de COVID-19 con tabaquismo u obesidad por grupos de edad, al 7 de octubre de 2020	58
Gráfico 35	México: proporción total de personas fallecidas por de COVID-19 con tabaquismo u obesidad por grupos de edad, al 7 de octubre de 2020	59
Gráfico 36	México: proporción de las personas de 60 años y más fallecidas con respecto al total de positivos por grupo de edad de acuerdo con capacidad de hablar o no alguna lengua indígena, al 7 de octubre de 2020	59
Gráfico 37	Inclusión de las personas mayores en medidas sobre servicios y sistemas de salud, 2020.....	62
Gráfico 38	Protecciones específicas para garantizar que las decisiones médicas no se basen en factores como la edad o la esperanza de vida.....	62
Gráfico 39	Medidas para garantizar la continuidad de los servicios de atención para las personas mayores y personal que les cuida	63
Gráfico 40	Medidas para que se notifiquen los casos o muertes por COVID-19 ocurridos en las instituciones de cuidado de largo plazo y se haga un seguimiento eficaz.....	63
Gráfico 41	Implementación de medidas de socorro socioeconómico y redes de seguridad social durante la crisis del COVID-19 para las personas mayores afectadas por las dificultades económicas, particularmente las mujeres mayores, 2020.....	64
Gráfico 42	Inclusión de las personas mayores en medidas sobre ingresos y empleo, 2020	65
Gráfico 43	Las medidas de respuesta económica y recuperación tienen en cuenta el impacto en las personas mayores, incluidos los trabajadores de edad avanzada	66
Gráfico 44	Existen medidas para abordar la discriminación por edad en el empleo, la formación y las oportunidades de aprendizaje permanente.....	66

Gráfico 45	Inclusión de las personas mayores en iniciativas de recuperación económica, así como otras actividades de generación de ingresos o acceso a los microcréditos.....	67
Gráfico 46	Inclusión del envejecimiento y las personas mayores en las respuestas macroeconómicas, 2020	68
Gráfico 47	Consideración de las tendencias demográficas en las inversiones en materia de acceso a la salud, protección social y servicios sociales para las personas mayores.....	68
Gráfico 48	Inclusión de las personas mayores en las medidas de socorro socioeconómico: acceso a alimentos, agua, bienes y servicios esenciales básicos durante la pandemia	69
Gráfico 49	Medidas que favorecen la inclusión social de las personas mayores y la resiliencia comunitaria. 2020	70
Gráfico 50	Las medidas para reducir la brecha digital e información específica para personas mayores.....	70
Gráfico 51	Las medidas fortalecen la autonomía de las personas mayores en lugar de aumentar su dependencia.....	71
Gráfico 52	Las medidas abordan el envejecimiento y promueven la solidaridad intergeneracional	71

Recuadros

Recuadro 1	Primer y segundo bono demográfico	21
Recuadro 2	El envejecimiento a escala subnacional	26

Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 (llamado también COVID-19) no solo es una crisis de salud pública, sino que es una crisis económica y social y, a medida que pasa el tiempo, se transforma también en una crisis de protección y ejercicio de los derechos humanos (United Nations, 2020c).

La observación de la pandemia pone en evidencia prácticas u omisiones que minaron la protección y el ejercicio de los derechos humanos con anterioridad al brote del virus, tales como la discriminación estructural en que viven los pueblos indígenas y las personas mayores, el maltrato de migrantes, la violencia contra las mujeres, así como el déficit en el acceso a la salud, a la vivienda, al saneamiento básico o la seguridad social.

La falta de protección social en la región tiene sus orígenes en la década de 1980, con las reformas que se implementaron para acatar los programas de ajuste estructural que desembocaron en el incremento de la participación privada en la gestión y prestación directa de servicios, la focalización de programas hacia los más pobres mediante políticas sociales de carácter asistencial y la racionalización del gasto mediante nuevos instrumentos de gestión, información y monitoreo (CEPAL, 2006). En 2008, la crisis demostró que estas reformas no cumplieron sus promesas y, doce años más tarde, la pandemia por COVID-19 revela de manera dramática las limitaciones y los riesgos de aplicar estos programas.

La respuesta ante la pandemia difiere entre países y ello obedece a las formas de entender la realidad que impulsan su acción. Hoy, cuando los gobiernos han tenido que asumir cada vez mayor protagonismo en la contención del virus, está claro que en momentos de crisis el actor central del financiamiento, gestión y prestación de la protección social, servicios de salud y cuidado debe ser el Estado. Se requiere de una presencia más activa de su parte para proteger a todas las personas, independiente de sus características, y debe tomar en cuenta sus opiniones, sobre todo las de aquellos grupos que están en una condición más desventajosa.

Uno de los grandes desafíos en la implementación de las medidas de contención del virus es prevenir que no se profundice la desigualdad. Sin duda, en la etapa de recuperación también habrá que poner los derechos humanos en la base de la acción de los estados. Es hora de proteger la vida, la dignidad y la integridad de todas las personas. De aquellas que se quedarán sin empleos —de por sí ya precarios—, de las mujeres que sufren violencia, de las personas jóvenes que ven interrumpidas sus aspiraciones o de las personas mayores que temen por sus vidas. Aunque resulte seductor, proteger

no solo implica entregar ayudas económicas, por importantes que estas sean. Estas medidas por sí solas no cambiarán la vida de las personas en el mediano y largo plazo si no van unidas a aspiraciones de más largo aliento para modificar los actuales patrones de desigualdad sustantiva en que se encuentran enormes colectivos de la población.

Recientemente, distintas personalidades, entre ellas Jürgen Habermas y Manuel Castells, hicieron un llamado internacional nombrado “Para rehumanizar nuestras sociedades. No a una sanidad selectiva” en el que de manera elocuente se dice que la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto una realidad donde unas vidas son más valiosas que otras. Unas pueden sacrificarse y se impone una cultura del descarte donde se priva a las personas mayores del derecho a ser consideradas humanas, relegándolas a ser solo un número y en algunos casos ni siquiera eso. Alertaron sobre la emergencia de un tipo de sanidad selectiva que pondera desigual la vida de las personas mayores y que este tipo de solución es inhumana y completamente inaceptable (Riccardi y otros, 2020).

Cuando se espera el reporte de casos confirmados y de muertes por la pandemia o los estragos de las medidas de su contención en la economía, es imposible no recordar cómo se fue edificando el espejismo del desarrollo, que olvidó a millones de familias sin saneamiento básico, a las mujeres y niñas que son asesinadas cada minuto o a las personas mayores que son abandonadas, que permanecen con sujeciones o que no tienen seguros de salud que les garanticen la atención.

Cabe preguntarse qué pasaría si el brote y propagación del COVID-19 ocurriese en circunstancias distintas, pero ese no sería más que un ejercicio académico, aunque revelador del daño y sufrimiento que hubiera podido evitarse de haber seguido una perspectiva distinta del desarrollo. Del mismo modo, se pueden seguir mapeando los contagios y hacer pronósticos de la caída del PIB o el aumento de la pobreza. Esto es necesario, pero si la ansiada *nueva normalidad* no va acompañada de una profunda reflexión de la sociedad que se quiere construir en la etapa pos-COVID-19, sin duda se repetirán los mismos errores. Este es el fondo de cualquier análisis o propuesta de aquí en adelante.

Las decisiones sobre cómo contener el virus son extremadamente complejas. Se puede optar por reducir el impacto de la pandemia en los sistemas de salud a través de la restricción de la movilidad, pero no se sabe si ello será suficiente dada la ferocidad de la evolución del virus en algunos países de la región, varios de los cuales han tenido más de doce semanas de cuarentena.

Se puede intentar aminorar el impacto económico de las medidas de confinamiento por medio del levantamiento de la cuarentena para lograr la inmunidad de rebaño, pero la Organización Mundial de la Salud no descarta que siga habiendo nuevos brotes de COVID-19, con las desastrosas consecuencias para las personas más desprotegidas.

Poner en el centro la vida ya no debería ser una opción, sino el propósito del quehacer. Indiscutiblemente, ello requerirá una acción amplia del Estado para apoyar a las personas y las familias, de manera que puedan permanecer en sus casas y evitar la propagación del virus mientras sea necesario (Baldwin y Weder, 2020). Habrá que actuar también para devolver la confianza de las personas para que salgan de sus casas cuando se levante el confinamiento. Se tendrá que velar porque cualquier cuarentena sea levantada gradualmente y porque la recuperación sea sostenible y basada en los derechos humanos.

De manera simultánea, la sociedad ha de esforzarse para que las experiencias de estos momentos hagan pensar en cómo se llegó a este punto donde se permitió que padres, madres, abuelos y abuelas se volvieran descartables. Hay voces que hacen un llamado moral al respecto. Se trata de organizaciones de personas mayores europeas, algunas de la región, así como asociaciones de familiares de personas con Alzheimer. También hay países que están haciendo enormes esfuerzos por garantizar que la atención en salud llegue a todas las personas, con énfasis en aquellas de más avanzada edad.

Esta pandemia debe dejar hondas lecciones; que esas vidas que se han perdido y el dolor que ha causado no se olvide. Que nunca más el miedo invada a las personas por ser diferentes a otras, solo por una característica biológica o cronológica. Que efectivamente sus vidas sean valoradas al igual que la de cualquier otro ser humano. Para hacerlo se necesitan cambios. Estos han de ser impulsados por los mismos sujetos de edad avanzada con el acompañamiento de quienes tienen una sensibilidad particular por el tema. Hay que promover una contradefinición con respecto a que las personas mayores son un problema.

En los últimos cinco años, se avanzó, por ejemplo, con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Pero como está ocurriendo ahora, ella puede pasarse por alto durante la etapa de respuesta y recuperación por el insistente énfasis en la economía más que en la solidaridad. Por ello, hay que subrayar que cualquier acción debe guiarse por los estándares de derechos humanos, que se conviertan en el horizonte de las acciones futuras con todo el poder transformador que los inspiró.

Hoy muchos están abrumados con las dificultades que está acarreado la pandemia en las familias, el trabajo, las comunidades y los países en general. Es natural, es humano, pero hay que seguir atentos para trabajar con más ímpetu en la disputa de poder que se viene. Que la visibilidad que alcanzaron las personas mayores en las estadísticas de contagios y muertes por COVID-19 no refuerce los estereotipos y prejuicios que alientan la discriminación. Esto no solo sería un retroceso, sino también una triste herencia que dejar a las generaciones futuras.

Este informe, elaborado por la sede subregional de la CEPAL en México, ofrece un análisis pormenorizado de cómo la pandemia por COVID-19 tiene un impacto particular en la salud y las vidas de las personas mayores. Para ello, en primer lugar, se examina el contexto demográfico en que se desarrolla la pandemia en los países que atiende la sede subregional: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana (en adelante la subregión). Allí se observa la heterogeneidad de la transición demográfica y los desafíos que emanan de ella, incluyendo el cambio de estructura por edades de la población y el envejecimiento demográfico.

En la segunda parte se analizan las condiciones de vida de la población adulta mayor en los países de la subregión. Se aborda la seguridad social, la salud, pobreza, empleo, servicios básicos, entre otros. Este capítulo, como se indica más adelante, deja en evidencia que la vulnerabilidad de las personas mayores frente a la pandemia no radica únicamente en la edad cronológica, sino también en las magras condiciones de vida en que muchas de ellas se desenvuelven.

En la tercera parte se examina la trayectoria de la pandemia en la subregión. Se presenta el contexto general en que brotó el virus para continuar con un examen de su comportamiento en el conjunto de los países de la subregión y se destaca cómo algunos de ellos han logrado contenerla porque estaban mejor preparados para una emergencia de este tipo.

La cuarta parte se concentra en las personas mayores y el COVID-19. Aquí se ofrecen evidencias del comportamiento de la pandemia en este grupo de edad en el mundo y la subregión. Se pone de manifiesto cómo las personas mayores pueden tener un riesgo más elevado de enfermedad grave o muerte por el virus. Asimismo, se llama la atención sobre algunos grupos que suelen estar más desprotegidos que otros, como las personas mayores que viven en residencias de cuidado de largo plazo a partir de la experiencia en Europa y Norteamérica. Debido a que pocos países de la subregión ofrecen datos públicos sobre el COVID-19 desagregados por edad, se exponen

dos casos que tienen una buena práctica en tal sentido: Cuba y México, a partir de los cuales también se extraen algunas conclusiones de orden preliminar que son importantes para el diseño de acciones dirigidas a las personas mayores en materia de prevención y atención de la enfermedad.

En la quinta parte se analiza una encuesta realizada por la sede subregional de la CEPAL en México, en la cual participaron 40 especialistas de 15 países de la región latinoamericana. Sus resultados son útiles para ponderar aquellas áreas de respuesta al COVID-19 donde se han incluido a las personas mayores e identificar las que requieren reforzamiento. Por último, se presentan las conclusiones de este estudio.

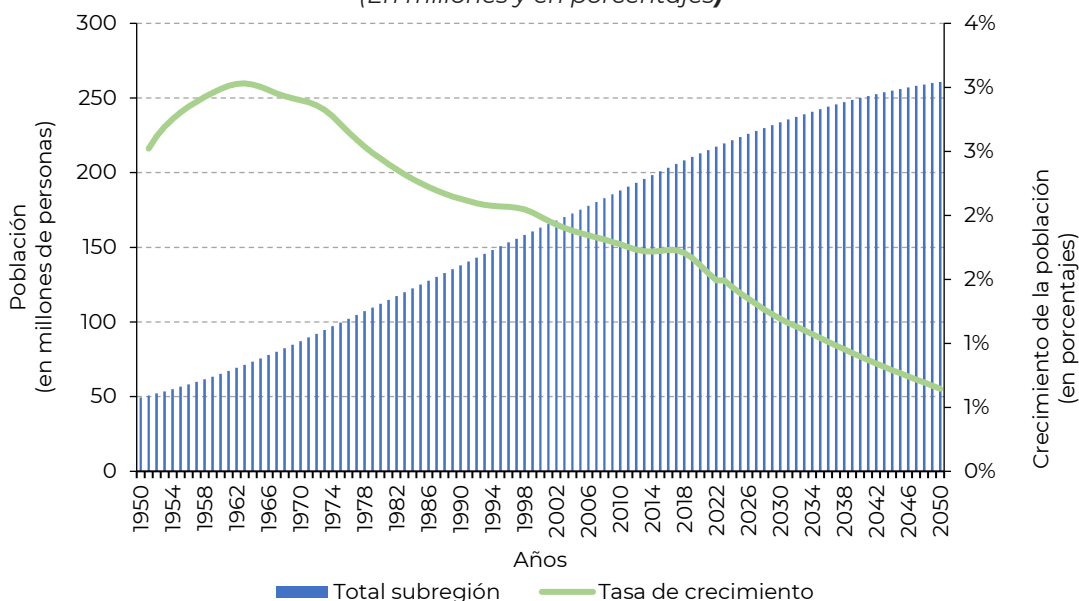
I. El contexto demográfico de la pandemia por COVID-19 en la subregión

A. Una población subregional heterogénea que mantiene su potencial de crecimiento durante el siglo XXI

La región de América Latina y el Caribe está experimentando un cambio demográfico sin precedentes. En las dos primeras décadas del siglo XXI, su población se ha incrementado en más de 130 millones de personas, pasando de 521 a 653 millones de habitantes. Se espera que alcance 762 millones a mediados de este siglo.

En el caso de los países de la subregión, la población se incrementó de 163 millones a 212 millones de personas en 20 años (2000-2020), un aumento relativo superior al del conjunto de la región de América Latina y el Caribe (véase el gráfico 1). En 2020, la población subregional corresponde al 33% del total de América Latina y el Caribe, cifra que será del 34% en 2050.

Gráfico 1
Subregión (diez países): población y tasas de crecimiento, 1950-2050
(En millones y en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

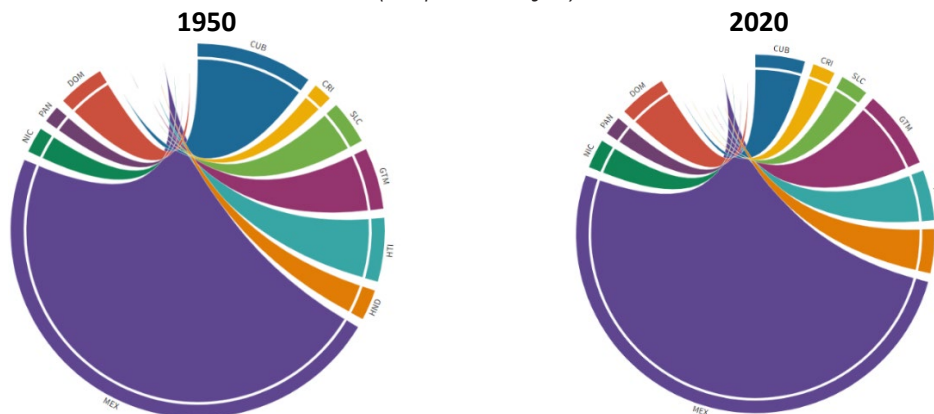
La transición demográfica ha evolucionado de manera diferente de acuerdo con la ubicación geográfica. Históricamente hay un marcado contraste entre los países de la subregión y el promedio de los países de la región de América Latina y el Caribe.

Un ejemplo de lo anterior se puede observar en la tasa de crecimiento de la población. En América Latina y el Caribe la población seguirá creciendo en términos absolutos, aunque su tasa de crecimiento irá disminuyendo con el paso del tiempo. En la década de 1960, la población del conjunto de la región crecía a una tasa promedio de 2,77% y en la actualidad crece a 0,90%. En la subregión, en cambio, la tasa de crecimiento de la población es de 1,61% en 2020 y solo veinte años más tarde (2040) alcanzaría la tasa de crecimiento que presenta ahora la región.

La subregión tiene un comportamiento heterogéneo con respecto al volumen de su población. México es el país que aporta una mayor cantidad de personas al total de población subregional (60,6% en 2020). Ello se ha mantenido en alza desde mediados del siglo pasado (56,6%), y aumentaría en 2050 al 59,5%. Por su parte, la población de Cuba representaba el 12% del total subregional en la década de 1950, disminuyó al 5,3% en 2020 y llegará al 3,9% en 2050. Por el contrario, Guatemala ha ido incrementando su participación dentro del total de la población subregional. En 1950 correspondía al 7,4% y se espera que, en 2050, el 10,3% de la población de la subregión esté radicada en Guatemala (véase el gráfico 2).

Este comportamiento se debe, entre otras razones, a que las tasas de crecimiento de la población en la subregión muestran importantes diferencias entre sí. En la actualidad, Guatemala experimenta una tasa de crecimiento de su población superior al resto de los países de América Latina y el Caribe, seguida de Panamá y Haití. En cambio, desde 2017 Cuba presenta una tasa de crecimiento negativa. La misma trayectoria seguiría El Salvador a partir de 2047, cuando la tasa de crecimiento de su población sea igual a 0 (véase el gráfico 3).

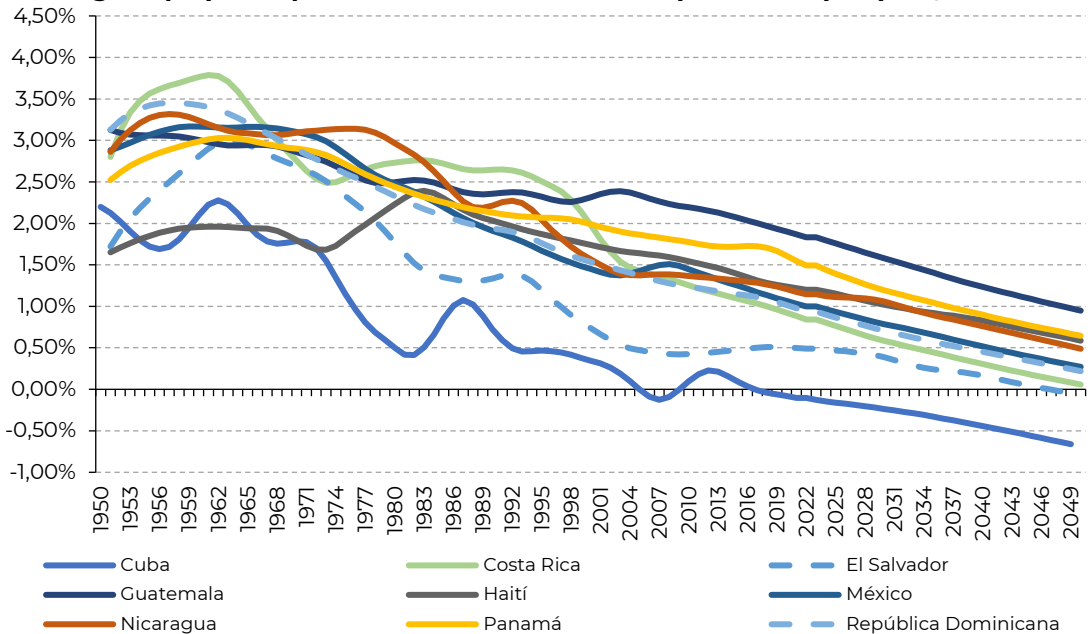
Gráfico 2
Subregión (diez países): distribución de la población por país, 1950 y 2020
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

Gráfico 3

Subregión (12 países): tasa de crecimiento de la población por país, 1950-2050



Fuente: Elaboración propia sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

Para tener una idea de las trayectorias que seguirán los países de la subregión con respecto a su población, se pueden clasificar de acuerdo con la etapa de transición demográfica en que se encuentran.

Cuba es un país con una avanzada transición demográfica. Alcanzó su máximo de población en 2017 (11.339.255 habitantes) y de ahí en adelante esta ha ido decreciendo. En actualidad su población es de alrededor de 11.326.616 personas. Esto significa que en tres años su población ha disminuido en 12.000 personas aproximadamente. Otro país que ha avanzado en su proceso de transición demográfica es Costa Rica, que tiene una población de 5.094.114 de habitantes y que se incrementará en un 13,3% hasta alcanzar su máximo en 2052, cuando se sumarán alrededor de 680.000 personas a su población actual.

El Salvador pertenece al grupo de países de América Latina y el Caribe que tiene tasas globales de fecundidad debajo del nivel de reemplazo, pero con esperanzas de vida inferiores a la media regional. Se trata de un país que se encuentra en el quinquenio donde alcanzará el nivel de reemplazo de la tasa global de fecundidad (TGF) (2015-2020), con una población de 6.486.201 habitantes que seguirá creciendo hasta el año 2048 cuando su población se haya incrementado en un 7,1% con respecto a 2020.

México, Panamá y Nicaragua tienen tasas de fecundidad sobre el nivel de reemplazo o muy cercanas a este, pero con esperanzas de vida

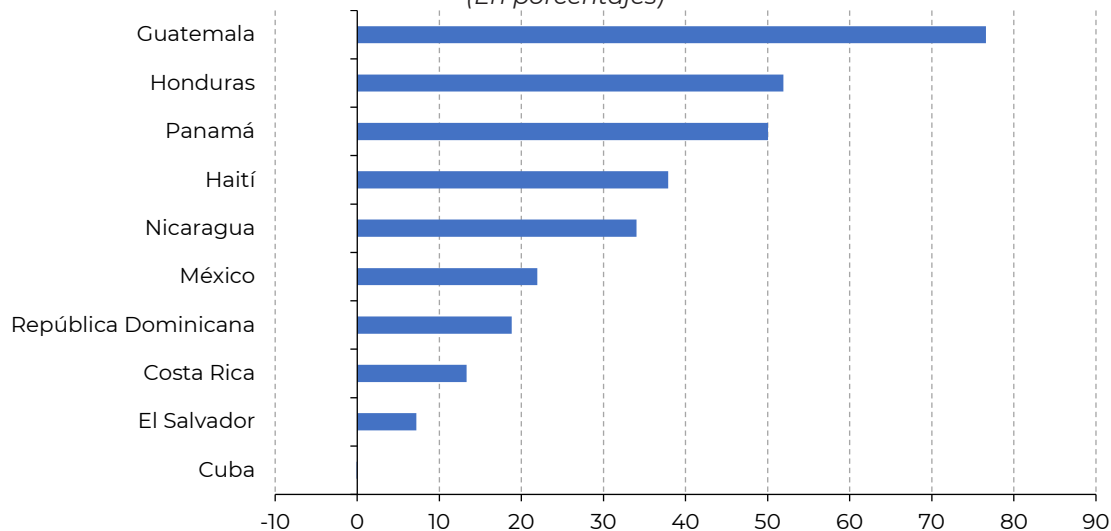
superiores a la media regional. Se espera que la población de México siga creciendo hasta 2062, cuando llegará a más de 157 millones de habitantes, un incremento del 21,9% con respecto a su población actual. En el caso de Nicaragua se espera que alcance su población máxima en 2068, cuando habrá crecido en un 34% con respecto a su población actual, llegando hasta las 8.878.000 personas aproximadamente. Panamá, con una población de más de 4.314.768 personas en 2020, conquistaría una cantidad máxima de cerca de 6.475.000 habitantes en 2091. Su potencial de crecimiento radica en que recién en el quinquenio de 2040-2045 su TGF llegaría al nivel de reemplazo.

Los demás países exhiben tasas globales de fecundidad elevadas y bajas esperanzas de vida al nacer. Con respecto a la primera, recién en el quinquenio 2025-2030 la República Dominicana llegaría al nivel de reemplazo de su TGF y el último país en hacerlo sería Haití (2050-2055). Se espera que la población de Haití (2072), Guatemala (2088), Honduras (2076) y la República Dominicana (2059) siga creciendo más allá de la segunda mitad del siglo XXI. Con respecto a 2020, entre estos países el que más habrá aumentado su población en términos relativos sería Guatemala (76,5%), seguido de Honduras (51,9), Haití (37,8%) y la República Dominicana (18,8%) (véase el gráfico 4)¹.

Gráfico 4

Subregión (diez países): crecimiento de la población entre 2020 y el año que alcanzará el máximo de su población

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

¹ Para mayor detalle sobre metodología utilizada véase: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14), Santiago, junio de 2008 [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268_es.pdf.

Todo lo anterior demuestra que los países de la subregión tienen una trayectoria muy diferente con respecto al comportamiento de su población. En ella se encuentra uno de los países más avanzados en su transición demográfica y varios de los más rezagados en dicho proceso. Las diferencias no solo se traducen en el potencial de crecimiento de la población, sino también en disparidades con respecto al comportamiento de la fecundidad y la mortalidad, lo cual ha sido tratado en extenso en otras publicaciones de la CEPAL.

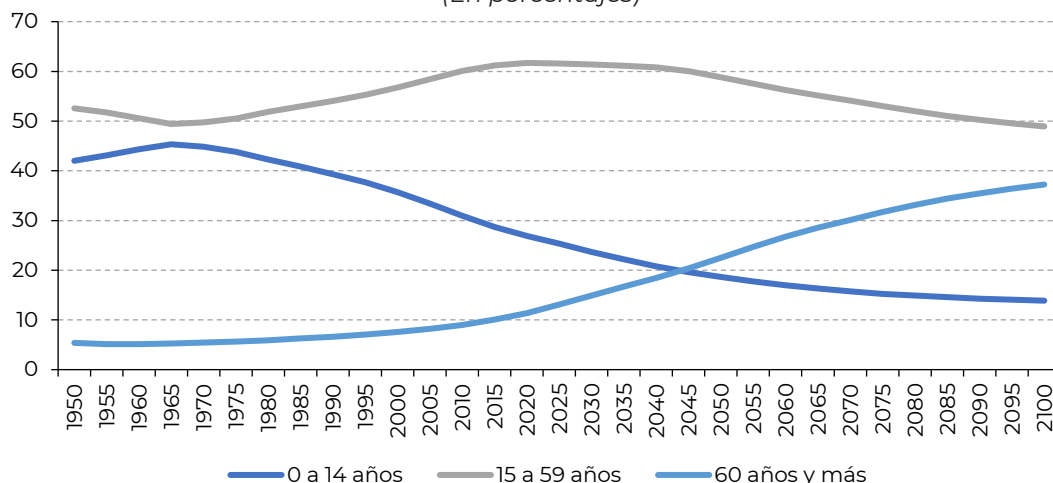
B. Cambios en la estructura etaria de la población: un camino compartido

En 1965, la población de 0 a 14 años de la subregión alcanzó su máximo histórico equivalente a un 45,3% del total de habitantes, y de ahí en adelante inició su descenso. Se reducirá a la mitad alrededor de 2035 (22,2%) y en 2100 representaría el 13,8%. En el caso de la población de entre 15 y 59 años, alcanzará su máximo en 2020, cuando representará el 61,7% del total subregional y, en 2050, a pesar de disminuir su participación relativa en el total de la población, seguirá siendo una mayoría (58,8%). Se espera que en 2100 cerca de la mitad de la población subregional tenga entre 15 y 59 años.

Sin embargo, la característica más importante de la estructura por edades de la población subregional es su envejecimiento. En 1950, las personas de 60 años y más representaban el 5,4% del total. Tuvieron que pasar 65 años para duplicar ese porcentaje (2015), pero de ahí en adelante su crecimiento será cada vez más acelerado. Solo transcurrirán 30 años (2045) para que este grupo de edad se vuelva a duplicar con respecto a 2015, llegando al 19,8% del total. En el lapso de cien años (2050) las personas mayores habrán cuadruplicado el porcentaje que representaban a mediados del siglo pasado (véase el gráfico 5).

Aunque las trayectorias de los países con respecto a su composición por edades siguen una tendencia similar muestran situaciones particulares (véase el gráfico 5). En todos los países se observa una disminución de la población menor de 15 años, pero en algunos este fenómeno se presentó con antelación, como en el caso de Cuba, que desde la década de 1970 muestra un descenso sostenido de menores de 15 años. Costa Rica sigue la misma tendencia, aunque con pequeñas inflexiones, y desde la década de 1970 la población infantil ha decrecido de manera sostenida y lo seguirá haciendo con rapidez en los próximos 30 años. En la década del 2000, en Panamá y México el grupo de 0 a 14 años representaba sobre el 30% de su población total.

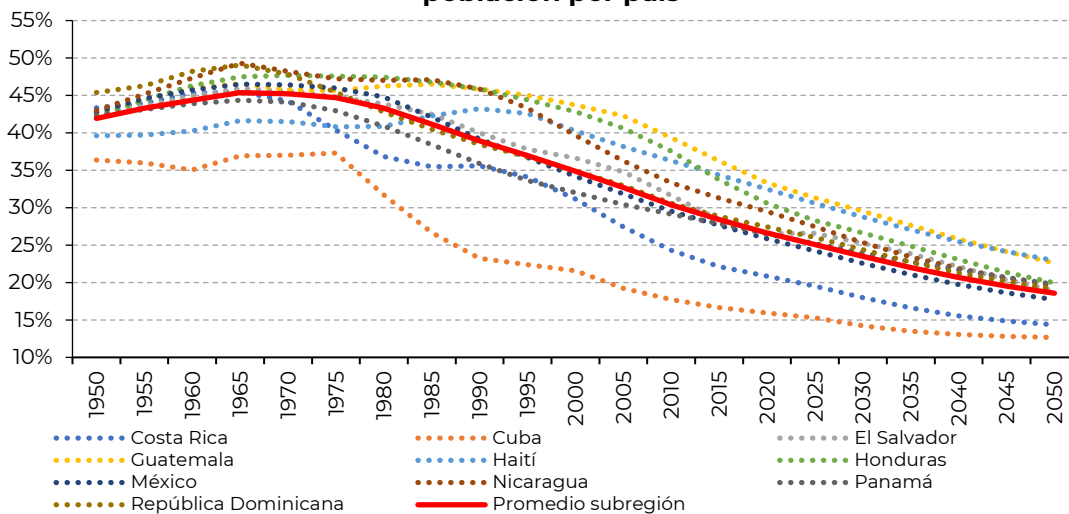
Gráfico 5
Subregión (diez países): población de acuerdo con grandes grupos de edad, 1950-2100
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

Los demás países se ubican sobre el promedio regional. En El Salvador y la República Dominicana, en 2010 tres de cada diez habitantes tenían menos de 15 años. En Honduras y Nicaragua ocurre lo mismo diez años más tarde (2020), en Haití en 2025 y, finalmente, en Guatemala hasta 2030 un tercio de su población serán niños. En 2050, en todos estos países, este grupo de población habrá disminuido en 18,6% y habrá un niño por cada tres personas (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
Subregión (diez países): población entre 0 a 14 años dentro del total de población por país



Fuente: Elaboración propia sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

Recuadro 1 Primer y segundo bono demográfico

La convergencia global de la estructura por edades de la población implica que un número cada vez mayor de países de la subregión está pasando por un período en el que se produce la concentración de la población en el segmento de los adultos en edades activas (primer bono demográfico). De manera paralela en otros, como Costa Rica y Cuba, la relación de dependencia ya alcanzó su valor mínimo y la población en edades dependientes crece más rápido que aquella en edad de trabajar, por efecto del envejecimiento de la población.

La OIT y el Banco Mundial advierten que, a medida que el primer bono demográfico tiende a desaparecer, puede surgir un segundo bono demográfico. La tesis se basa en que, teniendo en cuenta que la esperanza de vida aumenta para una cantidad considerable de personas en edad avanzada, ello puede redundar en un mayor ahorro durante el ciclo vital —en particular en las edades en que se produce más que lo que se gasta— para financiar el consumo en la vejez, lo que a su vez se traduciría en una capacidad de inversión superior (OIT, 2013). Este segundo bono se puede producir al final de la fase intermedia de la transición demográfica —cuando aumenta la proporción de la población económicamente activa y la fecundidad empieza a descender— y se extiende en el curso de la última fase, cuando la baja de la mortalidad y la fecundidad incrementa la proporción de personas mayores (Lee y Mason, 2006).

La opinión convencional es que, a partir de este último momento, la tasa agregada de ahorro bajaría porque disminuirá la proporción de personas que producen más de lo que consumen. Pero también hay otras formas de analizar este fenómeno: al disminuir el tamaño de la fuerza laboral, los países tendrían que apoyarse más en la productividad y fomentar una mayor participación de grupos específicos de población en el mercado del trabajo, como las mujeres, las personas mayores y las personas con discapacidad, y gestionar de manera eficiente los flujos migratorios (OIT, 2013).

Esta última perspectiva permitiría ir más allá de las nociones simplistas que ven el envejecimiento de la población solo como una amenaza y da la posibilidad de evaluar las opciones económicas resultantes del cambio de la estructura por edades (Rosero y Robles, 2006). En Costa Rica, por ejemplo, Rosero y Robles (2006) estimaron que, para los años venideros, el segundo bono demográfico ofrece una interesante plataforma para un crecimiento económico robusto. Le dan como base un crecimiento de 0,5% anual como mínimo, lo que representa un sexto del ansiado crecimiento de 3% anual que permitiría duplicar el bienestar en el transcurso de una generación.

Las repercusiones económicas del envejecimiento también se reflejarían en la reducción de la presión para financiar la educación. Esto último representa una oportunidad única para mejorar tanto la educación como la formación en el puesto de trabajo porque cuando el tamaño de la población de 15 a 24 años disminuye, es más fácil financiar políticas destinadas a mejorar sus calificaciones, lo que facilita la transición de la escuela al trabajo y el aumento de su productividad en el futuro (CEPAL, 2008; CEPAL, 2014).

Fuente: S. Huenchuan (ed.), “Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos”, *Libros de la CEPAL*, Núm. 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

C. El rápido envejecimiento de la población subregional

En 2020, en los países de la subregión hay 23.622.000 personas de 60 años y más, que representan el 28% del total de la población adulta mayor de América Latina y el Caribe. El país con mayor cantidad relativa de personas mayores es Cuba (21%), le siguen Costa Rica (15%), El Salvador (12%) y Panamá (12%). México (11%), la República Dominicana (11%), Nicaragua (11%), Haití (8%), Guatemala (7%) y Honduras (7%) están por debajo del promedio para la subregión (12%).

El proceso de envejecimiento ha avanzado de manera diferenciada entre países. En 1950, el 7% de la población cubana tenía 60 años y más. Le seguía Honduras con 6,2%. En 2000, Costa Rica, Panamá y México tenían un porcentaje por sobre el 8% de personas de 60 años y más, mientras que Cuba ya superaba el 13% de población en este mismo rango etario.

En 2025, en Costa Rica el 17,9% de su población corresponderá a personas mayores, en Panamá el 13,9% y en El Salvador el 13,3%, en tanto que en Cuba más de un cuarto de su población tendrá 60 años y más. En 2050, se espera que una de cada tres personas cubanas tenga 60 años y más, y en Costa Rica el 30% tendrá la misma edad. En Honduras y Nicaragua este grupo alcanzaría al 17,8% y 20,5% respectivamente. En ambos casos se habría duplicado el peso relativo de las personas mayores con respecto a 2025 y México estaría próximo a hacer lo mismo.

En el gráfico 7 se muestra un indicador sintético de las diferencias entre países en el número de años en que el porcentaje de personas de 60 años y más entre el total de población pasó del 7 al 14% en el período 1950-2050. Dos países ya pasaron por este proceso, aunque con una amplia diferencia entre ambos. En Cuba este tránsito se demoró alrededor de 51 años (1950-2001) y en Costa Rica (1991-2018) 27 años. En los demás países se prevé que el proceso es menos acelerado que en Costa Rica, con la excepción de Honduras y Nicaragua que también los harían 27 años. En EL Salvador ocurrirá en 37 años, en Haití 36 años, en Panamá en 34 años, en México en 33 años. En Guatemala y la República Dominicana en 32 años².

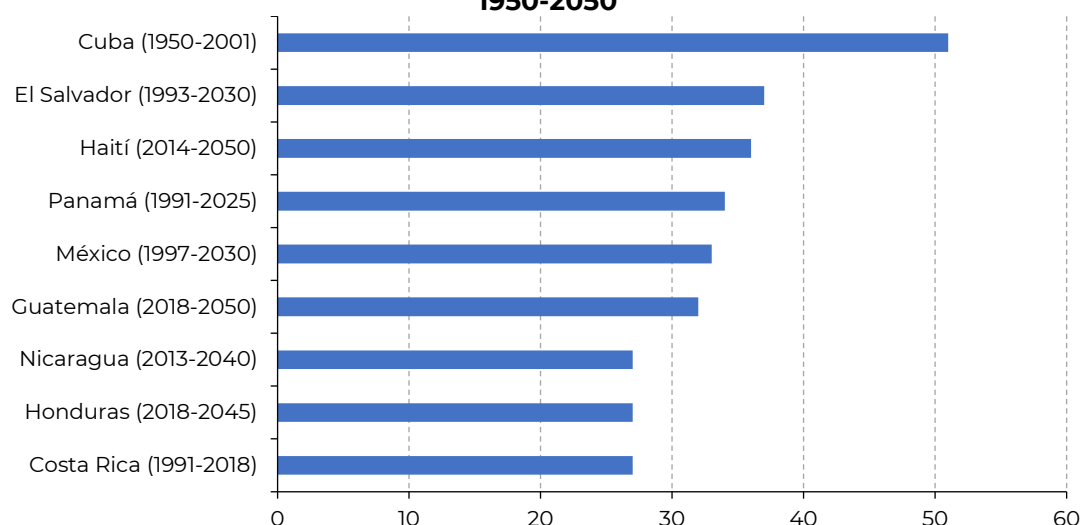
Además de la rapidez del proceso de envejecimiento poblacional en la subregión, la población adulta mayor experimenta un proceso de envejecimiento interno, que se expresa en el peso relativo de las

² Estas cifras dan cuenta del rápido envejecimiento en la subregión. Un cálculo similar hecho para la población de 65 años y más se hizo para otros países, mostrando que en Francia se necesitaron 115 años (1864-1979) para que la proporción de personas de 65 años y más pasara del 7 al 14%. En Suecia tomó 85 años (1887-1972) y en Alemania, 40 años (1932-1972) (Niitsu, 2018).

personas de 80 años y más en el conjunto de la población de 60 años y más. En promedio para la subregión en 2020, el 15% de la población adulta mayor tiene 80 años y más. Esta cifra es más elevada en Cuba (18%), Panamá (17%) y El Salvador (16%). Costa Rica, Guatemala y la República Dominicana (15%) están en el promedio. México (14%), Honduras (14%), Nicaragua (13%) y Haití (11%) están por debajo del promedio (véase el gráfico 8).

Gráfico 7

Subregión (diez países): número de años aproximado en que la población de 60 años y más pasa del 7% al 14% dentro del total de la población en el período 1950-2050



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

Nota: Cuba y Costa Rica pasaron del 7 a 14% de población adulta mayor antes de 2020 por lo que se usaron datos por año calendario. En los demás, la estimación se hizo con base a años calendario para identificar cuando llegaron al 7% de población de 60 años y más, y proyecciones de población por años quinquenales para identificar cuando alcanzarían el 14%.

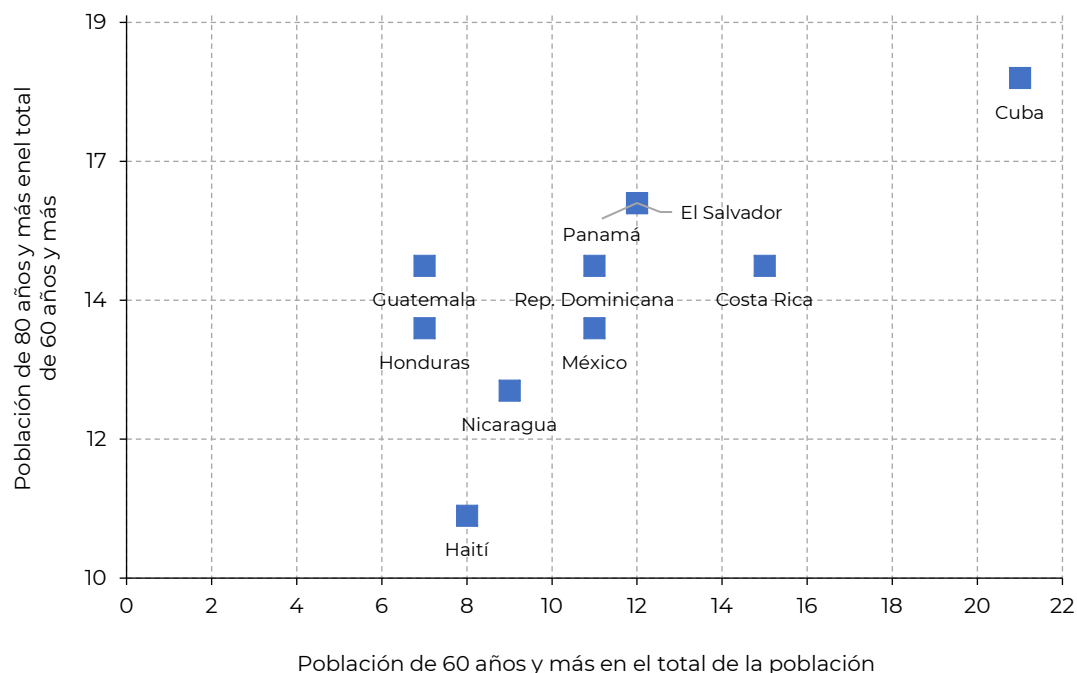
El incremento de la población de 80 años y más dentro del conjunto de la población adulta mayor se debe al aumento de la esperanza de vida al nacer, a la mayor sobrevivencia a accidentes y enfermedades antes letales, así como a los progresos en la medicina. En promedio para la subregión, en el quinquenio 2015-2020, la esperanza de vida a los 60 años es de 22 años y a los 75 años es de diez años.

De manera simultánea, los años de vida saludable también aumentaron en todos los países de la subregión durante las dos primeras décadas del siglo XXI (véase el gráfico 9). Aunque hay países más rezagados que otros, la tendencia observada permitía prever que la esperanza de vida saludable se siguiera incrementando en el transcurso de los próximos tres decenios.

Gráfico 8

Subregión: población de 60 años y más y de 80 años y más, 2020

(En porcentajes)

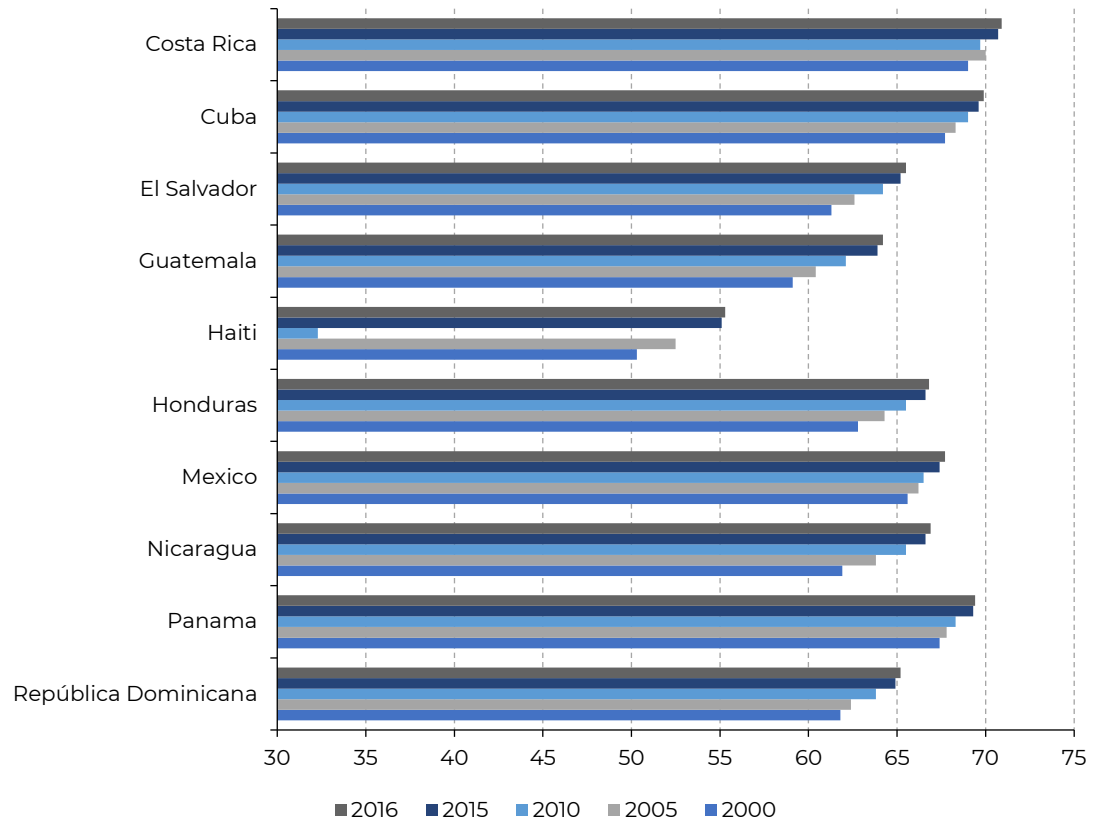


Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, datos personalizados adquiridos del sitio web.

Los logros obtenidos en el incremento de la esperanza de vida han sido descritos por algunos autores como una “democratización de la supervivencia”, aun cuando persisten diferencias entre países. Sin embargo, es un progreso que puede retrasarse o incluso disminuir. En tal sentido, la ampliación de la longevidad es un valor que requiere esfuerzos colectivos e individuales para conservarse y aún más para mejorar (Chuliá, 2019).

La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) está provocando un aumento sustancial de la mortalidad en las poblaciones de todo el mundo. De acuerdo con algunos autores, estos aumentos de la mortalidad, tanto directos como indirectos, tienen el potencial de provocar estancamientos o descensos en la esperanza de vida. En el caso de Madrid, España, se prevé que por efecto de la pandemia habrá una disminución de la esperanza de vida al nacer de 1,9 años entre los hombres y de 1,6 años entre las mujeres, lo que corresponde a los niveles de 2009 (Trias-Llimos y Bilal, 2020).

Gráfico 9
Subregión (diez países): esperanza de vida saludable, ambos sexos, 2010-2016
 (En número de años)



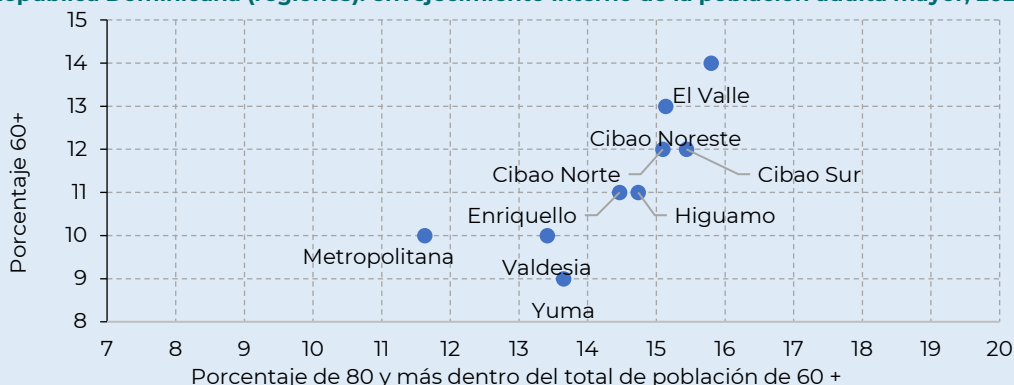
Fuente: World Health Organization (WHO), "Healthy life expectancy (HALE) at birth" [en línea] <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/66>.

Adicionalmente, investigaciones realizadas en Italia y en los Estados Unidos muestran a su vez que en ambos países se han perdido una gran cantidad de años potenciales de vida (APVP) debido a la pandemia. Se trata de un indicador de muertes prematuras a determinada edad. En Italia el mayor número de APVP por COVID-19 fue en el grupo de edad de 60 a 69 años (16.245 años) antes de llegar a los 70 años. En el caso de los Estados Unidos, en el mismo rango de edad se habrían perdido 84.905 años antes de llegar a los 75 años y 169.810 años a los 80 años (Mitra y otros 2020).

Recuadro 2 El envejecimiento a escala subnacional

Los promedios no dan cuenta de toda la heterogeneidad del proceso de envejecimiento demográfico de los países de la subregión. Por ejemplo, en la República Dominicana, la región de El Valle es la que tiene un mayor porcentaje de personas mayores, seguida del Cibao Noreste, Cibao Norte y Cibao Sur. Todas ellas a su vez tienen un porcentaje superior al promedio nacional (15%) de población de 80 años y más dentro del conjunto de la población adulta mayor. La región de Yuma, Metropolitana y Valdesia son las menos envejecidas del país y tienen un menor envejecimiento interno.

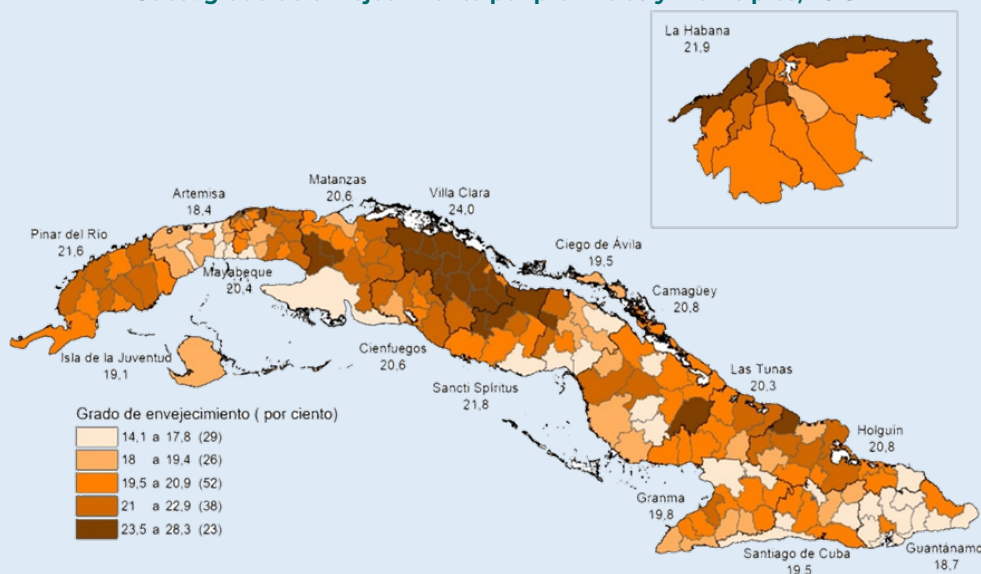
República Dominicana (regiones): envejecimiento interno de la población adulta mayor, 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de proyecciones demográficas de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) de la República Dominicana.

Lo mismo se puede apreciar en Cuba, donde varias provincias y municipios superan el promedio nacional (21%). En 2019, Villa Clara tenía un 24% de población adulta mayor, Pinar del Río (21,6%), Sancti Spíritus (21,8%) y en La Habana el 21,9% de la población tenía 60 años y más (ONEI, 2020).

Cuba: grado de envejecimiento por provincias y municipios, 2019



Fuente: Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), *Cuba: dinámica demográfica. Impacto de los factores demográficos en la pandemia COVID-19*, 6 de mayo de 2020.

II. Una vulnerabilidad frente a la pandemia que no radica exclusivamente en la edad avanzada

La ampliación del acceso a los sistemas de protección social y su efectiva universalización son un asunto pendiente en la subregión y en general alejado de los promedios para América Latina. En teoría, la protección social debería adecuarse no solo a las modificaciones en el mercado laboral y a la economía en su conjunto, sino también a la cambiante estructura por edades de la población.

Esto significa, en el caso de las personas mayores, la integración de tres pilares básicos: pensiones, atención de salud y servicios sociales para la autonomía. Los tres actúan en conjunto para cerrar las brechas de protección y desarrollar capacidades³. Los pilares de las pensiones y la salud corresponden a básicos sociales que deben funcionar como piso de la protección social y garantizarlo es responsabilidad directa del Estado. Los servicios sociales para el fortalecimiento de la autonomía, por su parte, operan en los planos de la prevención y la reparación, y deben asumirse como una responsabilidad pública y sostenerse por medio de una red de protección que enlace el piso mínimo de protección social y la atención de la salud con otras prestaciones sociosanitarias dirigidas a reforzar la atención de las personas mayores (Huenchuan, 2013).

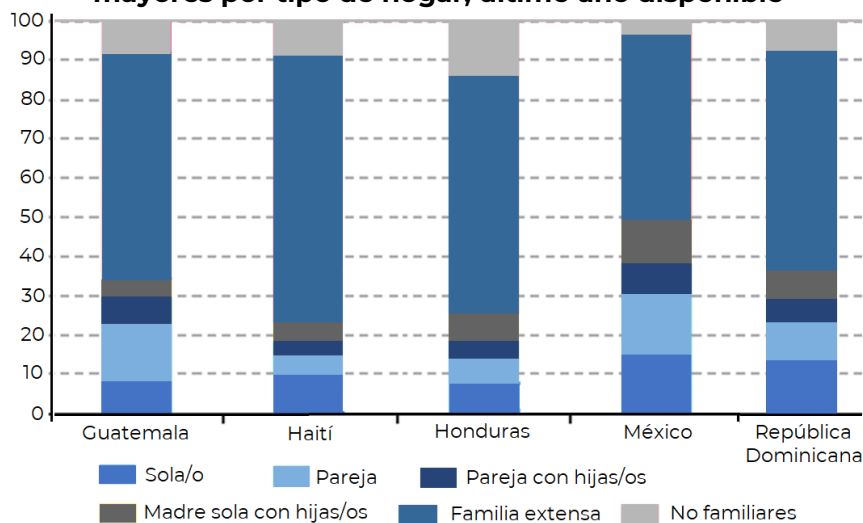
La información disponible indica que, con excepción de algunos países, las condiciones de vida de las personas mayores de la subregión son extremadamente precarias y su acceso a la protección social es limitado. No solo se carece de cobertura de seguridad social o seguros de salud en la edad avanzada, sino que además los países enfrentan una doble carga epidemiológica, las personas mayores siguen dependiendo en varios aspectos de su bienestar de la solidaridad familiar y se enfrentan a problemas serios de discriminación en su acceso al mercado laboral y servicios financieros, e incluso con relación a las medidas de prevención, pruebas, acceso a servicios y tratamientos médicos.

Los datos más recientes indican que las personas mayores de la subregión viven en su mayoría en hogares extensos y, en promedio para cinco países (Guatemala, Haití, Honduras, México y la

³ El cierre de brechas de protección se fundamenta en la desigualdad socioeconómica que condiciona el funcionamiento actual de los sistemas de seguridad social. Quienes acceden a las prestaciones de vejez son generalmente los colectivos de trabajadores que han estado mejor posicionados en el mercado laboral, debido a que el acceso a los sistemas de pensiones ha tenido una marcada orientación contributiva. El desarrollo de capacidades, por su parte, se basa en la tesis de que hay capacidades que pueden utilizarse para incrementar el nivel de bienestar. Se trata de activar la responsabilidad, la autonomía y la independencia para habilitar a los sujetos en la toma de decisiones y los procesos que ello involucra (Huenchuan, 2013).

República Dominicana), el 8,6% vive sola, un porcentaje bajo si se compara con las cifras de la Argentina (17%) y el Uruguay (24,3%). Más de la mitad de las personas mayores (52,8%) vive en familias extensas y a partir de los 80 años el promedio sube al 58%. En Haití y Honduras más de seis de cada diez personas mayores viven en este tipo de hogar, mientras que en México la cifra es de aproximadamente de cinco de cada diez (véase el gráfico 10).

Gráfico 10
Subregión (países seleccionados): arreglos residenciales de las personas mayores por tipo de hogar, último año disponible

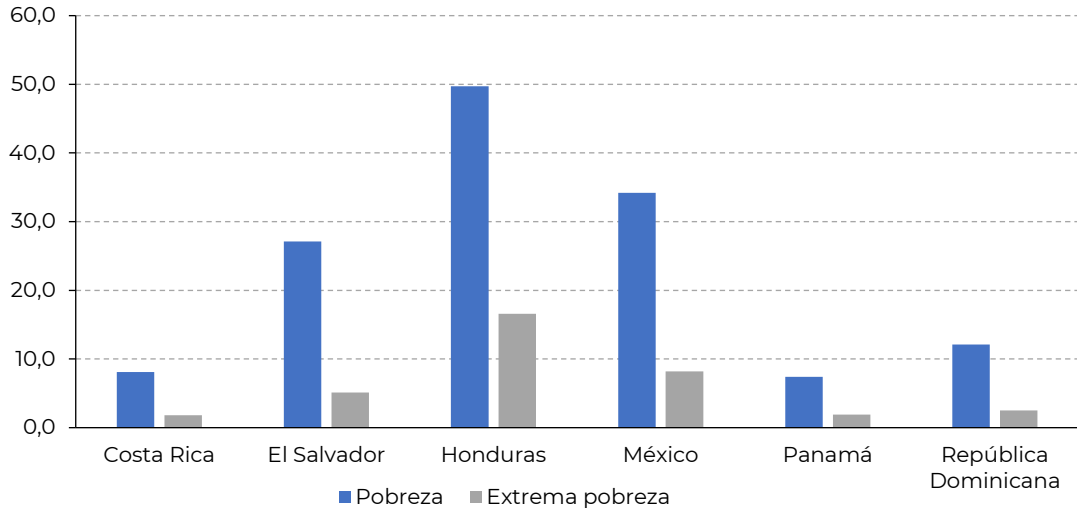


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), Population Division (2019), *Database on the Households and Living Arrangements of Older Persons, 2019*.

En la subregión, las personas mayores presentan elevadas tasas de pobreza por ingresos. En 2018, el 23,1% de las personas de 65 años y más era pobre. En Honduras el 49,7% de este segmento etario se encontraba en situación de pobreza, en México la cifra era del 34,2% y en El Salvador del 27,1%. La extrema pobreza era del 16,6% en Honduras y en los demás países para los que se cuenta con información era inferior al 8% (véase el gráfico 11).

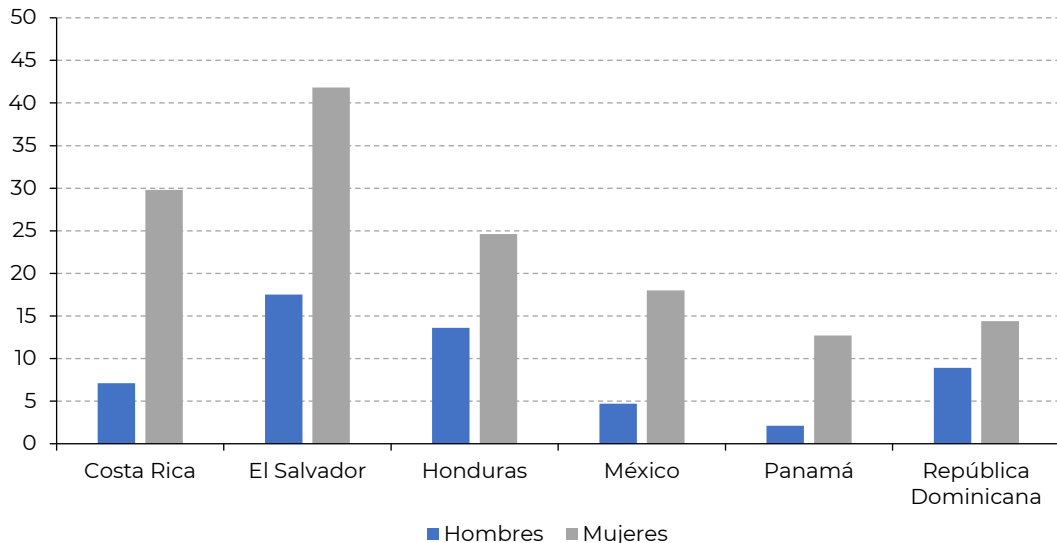
En seis países de la subregión (Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Panamá y la República Dominicana) el 9% de los hombres de 60 años y más no tiene ingresos propios. La cifra sube al 23,9% cuando se trata de las mujeres mayores. La disparidad entre hombres y mujeres es más alta en Costa Rica (22,7%) y en El Salvador (24,3%), y es menor en la República Dominicana (5,5%). Cuando se desagrega la información por zona de residencia se observa que, entre las personas mayores sin ingresos, la población femenina adulta mayor rural es la que presenta más rezago (en promedio el 29,7% no percibe ingresos propios) (véase el gráfico 12).

Gráfico 11
Subregión (cinco países): población de 65 años y más en condición de pobreza y extrema pobreza, 2018
(En porcentajes)



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

Gráfico 12
Subregión región (seis países): población de 60 años y más sin ingresos por sexo, 2018
(En porcentajes)

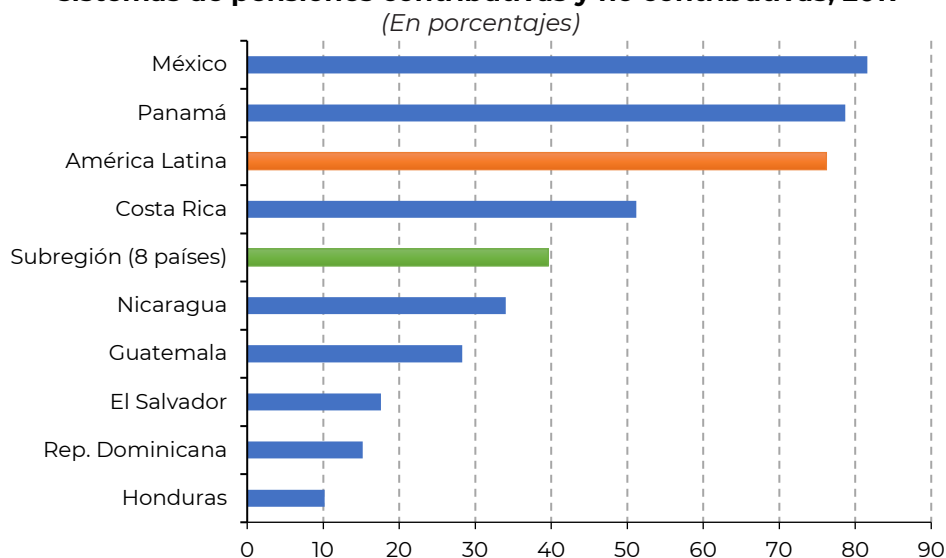


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Las cifras de pobreza y sin ingresos de la población adulta mayor se relacionan con la cobertura de pensiones y jubilaciones. A pesar de que esta ha ido ampliándose paulatinamente, en promedio para ocho países, solo cuatro de cada diez personas de 65 años y más accede a los sistemas de pensiones (véase el gráfico 13). Aunque es el doble de lo que ocurría en 2000 —por la ampliación de las coberturas en México y Panamá—, los logros son insuficientes y el acceso a las pensiones

(contributivas y no contributivas) continúa por debajo del promedio para América Latina, que en 2017 fue del 76,2% (véase el gráfico 13).

Gráfico 13
Subregión (ocho países): cobertura de personas de 65 años y más de los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas, 2017



Fuente: A. Arenas de Mesa, "Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina", *Libros de la CEPAL*, Núm. 159 (LC/PUB.2019/19-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019.

Por otra parte, el acceso a la seguridad social revela desigualdades por ingreso y brechas de género. Por ejemplo, en la República Dominicana, la cobertura de pensiones en el último quintil de ingresos fue 4,7 veces superior al primer quintil en el caso de los hombres en 2016. Esta disparidad es más elevada entre mujeres mayores, donde la cobertura en el quintil más rico es 11,3 veces superior a la del quintil más pobre (CONAPE, 2019). Lo mismo sucede en otros países de la región. Tal es el caso de Costa Rica, donde el 59,1% de los hombres de 65 años y más accede a una pensión, mientras que solo el 44,4% de las mujeres mayores se encuentra en la misma situación (Arenas, 2018).

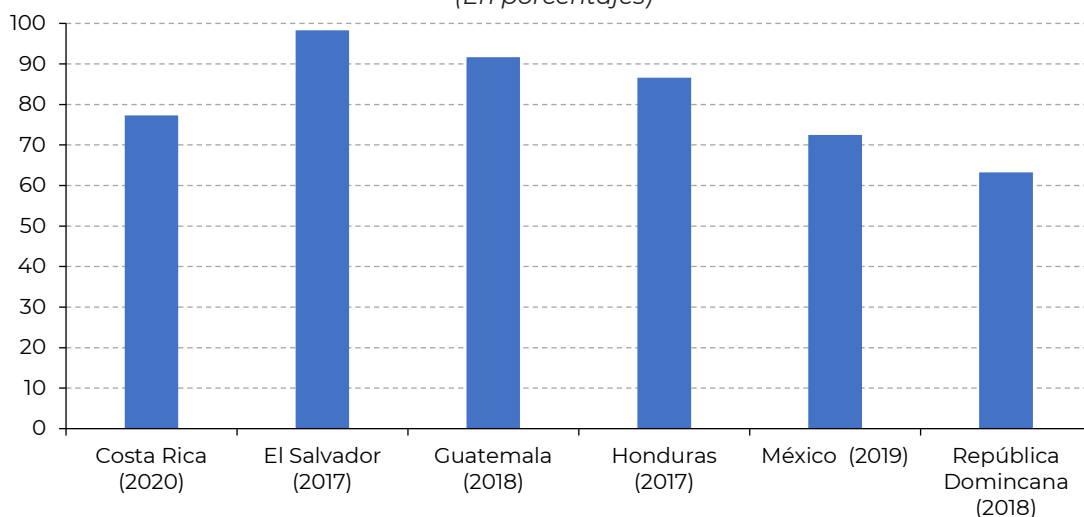
Debido a la falta de seguridad social, las personas mayores de la subregión continúan insertas en el mercado del trabajo más allá de la edad de jubilación. La tasa de participación económica de la población de 60 años y más sobrepasa al promedio de América Latina (39,7%) en Honduras (48,2%), México (41%) y Panamá (36%). El Salvador (37,2%), la República Dominicana (36%) y Costa Rica (25,2%) las cifras son altas, aunque menores que el promedio de la región. En Cuba, el porcentaje de personas de 60 años y más que trabaja, de acuerdo con la ENEP 2017, es del 20,8% (ONE, 2020).

Las personas mayores en general se insertan en trabajos inseguros y de baja productividad o en el empleo informal, lo que además de constituir un impedimento para acceder al empleo decente, en el contexto de la pandemia se encuentran entre los más vulnerables (United Nations, 2020) (véase el gráfico 14). En la subregión las personas mayores se desempeñan de manera predominante en el empleo informal y la diferencias con respecto a América del Sur son elevadas. En El Salvador (2017) el 98,3% de las personas de 60 años y más se ocupaban en este tipo de empleo. En Guatemala (2018) la cifra fue del 91,7%, en Honduras (2017) el 86,6%, en Costa Rica (2020) el 77,3%, en México (2019) el 72,5% y en la República Dominicana (2018) el 63,2%. A medida que avanza la edad la probabilidad de ocuparse en el empleo informal aumenta. Por ejemplo, en El Salvador lo hace el 100% del grupo de 85 años y más.

Gráfico 14

Subregión (seis países): personas mayores ocupadas en el empleo informal, al último año disponible

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Diagnóstico sobre economía informal*, 2020; Instituto Nacional de Estadística de Costa Rica, *Temas especiales de empleo*, 2020; Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) de México 2020; Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2020; Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) 2017-2018, Banco Central de la República Dominicana (BCRD).

Nota: Los datos corresponden a personas de 60 años y más, con la excepción de Guatemala que corresponde a la población de 65 años y más

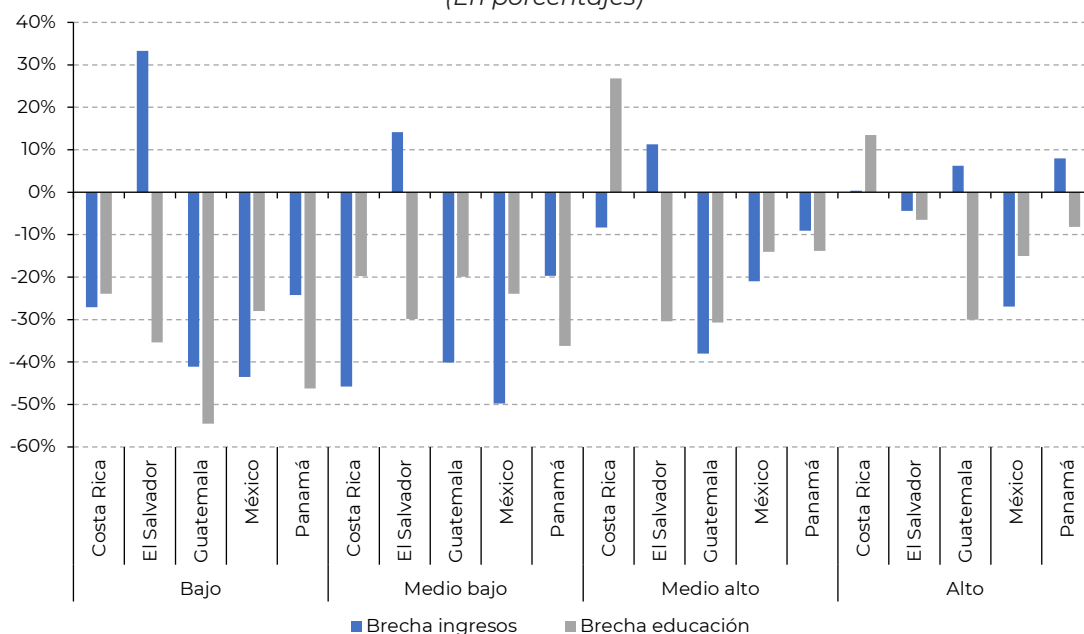
En un estudio realizado por la sede subregional de la CEPAL en México para seis países, se halló que en todos los estratos sociales las personas mayores tienen un ingreso medio mensual más bajo que la población adulta (de 30 a 64 años). Las personas en edad de jubilarse siguen trabajando y a pesar de que podrían tener más años de experiencia laboral, tienen una remuneración consistentemente más baja, incluso en aquellos casos en los que tienen más años de educación (Marinho y Quiroz, 2018).

En el gráfico 15 se muestra la brecha de ingresos de las personas de 65 años y más con respecto a los adultos. Las mayores disparidades se observan en el estrato bajo y medio. En el estrato bajo, en promedio, hay un 25% de diferencia entre el ingreso que obtienen las personas mayores con respecto a las más jóvenes. En el estrato medio bajo, la brecha se amplía al 28%. Las diferencias más pronunciadas se observan en México y en Guatemala.

Gráfico 15

Subregión (cinco países): brecha de ingresos de las personas de 65 años y más con respecto a los adultos de 30 a 64 años

(En porcentajes)

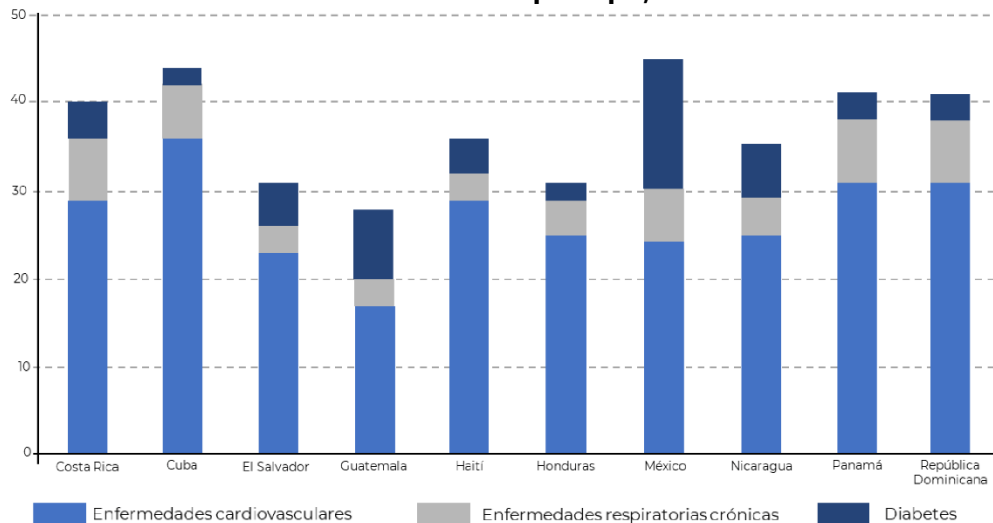


Fuente: M.L. Marinho Montero y V. Quiroz, *Estratificación social: una propuesta metodológica multidimensional para la subregión norte de América Latina y el Caribe*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Ciudad de México, 2018.

En materia de salud, las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte en la subregión, aunque se observan diferencias entre países de acuerdo con su proceso de transición demográfica y epidemiológica. En 2013, en promedio, el 64,8% de las muertes se debió a ENT (PAHO, 2020). Un análisis por tipo de ENT muestra que, en 2018, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias agudas y la diabetes son responsables de un poco más de un tercio del total de muertes por ENT (véase el gráfico 16). Estos perfiles también proporcionan datos sobre los factores de riesgo metabólico como el aumento de la presión arterial, de la glucosa en la sangre y la obesidad (World Health Organization, 2018), que son

precisamente los que incrementan el riesgo de contagio del COVID-19 y su gravedad⁴.

Gráfico 16
Subregión (diez países): incidencia de enfermedades no transmisibles por tipo, 2018



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de World Health Organization, *Noncommunicable diseases country profiles 2018*, Ginebra.

En el caso de las personas mayores, la OPS indica que, en las Américas, las ENT —incluido el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes— se asocian a la muerte de siete de cada diez personas de 70 años o más y causan sufrimiento y discapacidades para muchas más (PAHO, 2020).

Entre las causas de muerte en la subregión, cabe destacar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias porque, en la mayoría de los casos, los síntomas de esta enfermedad aparecen a mediados de los 60 años y se trata de la causa más común de demencia entre las personas mayores (National Institute on Ageing, s/f).

Se estima que en 2016 se registraron 16,8 de muertes por esta causa por cada 100.000 habitantes en la subregión⁵. La cifra sube a 19,2 cuando se trata de las mujeres y baja a 14,4 cuando son hombres (véase el gráfico 17). Este tipo de enfermedad conlleva enormes consecuencias personales, sociales y económicas, al provocar un aumento de los costos de los cuidados a largo plazo para los gobiernos,

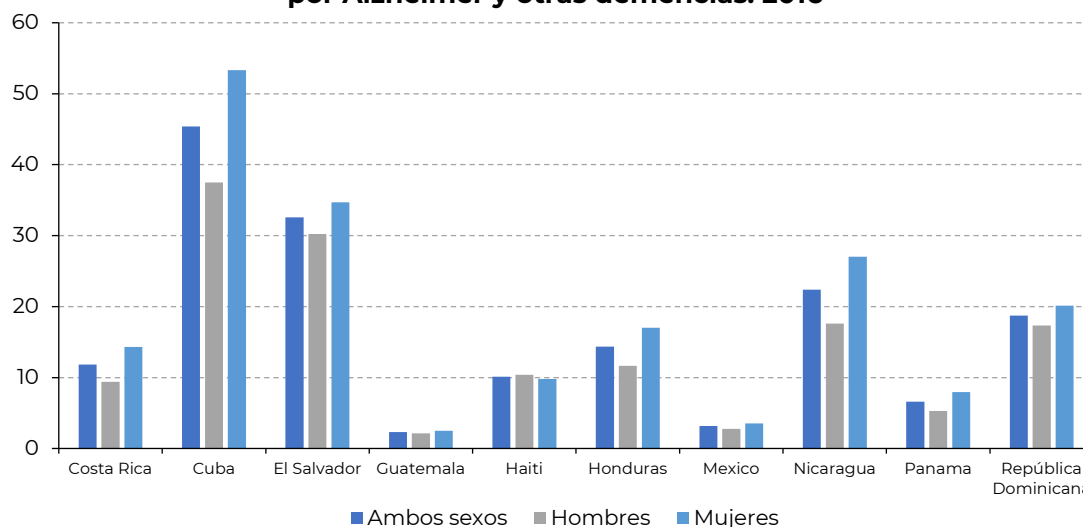
⁴ Las ENT no solo afectan a las personas mayores. En 2016, una proporción importante (75%) de las muertes prematuras de adultos de 30 a 69 años en el mundo se debió a esta causa. De ahí que la OMS ha realizado un llamado a prevenir los factores de riesgo, que están asociados principalmente a los hábitos de vida como el consumo de tabaco, el sedentarismo y el abuso del alcohol, entre otros (World Health Organization, 2018).

⁵ Se refiere a la tasa de mortalidad por causas, que se define como el número de muertes que ocurren por la causa *j* entre la población total y se expresan normalmente por 100.000 habitantes.

las comunidades, las familias y las personas, así como pérdidas de productividad en las economías (ADI, 2016). Entre los países de la subregión, solo Costa Rica y Cuba han elaborado planes de atención para enfermedades mentales, cuya incidencia aumentaría debido a la pandemia por COVID-19.

Gráfico 17

Subregión (diez países): tasas de mortalidad (brutas) por 100.000 habitantes por Alzheimer y otras demencias. 2016



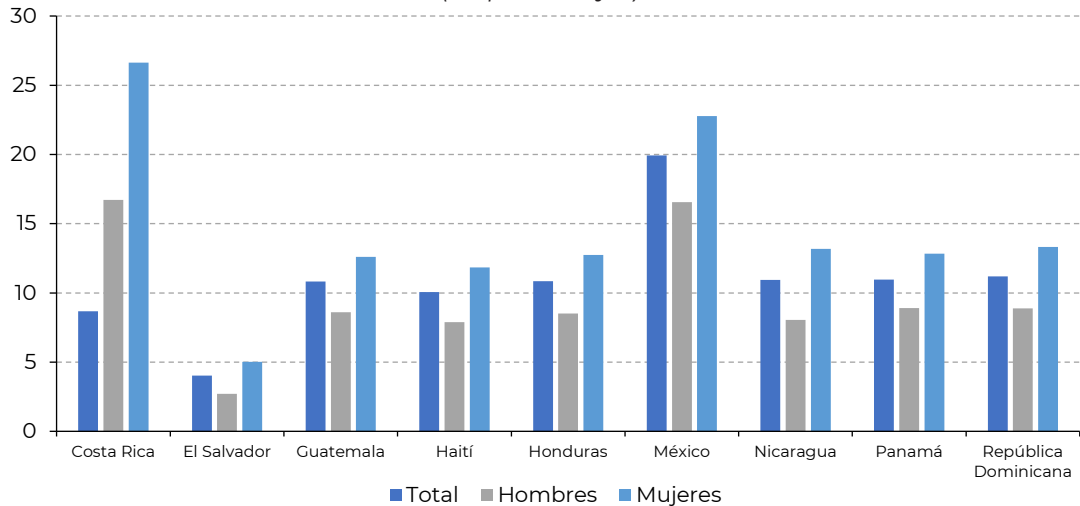
Fuente: World Health Organization (WHO), "Death estimates by cause, sex and country: WHO Global Mortality Estimates (2018)" [en línea] <https://www.paho.org/data/index.php/es/mnu-mortalidad/tendencias-de-la-mortalidad-por-causa-de-muerte-sexo-y-pais-2000-2016.html>.

Con respecto a las personas con discapacidad, la OMS ha indicado que pueden correr un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a factores como dificultades para mantener el distanciamiento físico debido al apoyo que necesitan para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), obstáculos para acceder a la información de salud pública o por el padecimiento de trastornos de salud subyacente (OMS, 2020).

En la subregión, con independencia del país del que se trate, las personas mayores tienen más prevalencia de una condición de discapacidad que los grupos en edades más jóvenes. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2018), las limitaciones para caminar, subir o bajar usando las piernas en las personas de 60 años y más era del 67,5%, mientras que la cifra baja al 45,1% en los adultos de 30 a 59 años y al 24,8% en los jóvenes de 15 a 29 años. En Guatemala, de acuerdo con la II Encuesta Nacional de Discapacidad, de 2016, la cifra de mujeres de 50 años y más con discapacidad correspondía al 26,3%, mientras que en aquellas de 18 a 39 años era del 12,1%.

Un estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) identificó la población de 60 años y más en situación de dependencia en nueve países de la subregión en 2015 (véase el gráfico 18). Esto es, aquellas personas que tienen dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD).

Gráfico 18
Subregión (nueve países): población de 60 años y más en condición de dependencia por sexo, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Banco Interamericano de Desarrollo (2018); United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, datos personalizados adquiridos a través del sitio web.

El total de personas mayores con alguna limitación sumaba más de 3.000.000, lo que correspondía al 17,2% de la población adulta mayor de los nueve países analizados. Por lo general, el porcentaje de las mujeres mayores en condición de dependencia es más elevado que los hombres, sobre todo en algunos países. En Costa Rica el 26,6% de ellas tenía alguna limitación para realizar las AVBD en comparación con el 16,7% de los hombres en la misma condición. El país donde hay más población adulta mayor en condición de dependencia es México (19,9%) y las mujeres mayores son las más afectadas (22,8%).

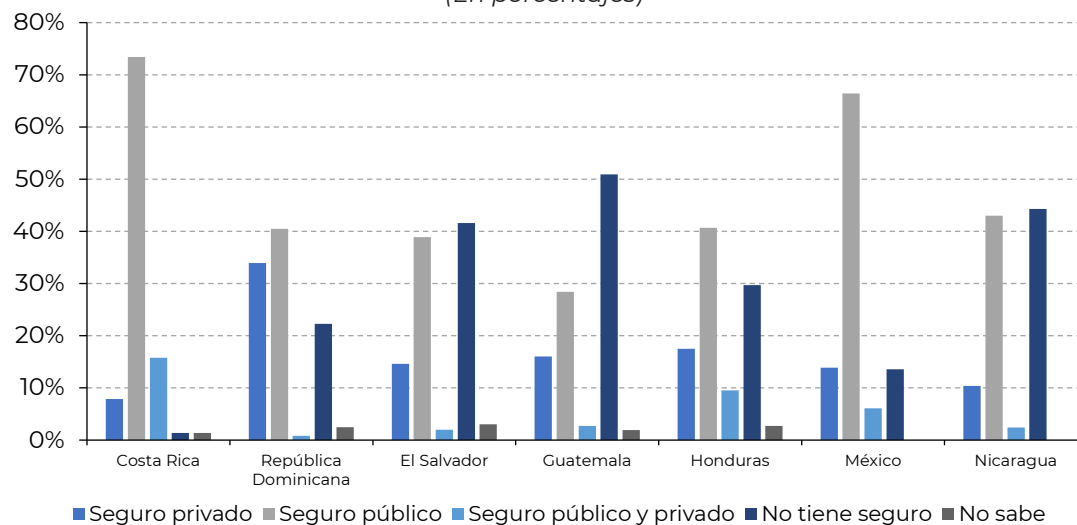
La cobertura de los seguros de salud resulta fundamental durante la pandemia por COVID-19. De acuerdo con los datos del Latinobarómetro, el acceso a los seguros de salud por parte de la población adulta mayor también es limitado en la subregión. En 2016, en promedio, el 25,9% de las personas entrevistadas de 60 años y más en siete países no contaba con ningún tipo de seguro de salud. El 50,2% tenía un seguro público de salud y el 15,7% un seguro privado. Las que accedían a ambos tipos de seguros representan solo el 6,7%. Las diferencias entre países son importantes. En Guatemala, el 50,9% de las personas entrevistadas de 60 años y más no tenía seguro de

salud, en Nicaragua la cifra era del 44,3% y en El Salvador del 41,6% (véase el gráfico 19).

Gráfico 19

Subregión (siete países seleccionados): acceso a seguros de salud de personas de 60 años y más encuestadas. 2016

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Latinobarómetro, 2016.

La información oficial a escala nacional muestra que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares, en Costa Rica el acceso a los servicios de salud por parte de las personas mayores es prácticamente universal y alcanza al 94,8% en 2019. En México, de acuerdo con el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento, la cobertura del seguro público en 2018 sería del 90%, mientras que en Cuba la cobertura es universal.

Al momento de analizar el impacto del acceso a los seguros de salud en el bienestar de los hogares y en el acceso a los servicios de salud, hay varios elementos a tomar en consideración. La calidad de la atención que se recibe en general es desigual dependiendo de si se trata de un seguro público o privado de salud. Por ejemplo, en Chile, dentro de la totalidad de casos confirmados, la probabilidad de morir por COVID-19 sería un 86% superior en personas adscritas al seguro público de salud (FONASA) en comparación con personas adscritas a seguros privados (ISAPRES) (Sepúlveda, 2020).

Otro aspecto que merece especial atención es el pago directo en salud⁶. El hecho de que este tipo de pagos puedan constituir un requisito para recibir la atención o acceder a los servicios de salud los

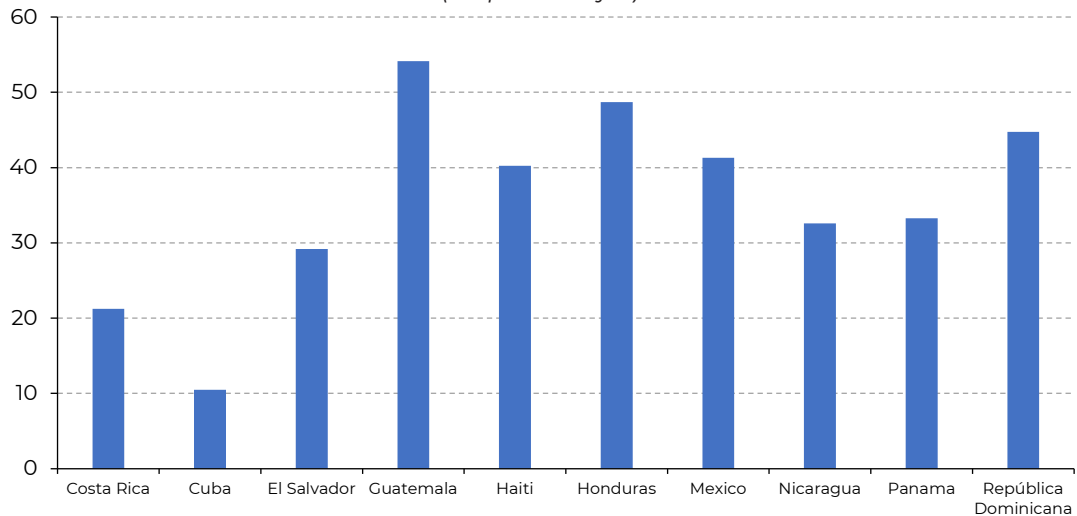
⁶ El gasto de bolsillo hace referencia al pago requerido en el momento mismo de la utilización y en el punto de acceso a los servicios y los productos de salud, una vez descontado cualquier reembolso posterior. En la práctica puede tomar diferentes formas, como los pagos directos para adquirir medicamentos, los copagos, las tasas de coaseguro y los deducibles. Además, puede tratarse de pagos formales u oficiales, de pagos informales o "bajo la mesa", o de ambos tipos a la vez (OPS, 2017).

convierte en una barrera en el acceso a la atención, aunque la población esté cubierta por seguros públicos (PAHO, 2017a). La información para la subregión muestra que el gasto de bolsillo varía ampliamente entre los países. El más alto es en Guatemala, donde alcanza el 54% del gasto total en salud. Le sigue Honduras con el 49% y la República Dominicana con el 45%. En Honduras y México corresponde casi al 40% del gasto total (véase el gráfico 20).

Gráfico 20

Subregión (diez países): gasto de bolsillo en salud como parte del gasto total en salud, 2017

(En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Health Expenditure Database*, consultada en octubre de 2020.

Estos datos revelan que hay una barrera directa para la atención de la salud, sobre todo para los hogares con menos recursos. Se trata de un gasto empobrecedor cuando para un hogar significa situarse por encima o debajo de la línea de la pobreza (PAHO, 2017a). Cuando se trata de las personas mayores, las consecuencias financieras que puede tener el copago de los servicios de salud aumentan el riesgo de que se empobrezcan como resultado de una enfermedad inesperada que exija usar los ahorros de toda una vida, la venta de bienes o el recurso a préstamos, que pueden destruir su futuro y a menudo el de sus hijos (OMS, 2019).

Todo lo anterior indica que las personas mayores se encontrarían en una situación de vulnerabilidad frente a la pandemia, no solo por su edad avanzada, sino por la exposición abierta a limitaciones en el acceso a la protección social y en el disfrute de condiciones de vida digna. Esto no solo representa un peligro para sí mismas, sino también para sus familias y comunidades, que además suelen ver reducidas sus capacidades de gestión del riesgo antes, durante y después de eventos como la pandemia.

De acuerdo con Brenes (2020), el proceso de envejecimiento es multifactorial, en el que la herencia representa entre el 25 al 30% y el 65% proviene de factores ambientales. De ahí que el contexto en el cual se envejece sea un componente esencial del envejecimiento saludable. El enfoque de los determinantes de la salud es muy útil para analizar las condiciones en que se envejece, pero además en el contexto de la pandemia se tornan aún más relevantes porque afectan directamente la propagación de las enfermedades transmisibles (PAHO, 2017b).

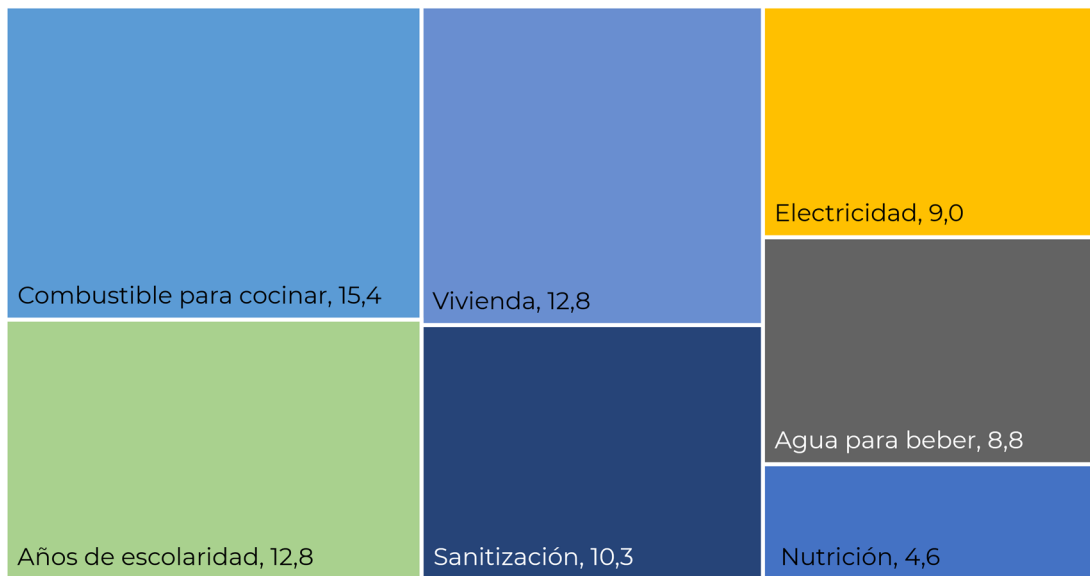
Entre los determinantes sociales de la salud se encuentran las condiciones inadecuadas de la vivienda, el bajo nivel de educación, alimentación, acceso a los servicios básicos y carencias de protección social, que originan, principalmente, enfermedades infecciosas y carenciales (Brenes, 2020). Los datos de pobreza multidimensional para ocho países de la subregión muestran que las personas mayores se ven enfrentadas a distintas privaciones, dependiendo del país donde vivan y la fortaleza de los sistemas de protección social.

La privación más frecuente a la que se enfrentan las personas mayores en la subregión es la falta de combustible limpio para cocinar (15,4%), lo que las expone a contaminación doméstica, asociada a la presencia de enfermedades respiratorias agudas. Los bajos niveles de escolaridad (12,8%) suelen estar unidos a hábitos de vida poco saludables, y la calidad de la vivienda (12,8%) las arriesga a condiciones de hacinamiento.

La falta de sanitización (10,3%), de electricidad (9%) y agua potable para beber (8,8%) incrementa la probabilidad de enfermedades diarreicas e incide en la presencia de sistemas inmunológicos debilitados. Por último, la inadecuada nutrición (4,6%) constituye en las personas mayores un factor de fragilidad que las expone a caídas con consecuencias graves y disminuye sus capacidades de desenvolvimiento autónomo (véase el gráfico 21).

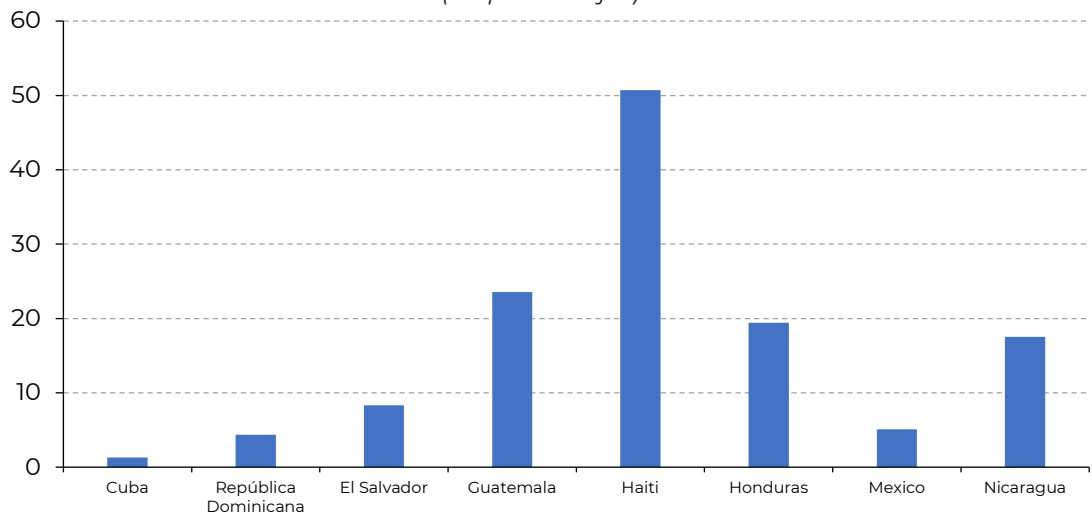
La población adulta mayor en pobreza multidimensional en estos ocho países alcanzó en 2018 a cerca de 2.400.000 personas, lo que correspondería a una de cada diez personas de 60 años y más durante ese período. En Haití la proporción de personas mayores en pobreza multidimensional sería del 50,7%, en Guatemala del 23,5%, en Honduras del 19,4% y en Nicaragua del 17,5%. Los demás países se ubican bajo el promedio, y Cuba es el país con menos población adulta mayor en pobreza multidimensional (1,3%) (véase el gráfico 22).

Gráfico 21
Subregión (ocho países): personas mayores de acuerdo con tipo de privaciones, 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Alkire, S., U. Kanagaratnam, y N. Suppa (2020), "The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2020", *OPHI MPI Methodological Notes 49*, Oxford Poverty and Human Development Initiative, University of Oxford.

Gráfico 22
Subregión (ocho países): población de 60 años en pobreza multidimensional, 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de S. Alkire, U. Kanagaratnam y N. Suppam "The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2020", *OPHI MPI Methodological Notes 49*, Oxford Poverty and Human Development Initiative, University of Oxford, 2020.

La pandemia por COVID-19 ha provocado una perturbación profunda de los medios de vida alrededor del mundo y las personas mayores no están ajenas a este devastador impacto. No solo se han interrumpido las cadenas de suministro de alimentos y agua, sino que

también se hacen más evidentes las dificultades de las personas para hacer frente a las disposiciones de quedarse en casa cuando se carece de servicios básicos e instalaciones de saneamiento. En un escenario donde la discriminación de las personas mayores es tan persistente, una de las consecuencias que se prevé más allá del contagio es la probabilidad de que los entornos donde se desenvuelven acrecienten las desigualdades vitales y existenciales que ya estaban presentes antes del brote de COVID-19.

En definitiva, la pandemia por COVID-19 está poniendo al descubierto desigualdades estructurales que, en la subregión, se unen a la debilidad de los sistemas de protección social para cubrir los riesgos más esenciales, cuyos estándares son por lo general más bajos que el promedio de América Latina. De ahí que algunos autores señalen que el COVID-19 es una enfermedad social que refleja experiencias dispares que están fuertemente influenciadas por los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales y económicas preexistentes (Bambra y otros, 2020).

III. La trayectoria de la pandemia por COVID-19 en la subregión

A. El contexto en el que se inició la pandemia en la subregión: síntesis general

La pandemia generada por COVID-19 es uno de los más grandes desafíos en la historia de las Naciones Unidas. Sus repercusiones en la salud física y mental, en el bienestar, la pérdida de vidas, así como los efectos negativos en las necesidades humanitarias mundiales, los derechos humanos y todas las esferas de la sociedad están anulando los logros del desarrollo en todo el orbe (United Nations, 2020a).

El escenario regional en que se inició la pandemia en América Latina y el Caribe se caracterizaba por sus altos niveles de informalidad laboral, pobreza, desigualdad y acelerada urbanización, así como también por frágiles sistemas de salud, seguridad y protección social (CEPAL, 2020).

Los logros en materia de pobreza y desigualdad de los últimos años aún no estaban consolidados. En abril de 2019, la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL indicó que, aunque se había logrado cumplir con la meta 3.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años) aún restaba avanzar en muchas otras, y concluyó que “sin un cambio del estilo de desarrollo no se alcanzarían las metas de varios ODS” (CEPAL, 2019).

En la subregión, la última información disponible mostraba que la población en situación de pobreza por ingreso fluctuaba entre el 58,2% en Honduras y el 35,3% en Panamá. En 2018, en cinco países de la subregión (Costa Rica, El Salvador, Honduras, México y Panamá) el 46,2% del total de la población se encontraba en situación de pobreza.

Durante 2019 se pudo evidenciar un deterioro significativo en el crecimiento promedio de las economías de la subregión. A excepción de Guatemala, en el resto de los países (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, la República Dominicana y México), se observó la desaceleración de sus economías debido a diversos factores de carácter interno y externo, por lo que se preveían impactos negativos en las cifras de pobreza.

Al mismo tiempo se advirtió un aumento de la tasa de desocupación en algunos de los países de la subregión (Costa Rica, Guatemala, Panamá, la República Dominicana y México). El Salvador, Honduras y Nicaragua, a pesar de no haber sufrido alzas en su tasa de desocupación, no lograron reducirla, por lo que esta se acrecentó

considerablemente durante 2019. El aumento de la tasa de desempleo también implicó una ruptura y una reversión de la tendencia de este indicador durante los últimos años.

Alrededor de 2018, el gasto público social como porcentaje del PIB, con la excepción de Costa Rica, era bajo en la subregión. El menor correspondía a Haití con el 5,2%, le seguía Guatemala (7%), Honduras (8%), México (8,7%), Panamá (8,8%), Nicaragua (11,1%) y El Salvador (14,6%). Con respecto al gasto público en salud como porcentaje del PIB, en 2017, la inversión más alta la hacía Cuba (11,7%), cinco puntos porcentuales sobre el promedio para América Latina y el Caribe (7%), mientras que los demás países fluctuaban entre el 8,6% en Nicaragua y el 5,8% en Guatemala.

La subregión además se caracterizaba por elevados niveles de informalidad en el empleo. En 2018, el 58,2% de los ocupados urbanos se desempeñaba en el sector informal del mercado del trabajo en Honduras. En El Salvador lo hacía el 54%. En México el 46,2%, entre tanto que en Costa Rica y Panamá las cifras eran del 37,5% y 35,3% respectivamente.

Lo anterior da cuenta de manera muy sintética de la vulnerabilidad de la subregión ante la pandemia. La confluencia de falta de oportunidades de empleo formal, altas tasas de pobreza y desaceleración económica revelaban la extrema fragilidad de la población en general para enfrentar amenazas antes desconocidas.

Asimismo, desigualdades estructurales que estaban fuertemente arraigadas y determinadas por el lugar de nacimiento, el género, la pertenencia étnica, la edad y el nivel de ingresos de las familias donde se nace, se transformaron en riesgos inusitados con la pandemia que, a más de siete meses del primer caso en la subregión, ha tenido un efecto desproporcionado en determinados grupos de población. Este es el trasfondo que debe analizarse para diseñar medidas de contención y recuperación de la pandemia que vayan más allá de la emergencia.

B. Evolución de la pandemia en la subregión desde el 27 de febrero al 7 de octubre de 2020

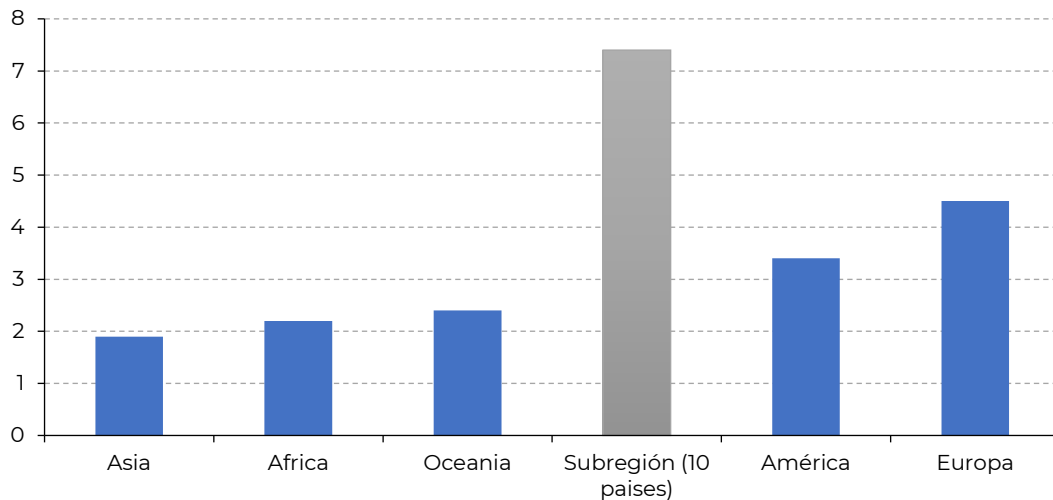
En la subregión la pandemia por COVID-19 tuvo su primer caso registrado en México a fines de febrero de 2020, apenas dos meses después de haber sido notificada la enfermedad en Wuhan (China) y a un mes de que la OMS declarara la enfermedad como una emergencia de salud pública de importancia internacional. A fines de marzo de 2020, todos los países de la subregión tenían casos confirmados. En varios de ellos los primeros fueron importados, esto

es, personas que adquirieron el virus en un país diferente al que fue diagnosticada, para luego pasar a la circulación comunitaria.

Analizar la trayectoria del COVID-19 tiene ciertas limitaciones porque las estadísticas se ven afectadas por las estrategias de prueba local, la capacidad de los laboratorios y la eficacia de los sistemas de vigilancia. Hecha esta salvedad, los datos que se presentarán a continuación son útiles para identificar tendencias y, en ningún caso, son una evaluación de los países con respecto a la efectividad de las medidas tomadas para contener la propagación del virus.

El virus se inició en Asia, le siguió Europa, pero en el lapso de unos meses América Latina se convirtió en el centro de la pandemia. Países de la región que tuvieron aparente éxito al comienzo están viviendo un auge de infecciones otra vez. Al 18 de septiembre de 2020, cuando se cumplían casi siete meses desde el primer caso confirmado en la subregión, el total acumulado de personas contagiadas por el virus correspondió a 1.144.165 y el total de muertes acumuladas fue de 85.097 fallecimientos por esta causa. Esto es, un 7,4% de letalidad, una cifra mucho más elevada que todas las regiones de la OMS (véase el gráfico 23).

Gráfico 23
Mundo: tasa de letalidad por regiones de la OMS y la subregión, al 18 de septiembre de 2020

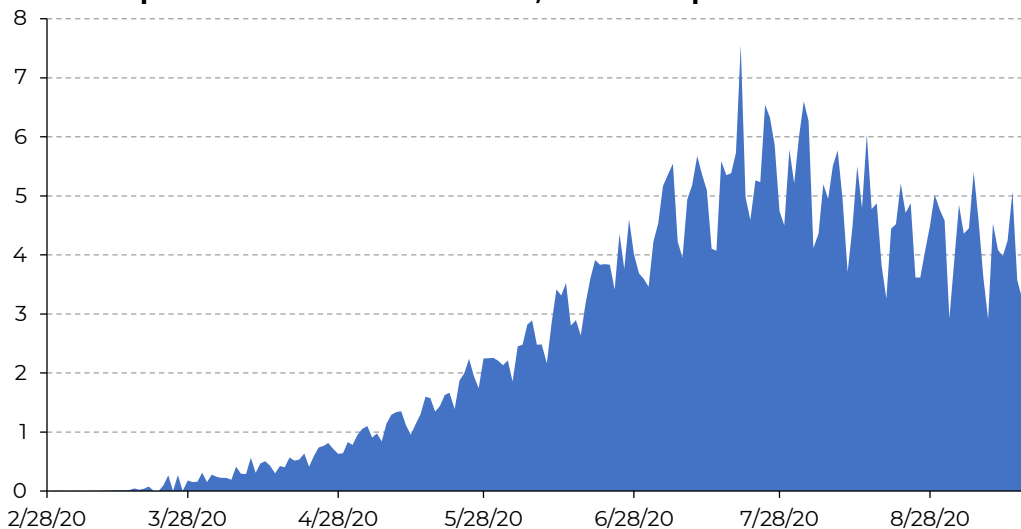


Fuente: Elaboración propia sobre la base de World Health Organization (WHO), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/table>.

Como se observa en el gráfico 24, donde se muestra la tasa de casos confirmados por cada 100.000 habitantes para los diez países de la subregión, los contagios tienen alzas y bajas. Esto se debe, entre otras razones, a que en algunos países hubo un rápido avance de la pandemia. En otros casos se logró contener la curva de contagios en una fecha determinada y de ahí en adelante continuó con un rebrote;

y están aquellos países donde la pandemia mantiene una tasa relativamente estable.

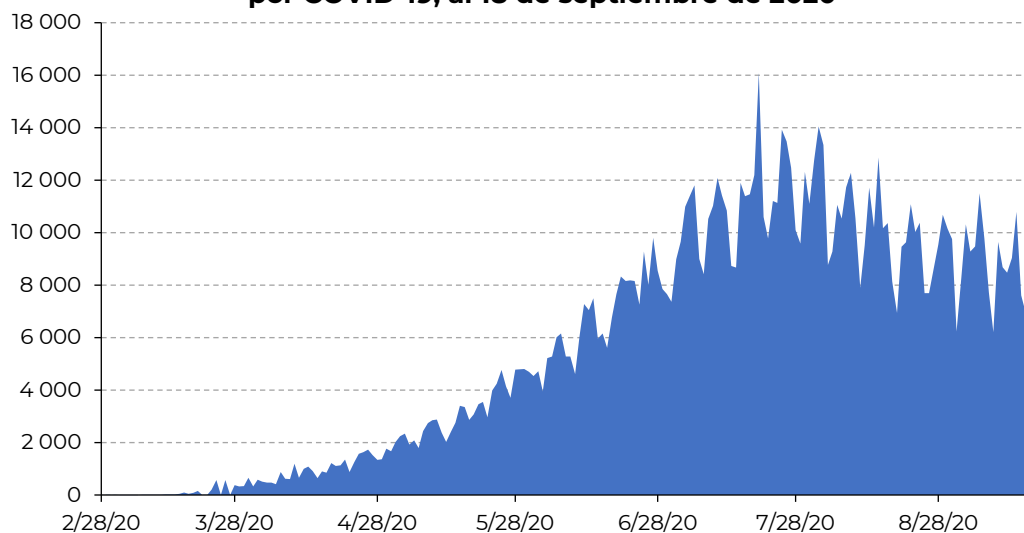
Gráfico 24
Subregión (diez países): tasa de casos confirmados por COVID-19 por cada 100.000 habitantes, al 18 de septiembre de 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de World Health Organization (WHO), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/table>.

Otra forma de analizar el comportamiento de la pandemia en la subregión es el número de casos diarios confirmados. Estos experimentaron un aumento sostenido en los meses de julio y agosto de este año. En ellos, durante 43 días se sobrepasaron los 10.000 casos diarios. En dicho período, la cifra máxima se dio el 20 de julio de 2020 con más de 16.000 casos diarios (véase el gráfico 25).

Gráfico 25
Subregión (diez países): número de casos diarios confirmados por COVID-19, al 18 de septiembre de 2020



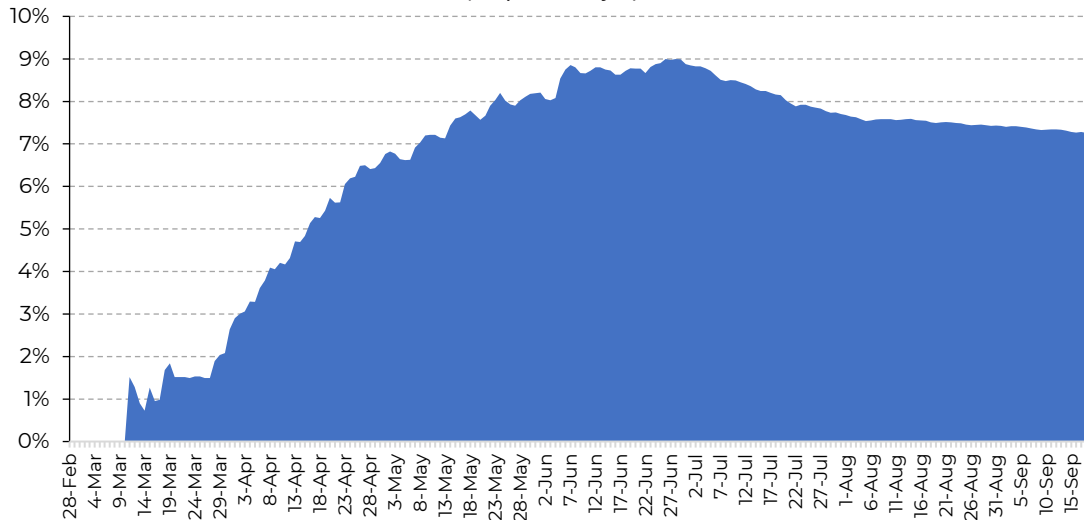
Fuente: Elaboración propia sobre la base de World Health Organization (WHO), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/table>.

Con respecto a las muertes por COVID-19, en el gráfico 26 se muestra el porcentaje de personas fallecidas por esta causa para el conjunto de la subregión. Tal cual ha sido el comportamiento de la pandemia en los países involucrados, durante el período de estudio el mes de mayo tuvo una mayor cantidad relativa de fallecimientos. Esto no quiere decir que en la actualidad la pandemia esté controlada. Todos los organismos internacionales involucrados y las autoridades sanitarias nacionales han advertido que las cuarentenas —algunas muy estrictas—, el cierre de las fronteras y la mayor educación de la población tuvieron un efecto positivo en el contagio del virus, pero de ninguna manera el riesgo ha disminuido, más todavía cuando en algunos países las medidas se han ido relajando y existe una fuerte presión por la apertura total de las actividades, incluyendo las escuelas.

Gráfico 26

Subregión (diez países): personas fallecidas por COVID-19 dentro del total de casos confirmados, al 18 de septiembre de 2020

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de World Health Organization (WHO), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/table>.

También se registran diferencias a nivel subnacional. En Cuba, la provincia con mayor cantidad de casos acumulados es La Habana con 3.341 casos al 18 de septiembre de 2020, equivalente al 56,2% del total. En Costa Rica, la provincia de San José tiene el mayor número de casos acumulados: 41.171 (48,5%).

Por último, otra forma de acercarse al comportamiento de la pandemia es analizar con detalle lo que ocurre con los casos confirmados en los países. Costa Rica superó su primera ola pandémica con la tasa de letalidad más baja de América Latina, un 0,85%, con 6 fallecidos y 705 enfermos, el 28 de abril de 2020. Al 25 de julio, dicho indicador descendió a un 0,67% cuando los decesos representaban una pequeña proporción de los casos confirmados

(Cantero, 2020). El 8 de octubre de 2020, información oficial publicada por el Gobierno de Costa Rica registró un total de 84.824 casos acumulados. De ellos el 37,7% correspondió a casos activos (32.006), el 61% fueron casos recuperados (51.782) y los fallecidos alcanzaron el 1,2% (1.040). Entre estos últimos, 648 correspondieron a hombres y 392 a mujeres⁷.

La estrategia de Costa Rica para la contención de la pandemia se han basado, entre otras acciones, en la búsqueda activa de enfermos de COVID-19 (Cantero, 2020). Otra clave puede estar en su sistema de salud reconocido internacionalmente, marcado por la universalización de la seguridad social en la década de 1970 y que permite a los costarricenses un acceso casi universal a servicios sanitarios, tal y como destacó la OCDE en un informe de 2017 (González, 2020).

Cuba es otro país que se destaca en la subregión por su respuesta ante la pandemia. Al 8 de octubre de 2020 tuvo un total de 5.943 casos acumulados, de ellos el 90,8% fueron recuperados (5.398) y el 7,1% activos (420). El número de fallecidos fue de 123 (2,1%). El 51,7% de los casos confirmados fueron hombres y el 48,3% mujeres⁸. En este país la cima de la pandemia fue en abril, luego se logró cierta estabilidad, aunque los modelos matemáticos utilizados auguraban un rebrote que se dio en los últimos meses. El país actuó rápidamente y se incrementaron las pruebas de PCR y la búsqueda de casos primarios y secundarios⁹, hasta lograr al 9 de octubre de 2020 una disminución de la letalidad que alcanzó al 2,0%.

De acuerdo con el Banco Mundial, Cuba era uno de los países de la región más preparados para enfrentar la pandemia porque era el primer país de América Latina con el mayor número de camas por cada 1.000 habitantes (González, 2020). De acuerdo con Alberto Fernández (2020), el seguimiento diario sistemático ha permitido mantener la vigilancia epidemiológica para garantizar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la enfermedad en el país. Como fortaleza, Cuba cuenta con un sistema de salud gratuito, con nueve médicos por cada 1.000 habitantes, lo que permite la cobertura del 100% de la población. Los aportes de la industria médico-farmacéutica y biotecnológica, con productos novedosos para el tratamiento de la

⁷ Ministerio de Salud de Costa Rica (2020), "Situación Nacional COVID-19" [en línea] <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>, San José [fecha de consulta: 9 de octubre de 2020].

⁸ COVID19CUBADATA (2020), "COVID19 Dashboard Cuba" [en línea] <https://covid19cubadata.github.io/#cuba> [fecha de consulta: 9 de octubre de 2020], La Habana.

⁹ El caso primario es el caso índice que se detecta y este a su vez puede generar varios secundarios que suelen detectarse dentro de sus contactos. Por ejemplo, cuando se detecta un nuevo caso que surge en alguna pesquisa, entró al país o en el que no se detecta la fuente, corresponde a un caso primario. Ese caso puede tener 14 contactos, y dentro de estos, siete fueron PCR positivo. Estos últimos corresponden a casos secundarios.

enfermedad, como el interferón alfa 2b recombinante, anticuerpos monoclonales, el péptido CIGB-258 y el Surfacen también fueron clave para crear un escenario favorable en el enfrentamiento de la pandemia.

En definitiva, en la subregión conviven distintas realidades con respecto a la contención de la pandemia. Aquí se encuentra el noveno país del mundo con la mayor cantidad de casos confirmados acumulados hasta el 8 de octubre de 2020 y, por otro lado, dos que ostentan las menores tasas de letalidad. Algunos que actuaron rápidamente para contener el virus y pronto llegaron a ser de los primeros de la región con el número de pruebas, así como otros que no las desarrollaron con la celeridad que se necesitaba. Con todo, la pandemia sigue siendo un desafío en todo el mundo y en la subregión.

IV. El impacto del COVID-19 en las personas mayores en la subregión

A. Las personas mayores tienen más probabilidad de enfermedad grave y muerte por COVID-19

Es crucial saber qué grupos dentro de una población están en mayor riesgo frente al contagio y la muerte por COVID-19. Conocer qué sectores de la sociedad tienen más probabilidades de infectarse, morir o sufrir otras consecuencias graves, permite dirigir los recursos hacia quienes más los necesitan (Roser, 2020). Así también lo ha manifestado el Secretario General de las Naciones Unidas en distintas oportunidades, haciendo énfasis en que las personas mayores son un grupo que se ha visto desproporcionadamente afectado por la pandemia (United Nations, 2020a).

El COVID-19 ha afectado a personas de todas las edades, aunque los datos epidemiológicos desglosados por edad, disponibles en el mundo y en la subregión, muestran una constante. Las personas mayores, en particular quienes tienen problemas de salud subyacentes (presión arterial alta, diabetes o problemas cardíacos), tienen un mayor riesgo de enfermarse gravemente una vez contagiadas (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2020).

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos han informado que el riesgo de una enfermedad grave por COVID-19 (cuando una persona requiere de hospitalización, cuidados intensivos o un ventilador para ayudarla a respirar, o que incluso puede morir) se incrementa con la edad y establecen que las personas de 60 a 70 años tienen en general más riesgo de presentar una enfermedad grave que una de 50 años. Asimismo, el mayor peligro de enfermedad grave por COVID-19 se presenta en las personas de 80 años y más (CDC, 2020a).

Las cifras disponibles también muestran que lo más preocupante es la mortalidad por COVID-19 en este grupo de edad. En los Estados Unidos, 8 de cada 10 de las muertes se han producido en personas de 65 años y más, especialmente entre aquellas de 80 años y más (CDC, 2020a). La letalidad de los casos confirmados entre el 12 de febrero y el 16 de marzo de 2020 fue de 3,4%, pero en las personas mayores la tasa de letalidad se incrementó a medida que aumentaba la edad: 65 a 74 años: 4,9%; 75 a 84 años: 10,5%; 85 años y más: 27,3% (CDC, 2020b).

En Asia, el 95% de las muertes por esta causa ha ocurrido en personas de 65 años y más (Ortiz, 2020). Un análisis realizado en pacientes con COVID-19 en el Hospital Pulmonar Wuhan, desde el 25 de diciembre de

2019 hasta el 7 de febrero de 2020, mostró que tener 65 años o más era un factor vinculado a un mayor peligro de muerte (Beusekom, 2020).

Según la OMS, en Europa más del 95% de las muertes ocurrieron en personas de 60 años y más, y la mayoría tenía 80 años y más (Georgantzi, 2020). En Francia, la mediana de edad de muerte del total de personas fallecidas (3.975) entre el 1 de marzo y el 7 de abril de 2020 fue de 83 años y el 74% tenía 75 años o más (Santé Publique France, 2020). En Australia, el 97% de los fallecidos por COVID-19 corresponde a personas de 60 años y más (Ortiz, 2020).

En definitiva, independiente de la región del mundo de la que se trate, las personas mayores han sido el grupo más afectado por la pandemia en términos de la gravedad de la enfermedad y el número de muertes. En el cuadro 1 se muestra una relación entre la tasa de hospitalización y muerte entre distintos grupos de edad con respecto a los jóvenes de 18 a 29 años. De observa que la tasa de hospitalización es cinco veces mayor en el grupo de 65 a 74 años en comparación con el grupo de control y la tasa de muerte es 90 veces más alto. A medida que avanza la edad, las diferencias se incrementan de manera considerable, y en el grupo de 85 años y más la tasa de hospitalización es 13 veces mayor que la del grupo de 18 a 29 años, en tanto que la tasa de muerte es 630 veces superior.

Cuadro 1
Ratios de tasa de hospitalización y muerte por COVID-19 en comparación con los jóvenes de 18 a 29 años

Grupos de edad	Hospitalización	Muerte
0 a 4 años	4 veces menor	9 veces menor
5 a 17 años	9 veces menor	16 veces menor
18 a 29 años	Grupo de comparación	Grupo de comparación
30 a 39 años	2 veces más alto	4 veces mayor
40 a 49 años	3 veces mayor	10 veces más alto
50 a 64 años	4 veces mayor	30 veces más alto
65 a 74 años	5 veces mayor	90 veces más alto
75 a 84 años	8 veces mayor	220 veces mayor
85 años y más	13 veces mayor	630 veces más alto

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (2020) COVID-19 Hospitalization and Death by Age, August 28, 2020.

En la subregión la práctica de proveer la información de contagios y decesos por grupos de edad por COVID-19 se ha observado en pocos países (Costa Rica¹⁰, Cuba¹¹, EL Salvador¹², Guatemala¹³ y México¹⁴), a pesar de las recomendaciones de la meta 17.18 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Incluso los países que publicaron información por edad hasta hace un par de meses atrás ya no cuentan con información actualizada disponible. Como han manifestado organizaciones de personas mayores en Europa al respecto, sin datos públicos adecuados, confiables y desagregados por edad es difícil evaluar claramente el impacto de las medidas y eventualmente los patrones discriminatorios en la respuesta a la pandemia (Georgantzi, 2020).

Al 7 de octubre de 2020, en Costa Rica, el 6,7% de los casos confirmados acumulados por COVID-19 se concentró en las personas de 60 años y más. En Cuba alcanzó el 16,6%, en El Salvador el 15%, en Guatemala el 11,3% y en México el 19,3%. En la misma fecha la letalidad en Costa Rica fue del 12,1% en las personas mayores. En Cuba el 9,9%, en Guatemala el 16,9% y en México el 32,1%.

Al analizar la mortalidad por COVID-19 de las personas mayores entre el total de fallecidos por la enfermedad, se aprecia la gravedad de la enfermedad. En cuatro países que desagregan datos por edad, al 7 de octubre de 2020 se registraron un total de 84.565 muertes, de las que el 60% correspondió a personas mayores. Por grupos de edad, en los 80 años y más hubo una mayor proporción de muertes entre los casos confirmados de la misma edad (37,8%). Le siguió el de 70 a 79 años con el 35,6% y el de 60 a 69 años con el 26,4%.

Como se observa en todos los países con datos disponibles en el mundo y la subregión, el riesgo de morir por una infección por COVID-19 aumenta con la edad. Como resultado, las personas en edades mayores constituyen la mayoría de las muertes por COVID-19 reportadas, incluso en países donde el envejecimiento de la población se encuentra todavía en una etapa relativamente temprana. Podría

¹⁰ Ministerio de Salud de Costa Rica (2020), "Situación Nacional COVID-19" [en línea] <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>, [fecha de consulta: 07 de octubre de 2020], San José.

¹¹ Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) 2020, "Coronavirus en Cuba" [en línea] <https://salud.msp.gob.cu/>, La Habana [fecha de consulta: 07 de octubre de 2020]. Véase asimismo COVID19CUBADATA (2020), "COVID19 Dashboard Cuba", La Habana [en línea] <https://covid19cubadata.github.io/#cuba> [fecha de consulta: 9 de octubre de 2020].

¹² Gobierno de El Salvador (2020), "Situación Nacional COVID-19" [en línea] <https://covid19.gob.sv/>, San Salvador [fecha de consulta: 7 de octubre de 2020].

¹³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2020), "Situación de COVID-19 en Guatemala" [en línea] <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/>, Ciudad de Guatemala [fecha de consulta: 7 de octubre de 2020].

¹⁴ Gobierno de México (2020), "COVID-19 México" [en línea] <https://datos.covid-19.conacyt.mx>, Ciudad de México [fecha de consulta: 07 de octubre de 2020].

esperarse, entonces, que las autoridades y los investigadores prestarían especial atención a los efectos de la pandemia en este grupo de edad. Sin embargo, este no siempre es el caso. Las respuestas de salud pública mundial han hecho poco para ir más allá de la situación de emergencia caracterizada por la exclusión y discriminación de las personas mayores. Esto se puede ver en muchas áreas de política y debate (Lloyd-Sherlock y Guntupali, 2020).

La experiencia de los países desarrollados ha dejado en evidencia eventos lamentables que deben dejar profundas lecciones sobre la pandemia y las situaciones de emergencia en general. Georgantzi (2020) estipula que, cuando los recursos son escasos, a las personas mayores se les ha negado el acceso a tratamientos intensivos como UCI y ventiladores. Por ejemplo, en la región italiana de Lombardía, una resolución ofrecía 150 euros a las residencias de cuidado de largo plazo por aceptar pacientes con COVID-19 para aliviar la carga de los hospitales, lo que aceleró la propagación del virus entre los trabajadores de salud y los residentes (Privitera, 2020).

En el Canadá, los Estados Unidos y Europa, los especialistas han llamado la atención sobre los riesgos que la pandemia tiene para las personas mayores que viven en las residencias de cuidado de largo plazo. En el Canadá se inició una investigación criminal después de que 31 residentes fueron encontrados muertos y sin alimentos (Montgomery, 2020). En los Estados Unidos, más de 38.000 personas mayores han fallecido por COVID-19 en este tipo de instituciones (Data.CMS.gov, 2020).

En Francia 24 personas fallecieron solo en cinco días; murieron solas en sus habitaciones de *shock* hipovolémico, sin comida ni agua porque el 40% del personal estaba ausente (Ortiz, 2020). En España, cuando los militares fueron desplegados para desinfectar los asilos de ancianos encontraron personas completamente abandonadas o incluso muertas en sus camas (Ortiz, 2020). En Suecia, los protocolos desalentaron a los trabajadores sanitarios a enviar a las personas mayores a los hospitales y los dejaron morir en sus residencias (Savage, 2020).

Se puede argumentar que los hechos recién descritos no revelan que las personas mayores que viven institucionalizadas hayan fallecido por el virus, pero sí se trata de un impacto indirecto de la pandemia que demuestra que la condición de vulnerabilidad de las personas mayores va más allá de su edad cronológica.

B. Casos de estudio sobre el COVID-19 con énfasis en las personas mayores

Para conocer con mayor profundidad el impacto del COVID-19 en las personas mayores de los países de la subregión, a continuación se presenta un panorama general de Cuba y México, países para los que hay datos públicos al respecto.

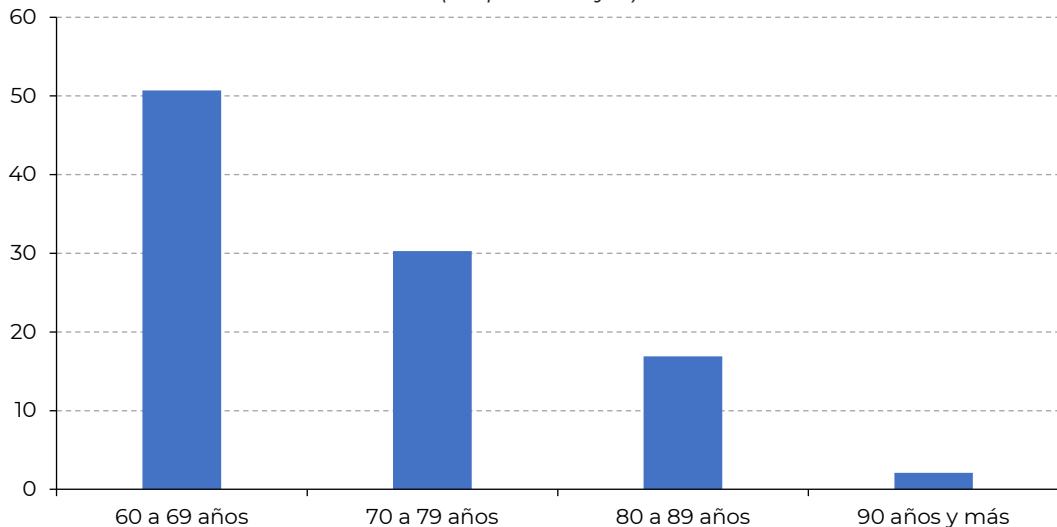
1. Cuba

En la mayor de las Antillas, al 4 de octubre de 2020, el 50,7% de las personas mayores diagnosticadas con COVID-19 tenía entre 60 y 69 años. Aquellas de 70 a 79 años correspondían al 30,3% y a medida que aumenta la edad disminuye la incidencia de los contagios. Las diferencias son menos significativas entre hombres y mujeres con la edad más avanzada. En el grupo de 80 años y más, la mitad de las personas contagiadas fueron hombres, pero este porcentaje subió al 52,6% en el grupo de 60 a 79 años (véase el gráfico 27).

Gráfico 27

Cuba: casos confirmados por COVID-19 de 60 años y más, por grupos de edad, al 4 de octubre de 2020

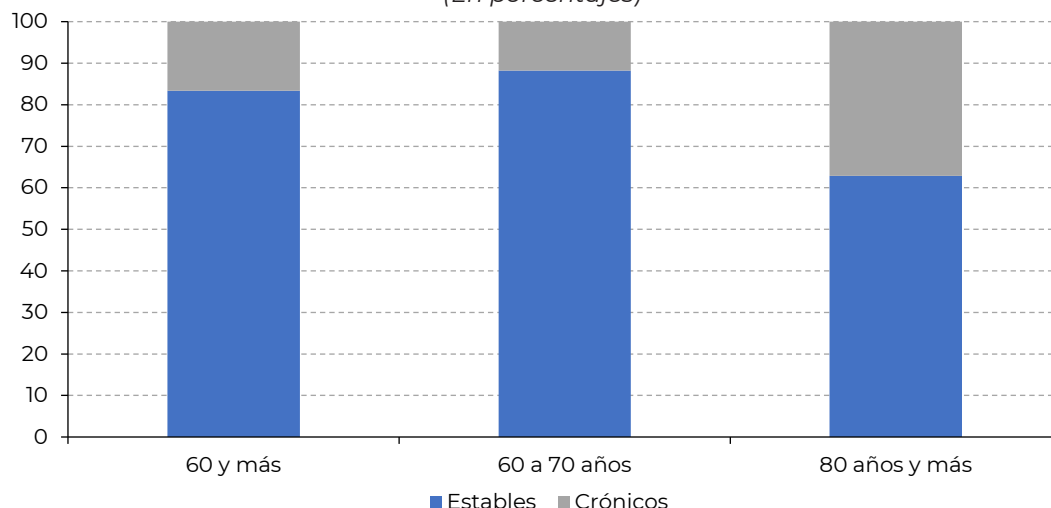
(En porcentajes)



Fuente: A. Fernández, “La pandemia por COVID-19 en Cuba y las personas mayores”, documento presentado en el *Diálogo virtual “Desafíos en la protección de las personas y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19*, 8 de octubre de 2020.

A medida que avanza la edad, la gravedad de la enfermedad se acentúa (véase el gráfico 28). Hasta el 4 de octubre de 2020, el 37,1% del grupo de 80 años y más se encontraba en estado grave o crítico. Esta cifra disminuyó en 25 puntos porcentuales en el grupo de 60 a 79 años (11,8%).

Gráfico 28
Cuba: casos confirmados por COVID-19 de 60 años y más por condición de gravedad y grupos de edad al 4 de octubre de 2020
 (En porcentajes)



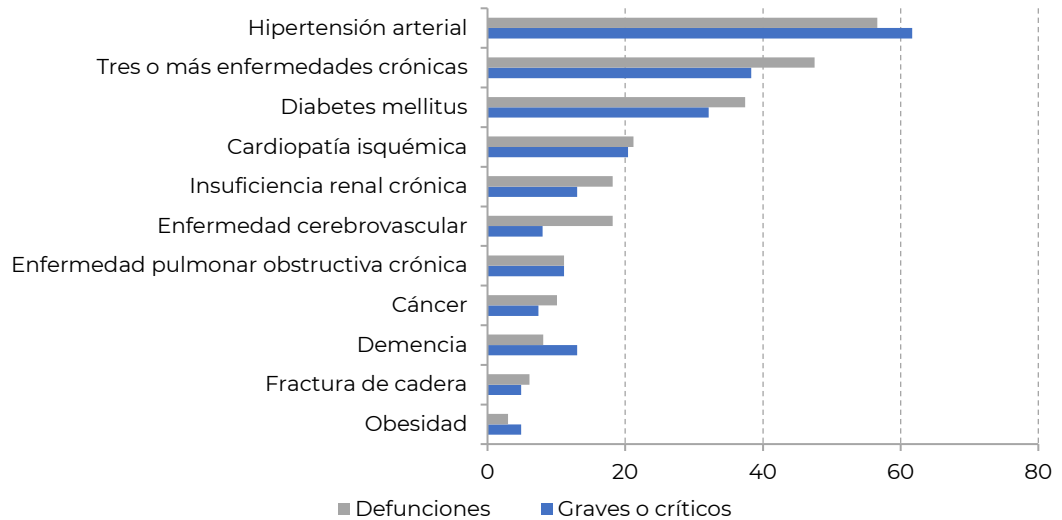
Fuente: A. Fernández, "La pandemia por COVID-19 en Cuba y las personas mayores", documento presentado en el *Diálogo virtual "Desafíos en la protección de las personas y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19"*, 8 de octubre de 2020.

Entre los casos graves de 60 años y más, el 38,3% tenía tres o más enfermedades crónicas subyacentes. La enfermedad más recurrente fue la hipertensión (61,7%), le siguió la diabetes mellitus (32,1%) y la cardiopatía isquémica (20,4%). La incidencia de estas enfermedades no cambia cuando se trata de personas mayores fallecidas. Aquí la presencia de tres o más enfermedades crónicas subió al 47,5%. De todas maneras, la hipertensión y la diabetes mellitus siguen siendo prevalentes en las personas mayores que perdieron la vida por el virus (véase el gráfico 29).

Entre las personas mayores contagiadas, la letalidad es más elevada en el grupo de 90 años y más. Al 4 de octubre de 2020, en este grupo alcanzó el 47,6% y en el de 80 a 89 años el 23,6%. Con respecto a este, entre los 70 y 79 años bajó en 13,8 puntos porcentuales y en el grupo de 60 a 69 años fue de 4,2%. Empero, todas fueron tasas más elevadas que en el grupo de personas menores de 60 años, cuya tasa fue del 2% (véase el gráfico 30).

Gráfico 29

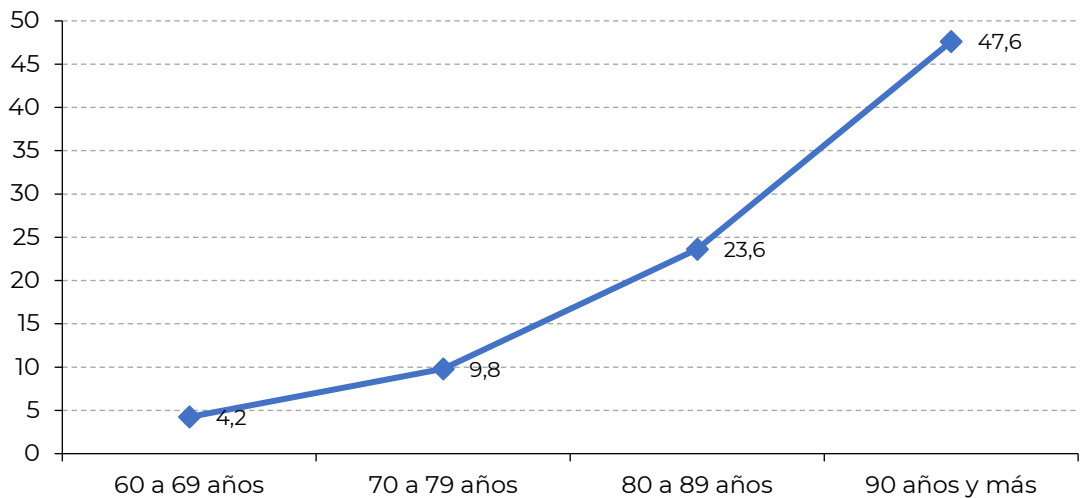
Cuba: casos por COVID-19 de personas mayores en estado grave o crítico y fallecidas de acuerdo con alguna enfermedad subyacente, al 4 de octubre de 2020
(En porcentajes)



Fuente: A. Fernández, “La pandemia por COVID-19 en Cuba y las personas mayores”, documento presentado en el *Diálogo virtual “Desafíos en la protección de las personas y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19*, 8 de octubre de 2020.

Gráfico 30

Cuba: personas de 60 años y más fallecidas por COVID-19 entre el total de casos confirmados de la misma edad, de acuerdo con grupos de edad, al 4 de octubre de 2020
(En porcentajes)



Fuente: A. Fernández, “La pandemia por COVID-19 en Cuba y las personas mayores”, documento presentado en el *Diálogo virtual “Desafíos en la protección de las personas y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19*, 8 de octubre de 2020.

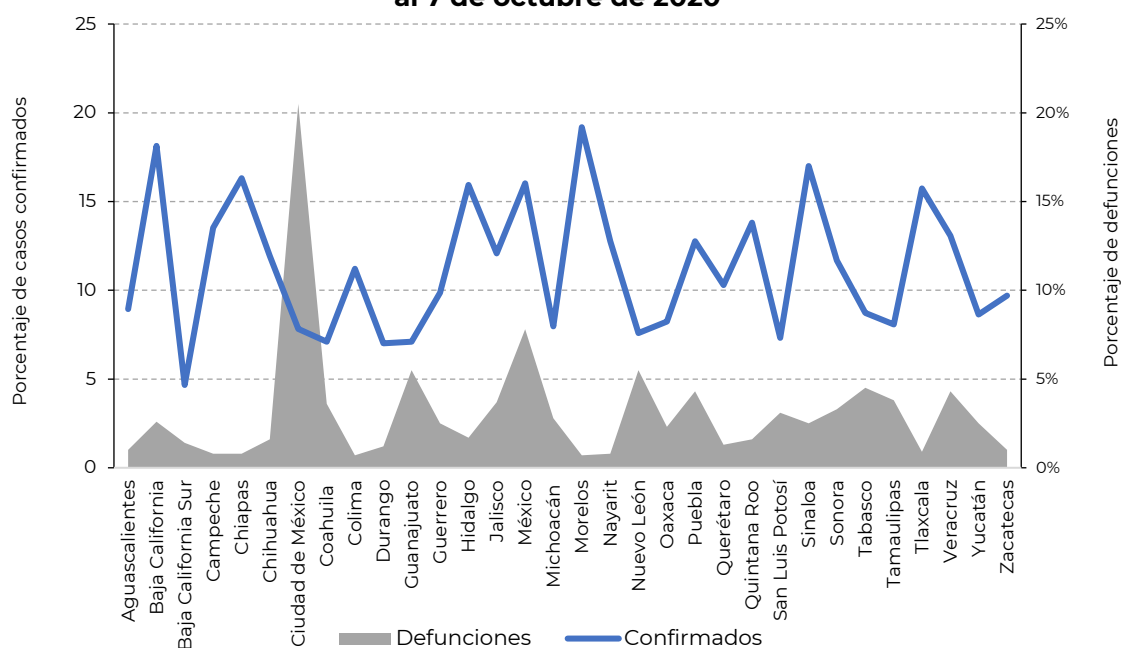
2. México

Al 7 de octubre de 2020, en México la entidad federativa con mayor proporción de contagios fue la Ciudad de México, con 158.417 casos confirmados acumulados por COVID-19 (20,5%), le siguió el Estado de México con 60.000 (7,8%), Guanajuato y Nuevo León con el 5,5%. Sin

embargo, cuando se analizan las defunciones, en el estado de Morelos el porcentaje de personas fallecidas con respecto al total de casos positivos en el mismo estado fue del 19,1%, continúa Baja California (18,1%), Sinaloa (17%) y Chiapas (16,3%).

La Ciudad de México, pese a tener el mayor número de personas contagiadas a nivel nacional, tuvo un porcentaje de fallecimientos del 7,8%. En Nuevo León fue del 7,5% y en Guanajuato, del 7% (véase el gráfico 31). Entre las entidades con mayor número de casos positivos por COVID-19 se encontraron algunas con los menores índices de pobreza del país (Ciudad de México y Nuevo León), a la inversa de lo que ocurre con las defunciones: Chiapas con un 76,4% de pobreza y Morelos con el 50,8%¹⁵, ambas por sobre los índices que presentan las entidades federativas con más casos positivos (véase el gráfico 31).

Gráfico 31
México: distribución de casos positivos y porcentaje de defunciones con respecto al total de casos positivos por entidad federativa, al 7 de octubre de 2020



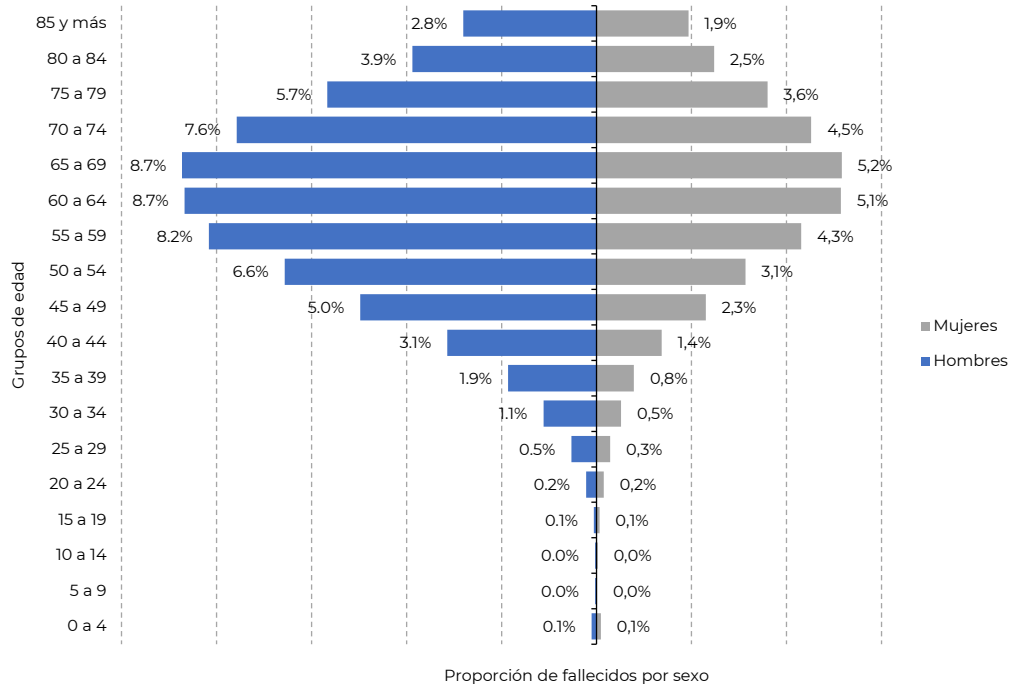
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del Gobierno de México, Dirección General de Epidemiología, Datos Abiertos [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>, 2020.

En el gráfico 32 se puede apreciar claramente el impacto que ha tenido la enfermedad en las personas de 60 años y más en México. Las defunciones se han concentrado en este rango de edad, con una mayor afectación en los hombres entre 60 y 69 años. El hecho de que el virus afecte de manera más grave a los hombres que las mujeres es una tendencia en todos los grupos de edad, aunque ello disminuye a partir de los 80 años en adelante. Aún no hay respuestas claras al

¹⁵ Véase CONEVAL (2019): 10 años de medición de pobreza en México, avances y retos en política social. Ciudad de México, 5 de agosto de 2019.

respecto, aunque algunos estudios llaman la atención acerca de la respuesta inmunológica diferencial por sexo (Mandavilli, 2020).

Gráfico 32
México: defunciones por grupos de edad quinquenales y sexo, al 7 de octubre de 2020



Fuente: Elaboración propia con datos del Gobierno de México, Dirección General de Epidemiología, Datos Abiertos (2020) [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

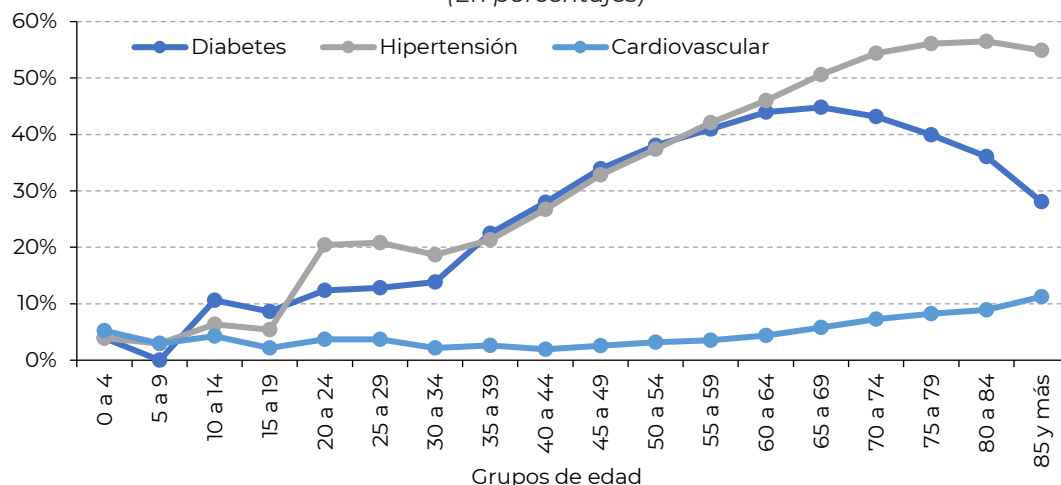
Entre las personas fallecidas por COVID-19, la condición médica subyacente más prevalente fue la hipertensión, seguida de la diabetes y problemas cardiovasculares, aunque se presentaron algunos cambios por grupos de edad. La diabetes fue frecuente en los grupos de edad más jóvenes, pero a medida que avanza la edad disminuyó. Lo contrario ocurre con las enfermedades cardiovasculares (véase el gráfico 33).

En todos los grupos de edad, en los casos positivos fue más frecuente la obesidad que el tabaquismo, sobre todo en el grupo de 50 a 54 años (22%). La incidencia de la obesidad fue disminuyendo a medida que avanza la edad: 9,7% a los 85 años y más. La prevalencia de obesidad fue más alta cuando se trata de personas que han fallecido y alcanza el 35,9% en aquellas de 35 a 39 años. En cambio, en las personas mayores no se observaron cambios importantes con respecto a las personas que fueron diagnosticadas positivo (véanse los gráficos 34 y 35).

Gráfico 33

México: defunciones de personas con diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares por grupos de edad, al 7 de octubre de 2020

(En porcentajes)

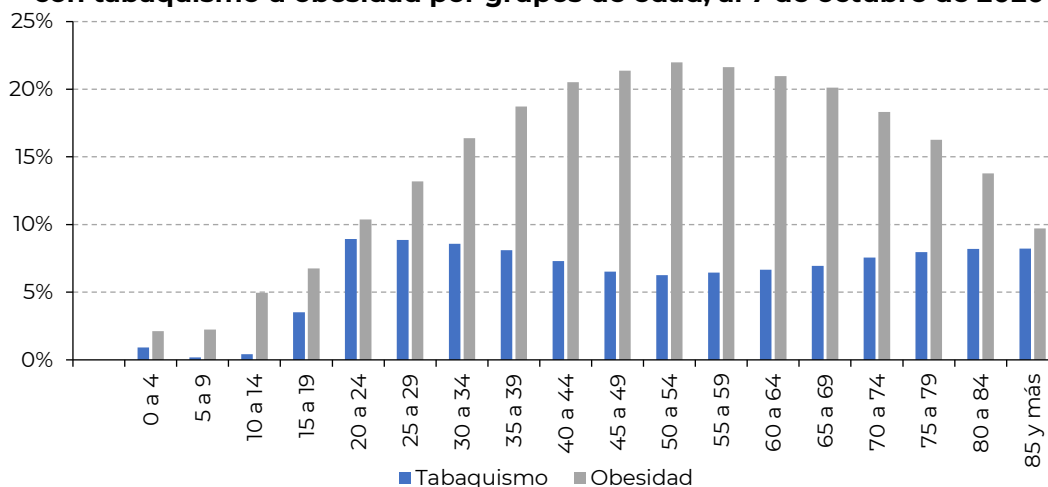


Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de Gobierno de México, Dirección General de Epidemiología, Datos Abiertos (2020) [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Los datos disponibles muestran que la probabilidad de fallecer por COVID-19 fue más habitual en las personas de habla indígena en todos los grupos de edad, incluyendo los niños. En el grupo de 5 a 9 años, por ejemplo, el 4,5% de los menores diagnosticados con COVID-19 fallecieron y la cifra baja al 0,8% en aquellos que no lo hicieron. En el grupo de 60 años y más las personas de habla indígena que han dado positivo por COVID-19 han tenido una letalidad más elevada entre los 60 y 79 años y la tendencia se invierte a partir de los 85 años y más (véase el gráfico 36), lo que puede deberse a que las personas indígenas tienen una esperanza de vida inferior que las no indígenas.

Gráfico 34

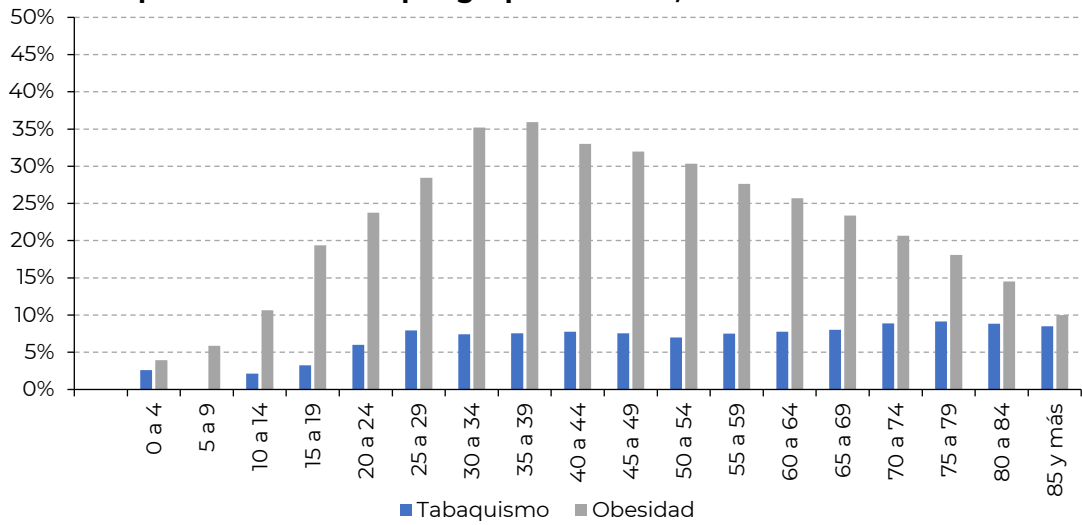
México: proporción de personas con diagnóstico positivo de COVID-19 con tabaquismo u obesidad por grupos de edad, al 7 de octubre de 2020



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del Gobierno de México, Dirección General de Epidemiología, Datos Abiertos (2020) [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Gráfico 35

México: proporción total de personas fallecidas por de COVID-19 con tabaquismo u obesidad por grupos de edad, al 7 de octubre de 2020

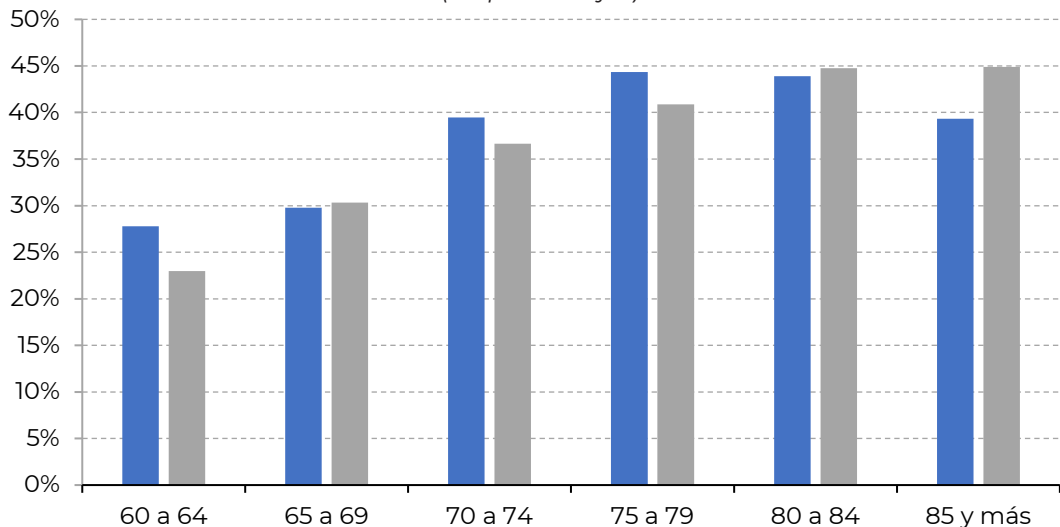


Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Gobierno de México, Dirección General de Epidemiología, Datos Abiertos (2020) [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Gráfico 36

México: proporción de las personas de 60 años y más fallecidas con respecto al total de positivos por grupo de edad de acuerdo con capacidad de hablar o no alguna lengua indígena, al 7 de octubre de 2020

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Gobierno de México, Dirección General de Epidemiología, Datos Abiertos (2020) [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

3. Consideraciones preliminares

Los casos de estudio revelan tendencias similares a las que se han registrado en el resto del mundo. Las personas mayores suelen tener más riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19, sobre todo a partir de los 80 años en adelante.

En Cuba y México, las enfermedades subyacentes más comunes entre las personas mayores que han adquirido el virus, así como en las que han fallecido, son la hipertensión, la diabetes y los problemas cardiovasculares. Los datos de Cuba muestran además que padecer tres o más enfermedades crónicas constituye un factor de riesgo superior de muerte en la edad avanzada.

Los datos de México indican además que existen impactos diferenciales del COVID-19 entre personas indígenas y no indígenas en todas las edades. Este hecho ya ha sido puesto en evidencia en otras partes del mundo y las Naciones Unidas han hecho un llamado de atención sobre las diferencias en la mortalidad por el COVID entre personas indígenas y no indígenas, que son particularmente preocupantes y a menudo se pasan por alto.

No hay que olvidar que antes de la pandemia las comunidades indígenas ya experimentaban un acceso deficiente a la atención médica, tasas significativamente más altas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, falta de acceso a servicios esenciales, saneamiento y otras medidas preventivas clave como agua potable, jabón, desinfectante, entre otros. Las instalaciones médicas locales, si las hay, suelen estar insuficientemente equipadas y con poco personal. Incluso cuando los pueblos indígenas pueden acceder a los servicios de salud, enfrentan el estigma y la discriminación (United Nations, 2020b).

V. Inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19

Con la finalidad de conocer la opinión acerca de la inclusión de las personas mayores, se diseñó una encuesta basada en una lista de verificación (véase el anexo 1), que fue elaborada por el Grupo Interinstitucional sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas (IAGA, por sus siglas en inglés).

Participaron 40 personas expertas de 15 países de América Latina (Argentina, Belice, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, el Perú, la República Dominicana y el Uruguay), provenientes del sector gubernamental, académico y de organizaciones de la sociedad civil. El 57,5% de los especialistas que participaron en la encuesta fueron de la subregión. Las preguntas fueron estructuradas de manera tal que los participantes tenían dos opciones de respuesta para cada una de ellas (sí y aún no). Los resultados obtenidos son reveladores.

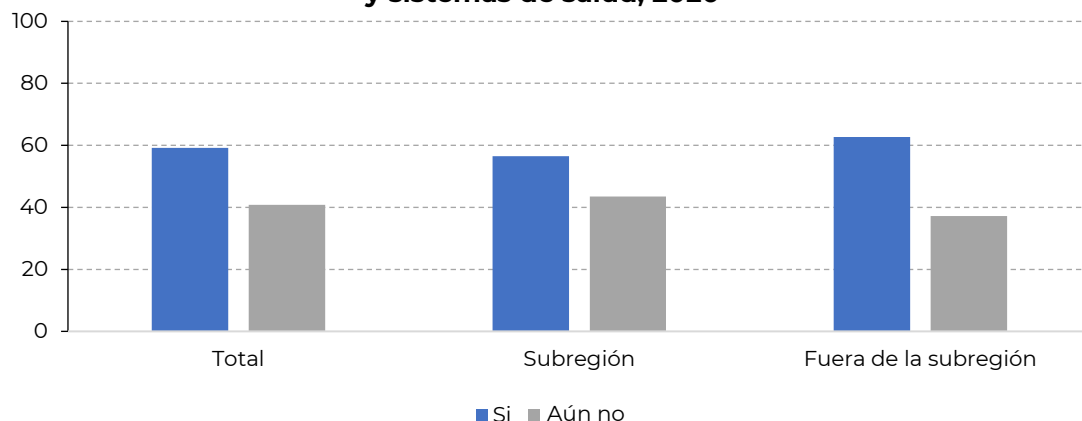
A. Servicios y sistemas de salud

En este tema se plantearon tres preguntas:

- Existencia de protección específica para garantizar que las decisiones médicas se basen en evaluaciones clínicas individualizadas, necesidades médicas, criterios éticos y en la mejor evidencia científica disponible y no en factores como la edad o la esperanza de vida.
- Existencia de medidas para garantizar la continuidad de los servicios de atención para las personas mayores, incluidos los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial, la atención paliativa y geriátrica, y los servicios prestados por los cuidadores.
- Existencia de medidas para garantizar que se notifiquen los casos o muertes por COVID-19 ocurridos en las instituciones de cuidado de largo plazo y seguimiento eficaz de la situación en dichos centros de atención.

En el gráfico 37 se muestran los resultados para el total de personas encuestadas y las diferencias entre aquellas de los países de la subregión y fuera de ella. El 59,2% de los especialistas consideraron que sus países han actuado positivamente en las tres dimensiones analizadas, aunque aquellos fuera de la subregión (62,7%) tienen una mejor impresión con respecto al quehacer de sus gobiernos que los de la subregión (56,5%).

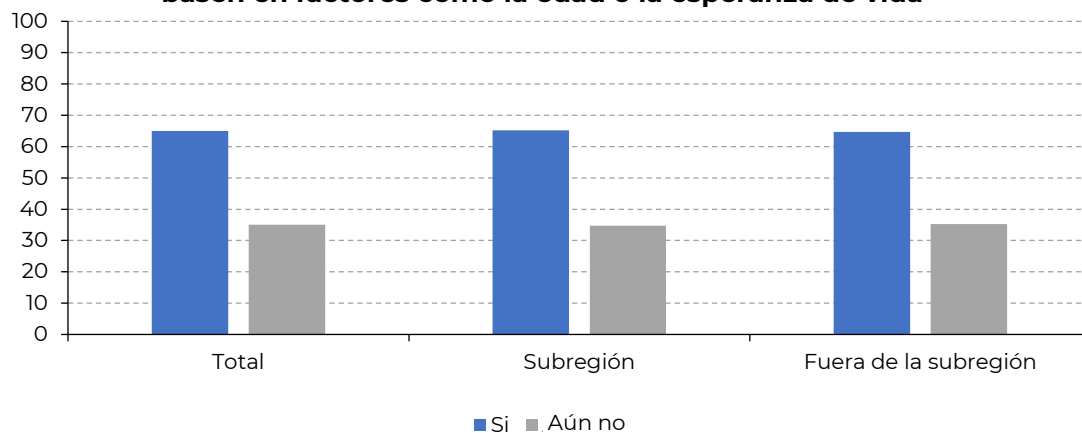
Gráfico 37
Inclusión de las personas mayores en medidas sobre servicios y sistemas de salud, 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

En opinión de los especialistas, el área que habría que fortalecer son las medidas para garantizar la continuidad de los servicios de atención para las personas mayores durante la pandemia. El 52,5% del total de encuestados opina que aún no se han implementado acciones en esta área. La cifra sube al 56,5% en aquellos de la subregión y baja al 47,1% en los de fuera de la subregión. El área donde los países ha tenido un mejor desempeño sería la protección específica para garantizar que las decisiones médicas no se funden en factores como la edad o la esperanza de vida. El 65% del total de entrevistados considera que en su país sí se han implementado labores al respecto. En la subregión el acuerdo es del 65,2% y fuera de la subregión del 64,7% (véanse los gráficos 38, 39 y 40).

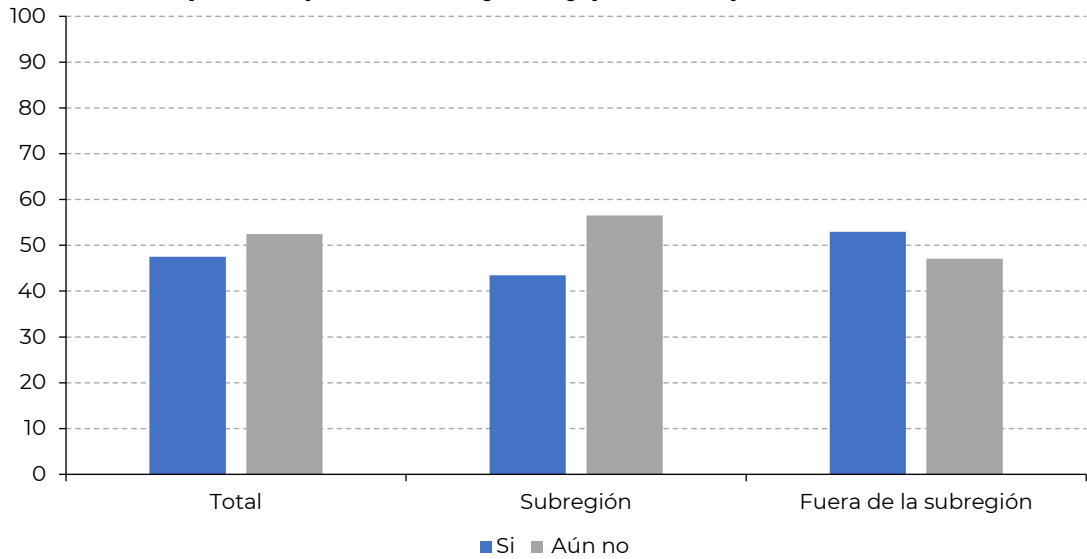
Gráfico 38
Protecciones específicas para garantizar que las decisiones médicas no se basen en factores como la edad o la esperanza de vida



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la sede subregional de la CEPAL en México (2020). Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19, octubre de 2020.

Gráfico 39

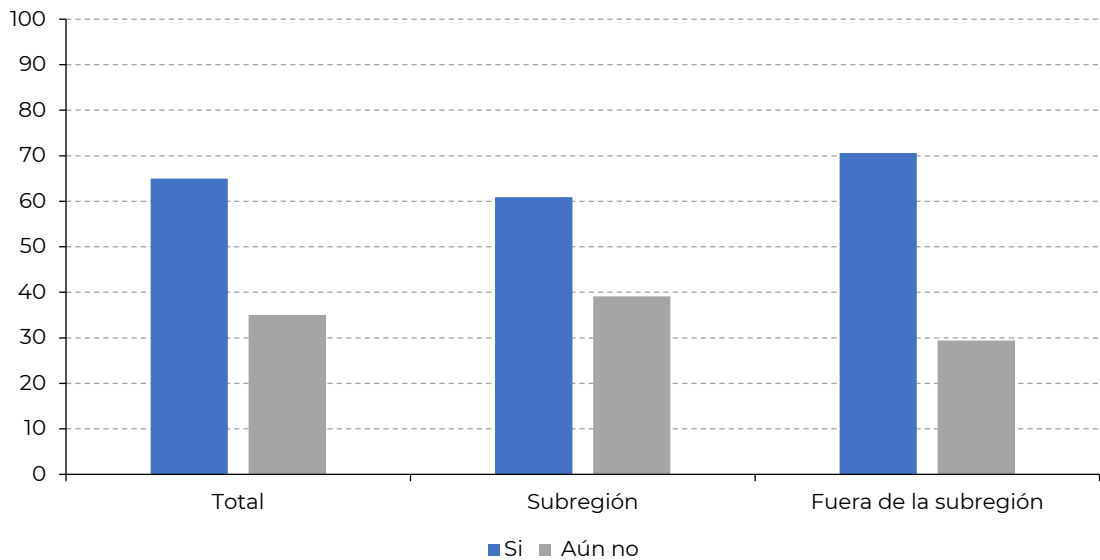
Medidas para garantizar la continuidad de los servicios de atención para las personas mayores y personal que les cuida



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la sede subregional de la CEPAL en México (2020), “Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19”, octubre de 2020.

Gráfico 40

Medidas para que se notifiquen los casos o muertes por COVID-19 ocurridos en las instituciones de cuidado de largo plazo y se haga un seguimiento eficaz



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la sede subregional de la CEPAL en México (2020), “Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19”, octubre de 2020.

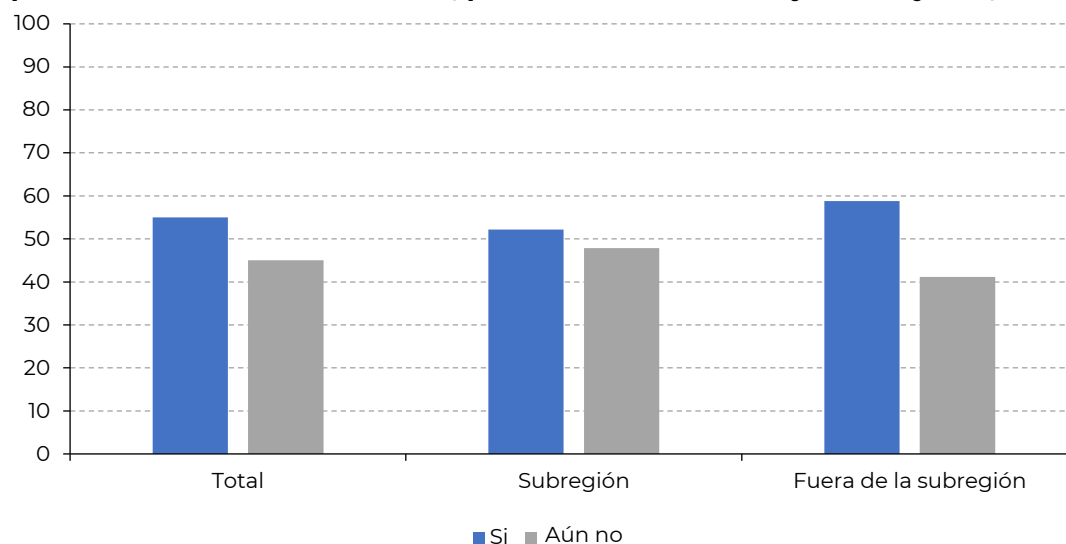
B. Protección social y servicios sociales

En este tema se planteó una pregunta clave sobre la incorporación de las personas mayores afectadas por las dificultades económicas en las medidas de socorro socioeconómico y redes de seguridad social durante la crisis del COVID-19, particularmente las mujeres mayores.

El 55% de los especialistas cree que en sus países se habían puesto en práctica acciones específicas para personas mayores. En la subregión, sería un área que requiere un refuerzo particular dado que el 47,8% subrayó que aún no hay acciones. Fuera de la subregión, el 58,8% de los especialistas valoran que este es un ámbito donde sí se ha incluido a las personas mayores (véase el gráfico 41).

Gráfico 41

Implementación de medidas de socorro socioeconómico y redes de seguridad social durante la crisis del COVID-19 para las personas mayores afectadas por las dificultades económicas, particularmente las mujeres mayores, 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

C. Ingresos y empleo

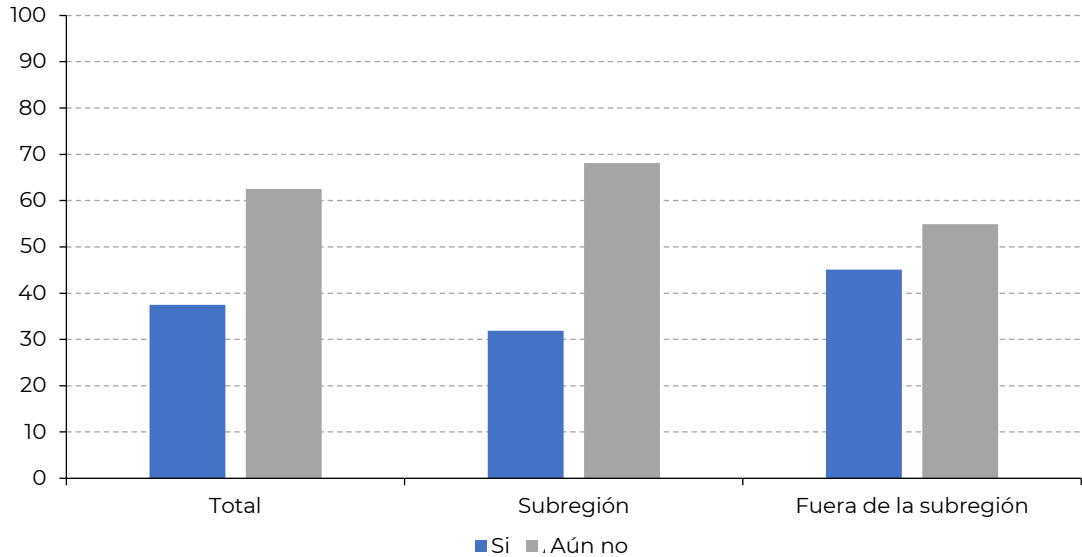
En esta área se plantearon tres preguntas:

- Las medidas de respuesta económica y recuperación tienen en cuenta el impacto en las personas mayores, incluidos los trabajadores de edad avanzada, con el objetivo de maximizar las posibles contribuciones de las personas mayores en la recuperación de la pandemia.
- Existencia de medidas para abordar el envejecimiento y la discriminación por edad a fin de garantizar la igualdad de acceso de las personas mayores al empleo, la formación y las oportunidades de aprendizaje permanente.
- Inclusión de las personas mayores en iniciativas de recuperación económica como programas de rehabilitación y entretenimiento, así como otras actividades de generación de ingresos o acceso a los microcréditos.

Esta sería el área donde los países habrían tenido el desempeño más bajo de todas las analizadas, pues el 62,5% de los especialistas piensa que todavía no se han impulsado este tipo de medidas. La cifra sube al 68,1% en la subregión y fuera de ella el 45,1% opina que sí hay ejercicios al respecto en sus países (véase el gráfico 42).

Gráfico 42

Inclusión de las personas mayores en medidas sobre ingresos y empleo, 2020

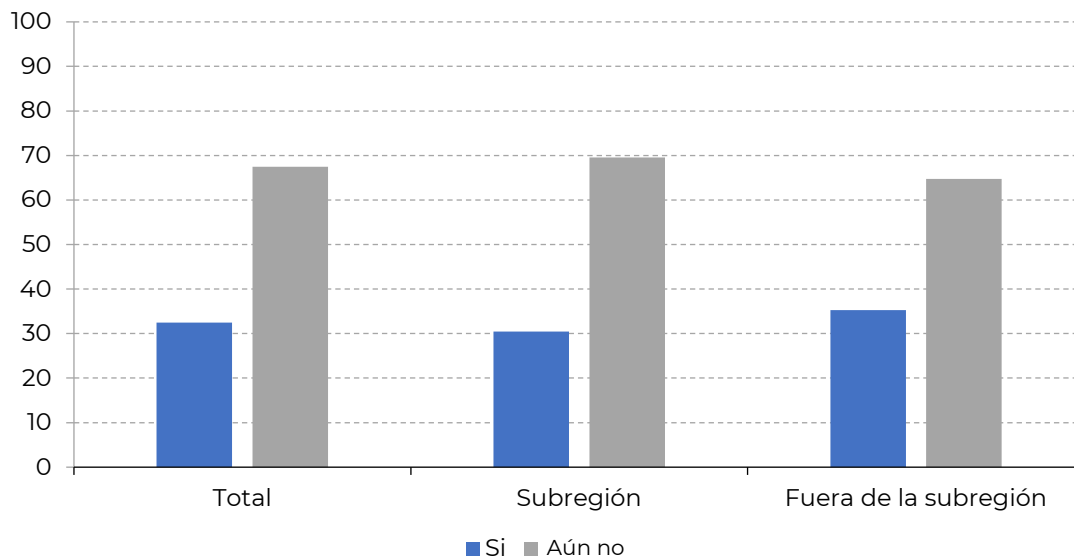


Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), “Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19”, octubre de 2020.

El ámbito que requeriría un esfuerzo adicional por parte de los países es diferenciado geográficamente. Fuera de la subregión sería la protección de la discriminación por edad en el empleo, la formación y el aprendizaje permanente. El 88,2% de los encuestados opina que aún no se han desarrollado medidas en esta área.

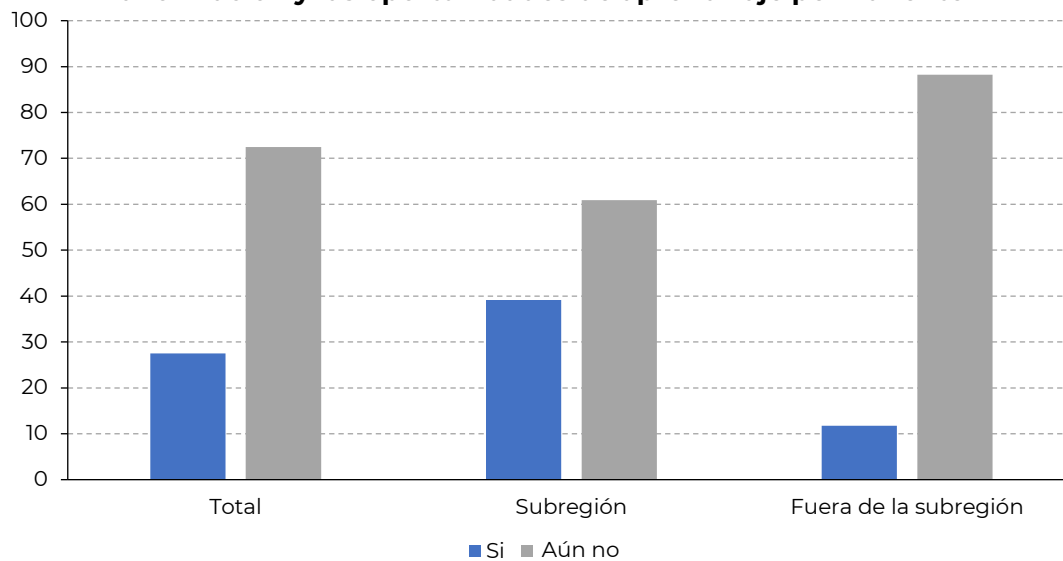
En la subregión, el área que necesitaría un mayor refuerzo sería la inclusión de las personas mayores en las iniciativas de recuperación económica. El 73,9% de los especialistas opina que todavía no se han efectuado acciones en tal sentido. Fuera de la subregión, este ámbito es uno de los mejor evaluados, pues el 88,2% opina que sí hay medidas de este tipo en sus respectivos países (véanse los gráficos 43, 44 y 45).

Gráfico 43
Las medidas de respuesta económica y recuperación tienen en cuenta el impacto en las personas mayores, incluidos los trabajadores de edad avanzada



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

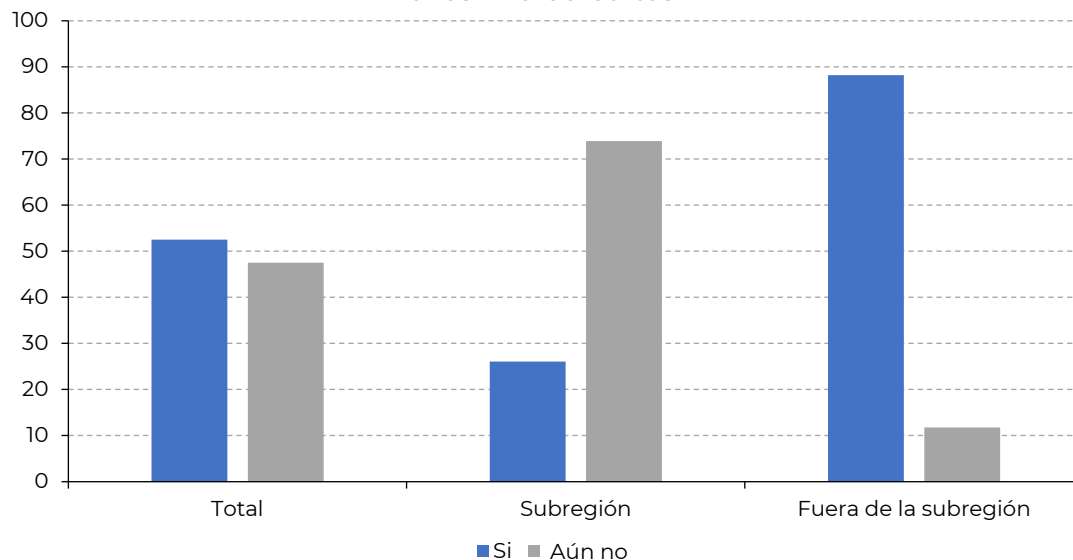
Gráfico 44
Existen medidas para abordar la discriminación por edad en el empleo, la formación y las oportunidades de aprendizaje permanente



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

Gráfico 45

Inclusión de las personas mayores en iniciativas de recuperación económica, así como otras actividades de generación de ingresos o acceso a los microcréditos



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

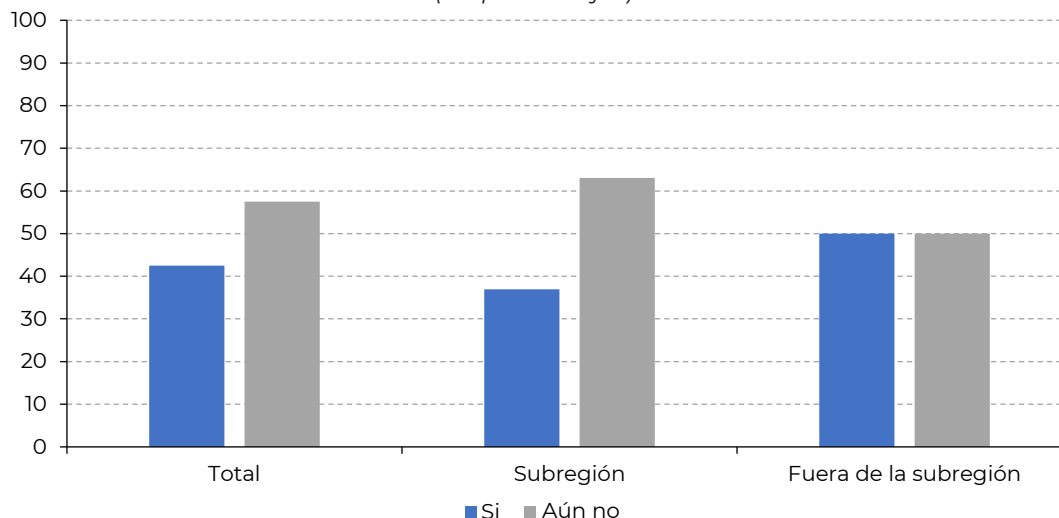
D. Respuesta macroeconómica

En este tema se hicieron dos preguntas sobre las siguientes áreas de trabajo:

- Las reformas económicas y fiscales propuestas tienen en cuenta los cambios de las tendencias demográficas en las inversiones a mediano y largo plazo en materia de acceso universal de salud, protección social y servicios sociales para las personas mayores.
- Las respuestas económicas incluyen medidas de socorro socioeconómico inmediato y redes de seguridad social, como el acceso garantizado a alimentos, agua, bienes y servicios esenciales y atención médica básica durante la crisis de COVID-19 para las personas mayores.

El 57,5% de los especialistas opinaron que se trata de un área por fortalecer, sobre todo en lo que se refiere a la consideración de las tendencias demográficas en las inversiones en salud, protección y servicios sociales, donde el 67,5% indicó que aún no hay acciones en tal sentido. En la subregión el porcentaje es de 78,3% y fuera de la subregión bajó considerablemente al 52,9%; el 47,1% señaló que sí hay observancia de los cambios demográficos en estos sectores de política pública (véase el gráfico 46).

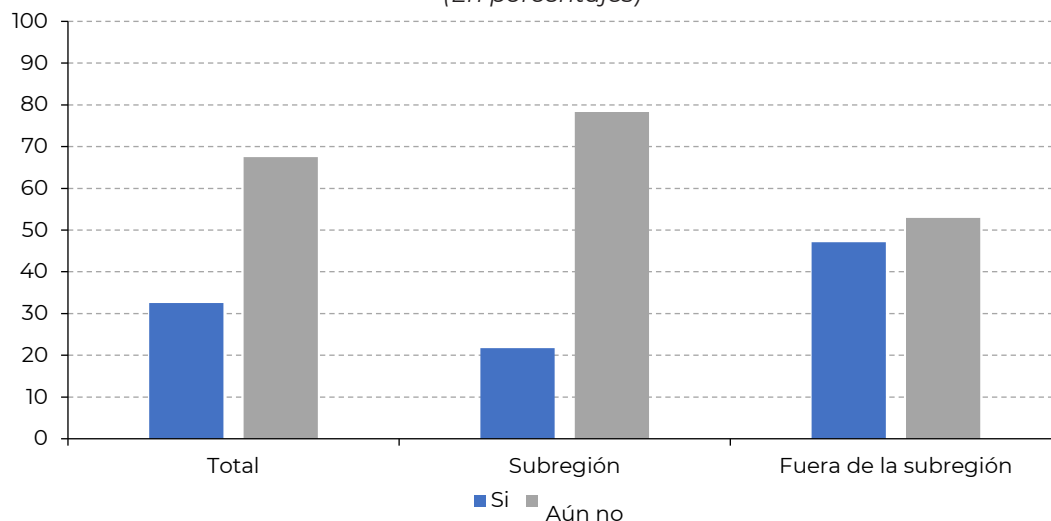
Gráfico 46
Inclusión del envejecimiento y las personas mayores en las respuestas macroeconómicas, 2020
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

A diferencia de lo anterior, las respuestas sobre si se han implementado medidas de socorro económico para las personas mayores en seguridad social, alimentación, agua, bienes y servicios sociales, el 52,5% del total de entrevistados piensa que en sus países sí se han efectuado. En la subregión (52,2%) y fuera de ella (52,9%) el consenso fue muy similar (véase los gráficos 47 y 48).

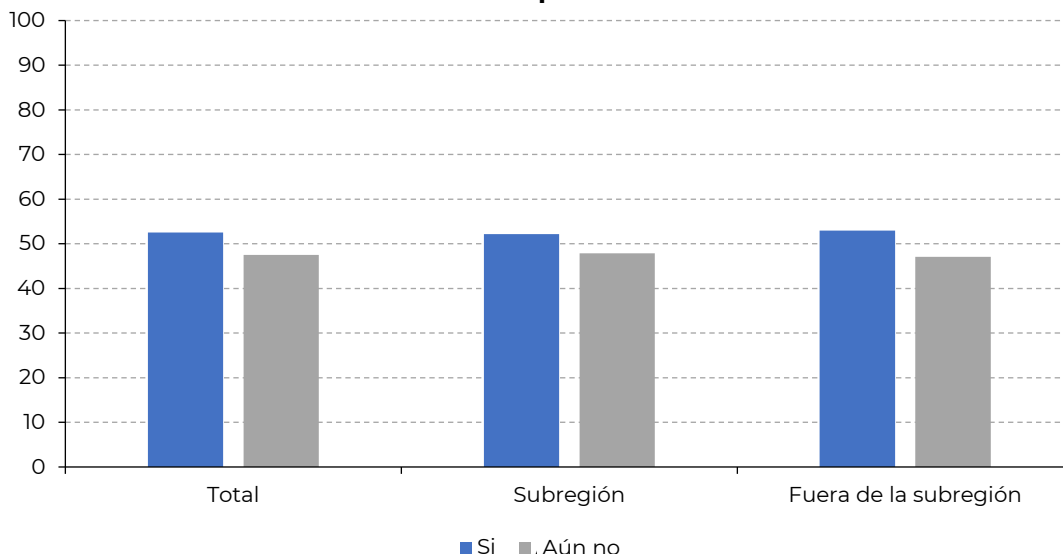
Gráfico 47
Consideración de las tendencias demográficas en las inversiones en materia de acceso a la salud, protección social y servicios sociales para las personas mayores
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

Gráfico 48

Inclusión de las personas mayores en las medidas de socorro socioeconómico: acceso a alimentos, agua, bienes y servicios esenciales básicos durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), “Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19”, octubre de 2020.

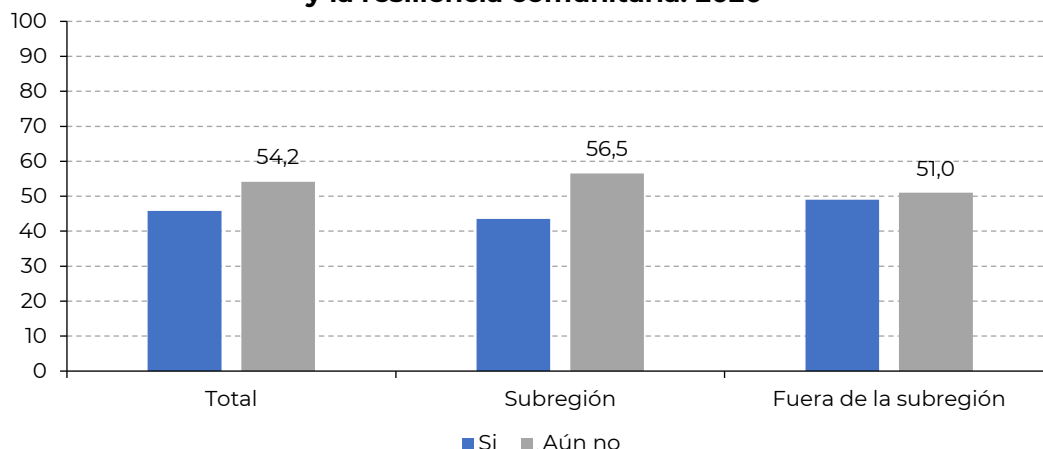
E. Cohesión social y resiliencia comunitaria

En este tema se plantearon tres preguntas:

- Existencia de medidas para abordar el impacto de la brecha digital entre las personas mayores y utilización una variedad de formatos como transmisiones de radio, notificaciones impresas y mensajes de texto para asegurar que la información crítica relacionada llegue a las personas mayores,
- Las medidas de respuesta se centran en promover la autonomía y la independencia de las personas mayores, en lugar de aumentar su dependencia.
- Existencia de medidas para abordar el envejecimiento y promover la solidaridad intergeneracional.

Esta área fue la tercer mejor evaluada por los especialistas. El 45,8% del total opina que sí se han desarrollado acciones (véase el gráfico 48). En la subregión el 43,5% respondió afirmativamente y fuera de ella, el 49%. El ámbito donde los países habrían tenido un mejor desempeño es la inclusión digital de las personas mayores y la entrega de información específica sobre la pandemia para este grupo de edad. El 52,5% de los especialistas de la subregión advierte que sí se han tomado acciones en este ámbito y fuera de ella el 64,7% tiene la misma opinión (véase el gráfico 49).

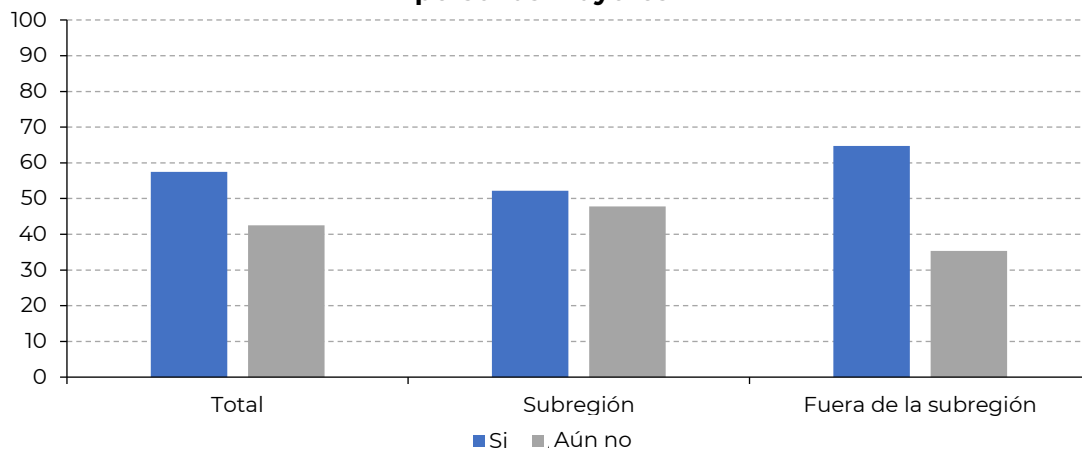
Gráfico 49
Medidas que favorecen la inclusión social de las personas mayores y la resiliencia comunitaria. 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

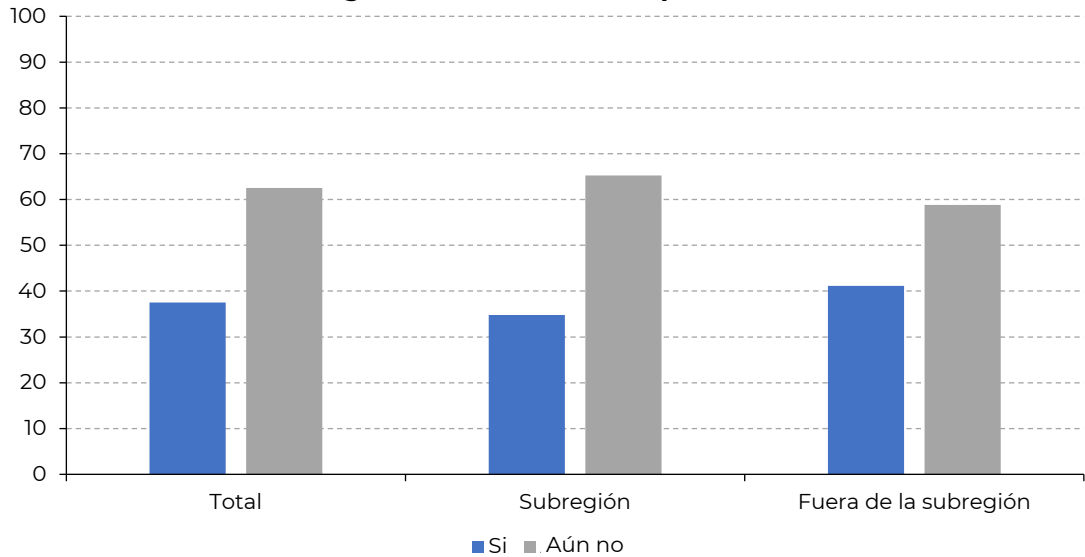
Sin embargo, hay dos ámbitos que requieren más esfuerzo, en particular que las medidas fortalezcan la autonomía de las personas mayores en lugar de aumentar su dependencia. El 65,2% de los especialistas de la subregión considera que se trata de un ámbito a reforzar, fuera de la subregión el 58,8% estima lo mismo. Otro ámbito que fortalecer es la promoción de la solidaridad intergeneracional en las medidas que se ponen en práctica. El 56,5% de los especialistas de la subregión opina que se trata de un ámbito aún no considerado en las medidas que se han puesto en práctica. La cifra sube al 58,8% fuera de la subregión (véanse los gráficos 50 a 52).

Gráfico 50
Las medidas para reducir la brecha digital e información específica para personas mayores



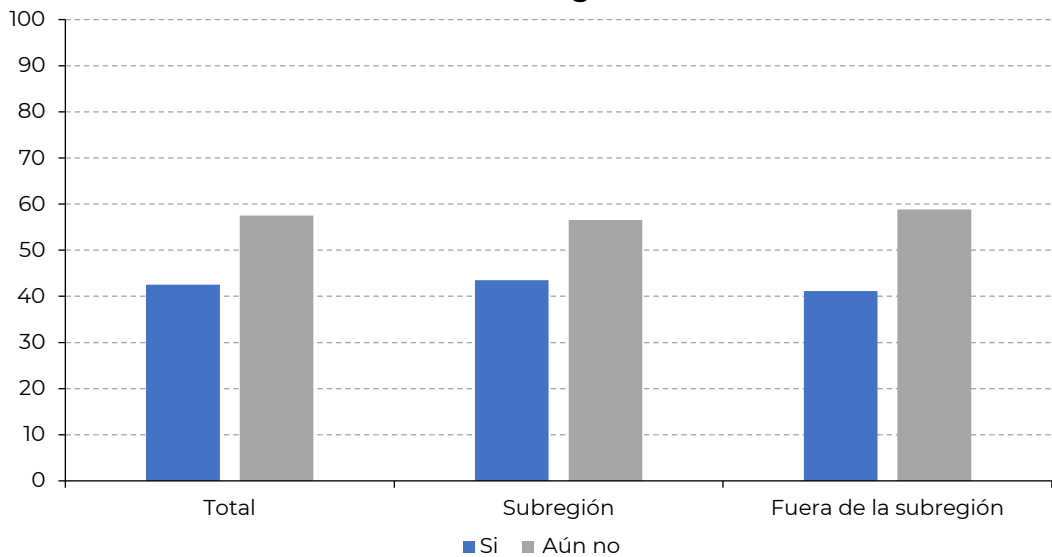
Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la sede subregional de la CEPAL en México (2020), "Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19", octubre de 2020.

Gráfico 51
Las medidas fortalecen la autonomía de las personas mayores en lugar de aumentar su dependencia



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la sede subregional de la CEPAL en México (2020), “Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19”, octubre de 2020.

Gráfico 52
Las medidas abordan el envejecimiento y promueven la solidaridad intergeneracional



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la sede subregional de la CEPAL en México (2020), “Encuesta sobre la inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19”, octubre de 2020.

F. Consideraciones preliminares

Las respuestas de los especialistas son elocuentes. En general la región y la subregión en particular no estaban suficientemente preparados para atender a las personas mayores en situaciones de emergencia como la pandemia.

Informes anteriores de la CEPAL advirtieron que la consideración de los cambios demográficos y el envejecimiento —ambos analizados en los capítulos anteriores— era aún insuficiente, con independencia de si el país se encontraba en un estadio avanzado de envejecimiento poblacional o no. Las excepciones eran los países que tenían sólidos sistemas de protección social y de salud.

Los planes de respuesta ante la pandemia por COVID-19 adolecen de limitaciones importantes cuando se analiza la situación específica de las personas mayores. En la subregión, algunos países han implementado acciones como la entrega de alimentos, adelanto en el pago de pensiones u otras formas de transferencia monetaria, pero estas no son las únicas acciones que requieren las personas mayores para aminorar el impacto de la pandemia en sus ingresos, salud y nivel de vida en general.

Las medidas que se ponen en práctica por la pandemia no son neutras; algunas pueden fortalecer la condición de vulnerabilidad de las personas mayores cuando implícitamente son construidas como frágiles o dependientes en vez de fortalecer su autonomía y su papel en la recuperación. Muchas prácticas homogeneizan a las personas de edad avanzada, agrupando a sujetos con capacidad y necesidades muy distintas y refuerzan los estereotipos y prejuicios que alimentan la discriminación.

Lo anterior no desconoce el esfuerzo que los países de la subregión están realizando, más bien se busca llamar la atención acerca de que aún no es suficiente. Si bien los especialistas en general han visto que la atención de la salud es uno de los ámbitos donde más se han realizado progresos, ello no ha estado exento de dificultades. Por ejemplo, en algunos lugares a medida que se extendía el contagio hubo serios debates acerca de la implementación de protocolos de bioética y cómo en algunos de ellos, las personas mayores eran desfavorecidas frente a los jóvenes. Gracias a la acción de la academia, la sociedad civil y las instituciones nacionales de personas mayores se logró actuar a tiempo, pero el conflicto no era más que la punta del iceberg.

De igual modo, las medidas no han observado con profundidad el impacto de la pandemia en los trabajadores de edad avanzada, sobre todo aquellos que se desempeñan en el sector informal. De acuerdo con la información proporcionada en capítulos anteriores, una parte importante de la población adulta mayor que trabaja en la subregión lo hace en este sector del mercado laboral.

Cuando se ponen en práctica acciones de contención del impacto de la pandemia en el empleo, las personas mayores suelen ser pasadas por alto porque la labor se concentra en las edades productivas. No siempre se toma en cuenta que en la vejez el trabajo es una fuente de seguridad económica para un importante contingente, ya sea porque no accede a pensiones o porque estas son bajas. Es indispensable que las medidas que se ponen en práctica no refuercen la discriminación por edad en el empleo.

Llama la atención también que la solidaridad intergeneracional no siempre sea un eje central en los planes de respuesta al COVID-19. El Secretario General de las Naciones Unidas ha sido insistente en este tema en cada oportunidad en que se ha referido a las personas mayores. Sin solidaridad al interior de los países y entre ellos muy difícilmente se logrará contener la pandemia o aminorar sus amenazas en la vida de las personas. En el caso de aquellas de más avanzada edad esto es un asunto de extrema importancia, no solamente porque fortalece los vínculos y la resiliencia comunitaria, sino además porque en la subregión la alta convivencia de varias generaciones en un mismo hogar puede tener efectos positivos o negativos en la salud y la vida de las personas mayores dependiendo del comportamiento de las generaciones intermedias y las personas jóvenes.

Por último, las respuestas de los especialistas demuestran que los países han reaccionado de manera diferenciada en la inclusión de las personas mayores en sus planes de respuesta al COVID-19. Esto ofrece oportunidades inéditas para reforzar la cooperación sur-sur. Hay áreas donde los países de fuera de la subregión han adquirido amplia experiencia (como la reducción de la brecha digital) y que pueden ser nichos de intercambio para ampliar las acciones en la subregión. De igual manera, Costa Rica y Cuba destacan por sus intervenciones con personas mayores en materia de asociatividad, atención en salud y cuidados.

En otros países de la subregión también se desarrollan experiencias interesantes y novedosas que están siendo examinadas por sus actores para adecuar su trabajo al contexto de la pandemia. Este es el momento en el que los países pueden aprender unos de otros. Nada sobra cuando se trata de proteger la vida y la dignidad de las personas mayores.

VI. Conclusiones

A. Los derechos humanos en el centro de la acción

La resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada «Respuesta integral y coordinada a la pandemia de la enfermedad por coronavirus», del 11 de septiembre de 2020, en su párrafo 34, “exhorta a los Estados Miembros y a otras partes interesadas a que prevengan, vigilen y aborden los efectos desproporcionados de la pandemia en las personas de edad, incluidos los riesgos particulares que enfrentan en el acceso a la protección social y los servicios de salud, y a que velen para que las decisiones en materia de atención de la salud que afecten a las personas de edad respeten la dignidad de estas y promuevan sus derechos humanos, incluido el disfrute del más alto nivel de salud física y mental” (United Nations, 2020a, pág. X).

Este llamado se une a otros realizados con anterioridad, tal como el comunicado de la Experta Independiente para el disfrute de todos los derechos humanos de las personas de edad, del 27 de marzo de 2020, en el que fue enfática al señalar que las personas mayores no solo se enfrentan a un riesgo desproporcionado de muerte, sino que además se ven amenazadas debido a sus necesidades de apoyo y de atención o por vivir en entornos de alto riesgo (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2020b).

En ambas oportunidades se buscaba llamar la atención acerca del riesgo de la pandemia en las personas mayores —esto es, que su probabilidad de pérdida potencial de vida o daño es más elevada—. La información proporcionada en este informe documenta de manera sólida que esta preocupación no es superficial. Efectivamente, las personas mayores de la subregión han sido las más perjudicadas porque tienen más probabilidad de padecer una enfermedad grave por la pandemia o incluso morir.

Sin embargo, como se documenta también en este informe, el riesgo no se basa solo y únicamente en la edad cronológica o en la concurrencia de enfermedades subyacentes —principalmente hipertensión, diabetes y afecciones cardíacas—, sino también en las condiciones de vida en que se desenvuelven.

El acceso de las personas mayores a los medios de vida como el ingreso adecuado y las limitaciones de los dispositivos de protección social demuestran, como han señalado algunos autores y la comunidad científica, que la pandemia es también una enfermedad con carácter social porque ha sacado a la luz las deficiencias de cada sociedad. Las desigualdades que ya estaban presentes antes de la pandemia de COVID-19 se acentúan e incluso continúan.

A diferencia de la gripe española de 1918, en la que existía un amplio consenso científico y popular sobre que afectaba a los ricos y pobres por igual, un siglo más tarde la pandemia por COVID-19 no es neutral. Existen desigualdades en las tasas de morbilidad y mortalidad que reflejan experiencias desiguales con respecto a la incidencia de enfermedades crónicas y de los determinantes sociales en salud. Existiría un patrón de desigualdad que incide en la gravedad de la enfermedad, así como en la capacidad de gestión del riesgo antes, durante y después de la pandemia.

La experiencia de COVID-19 en las poblaciones que envejecen, independiente de la etapa de transición demográfica en que se encuentren, lleva a cuestionar innumerables decisiones que se tomaron con anterioridad a la pandemia. En la década de 1970, la CEPAL ya advertía sobre la rapidez del proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe. En la década de 2000, la institución insistió con más vehemencia acerca de este fenómeno y la necesidad de realizar las reformas necesarias para adecuar las políticas públicas al escenario demográfico. Sin embargo, pocos países respondieron con prisa para hacer las modificaciones que se requerían.

En muchas partes, el envejecimiento se valoró como un problema de los países desarrollados y, siguiendo su experiencia, la discusión se concentró en los impactos de este en los sistemas de protección social, en particular las pensiones y la salud. Se argumentó que el envejecimiento podría llevar a un quiebre de los sistemas por el incremento de la relación de dependencia demográfica debido al aumento de las personas mayores y la disminución de la población económicamente activa.

Los países que adelantaron sus respuestas para ir adecuando sus sistemas de protección social al cambio demográfico por lo general fueron aquellos pioneros en su instalación y, en el caso de la subregión, destacan Costa Rica y Cuba. El primero incorporó de manera novedosa los asuntos de cuidados en su quehacer y fortaleció la atención en salud con sólida formación en geriatría y gerontología, entre otros aspectos. Cuba, el país más envejecido de la Latinoamérica, agregó reformas en seguridad social y reforzó su sistema de salud incorporando a las personas mayores de manera transversal en las acciones que ejecuta. Otros en cambio, no advirtieron la profundidad de los cambios que se avecinaban, a pesar de que en algunos de ellos —como se indica en este informe— el envejecimiento de sus poblaciones es más acelerado.

Hoy, la pandemia por COVID-19 y el inesperado protagonismo que han alcanzado las personas mayores en todo el mundo muestran que la protección social de este grupo de edad es y será una cuestión

central del siglo XXI. Aquí cabe insistir en la exhortación de que cualquier iniciativa que se impulse debe estar basada en los derechos humanos. La CEPAL (2006) ha insistido de manera reiterada en que la protección social de cara al futuro debe tener como base la doctrina internacional de derechos humanos y fundamentarse en los principios de universalización y solidaridad, así como en mecanismos efectivos de exigibilidad.

Los derechos humanos de las personas mayores no solo deben estar presentes como el estándar que guíe la protección social más allá de la pandemia, sino que son además la base de cualquier análisis que se efectúe en la actualidad, con el objetivo de minimizar la posibilidad de repetir los mismos errores en el futuro.

En esencia, como ha señalado el Presidente del Comité Ejecutivo de Derechos Sociales de Europa (Palmisano, 2020), esta crisis es un recordatorio brutal de la importancia de asegurar el progreso duradero, sostenido y progresivo con respecto al disfrute de los derechos humanos —civiles y políticos, económicos, sociales y culturales—, su indivisibilidad e interdependencia. El primero y el más importante es el derecho a la vida y la obligación internacional de los Estados es favorecer todos los mecanismos para su respeto, promoción y garantía, y ello debe ocurrir con independencia de la edad o cualquier otra característica de la persona.

Aunque sean de suma importancia, la pandemia por COVID-19 no puede resolverse solo con medidas de confinamiento o asistencia económica basada en pruebas de pobreza. Hay que ampliar el espectro de acciones para proteger todos los derechos humanos. La escasez de recursos nunca debe ser una justificación para no actuar en tal sentido. Para responder efectivamente a la pandemia, los Estados han de tomar medidas adicionales de contención para que el apoyo tenga la mayor universalidad posible y llegue realmente a quienes están en mayor riesgo de verse afectados por la enfermedad.

El derecho a la vida no es la ausencia de muerte, es vivir con dignidad, y ha de ser el punto de partida de cualquier intervención. La Observación General Núm. 36 del Comité de Derechos Humanos ha indicado que “el deber de proteger la vida también implica que los Estados deben tomar todas las medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que puedan dar lugar a amenazas directas a la vida o impedir que las personas disfruten del derecho a la vida con dignidad”¹⁶.

¹⁶ Véase: Human Rights Committee (2018) General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. [en línea] https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf.

Eso significa, entre otras cosas, que las acciones que se pongan en práctica han de ir destinadas a garantizar el acceso sin demora de las personas a los bienes y servicios esenciales como alimentación, agua, atención médica, electricidad, saneamiento y otras para facilitar condiciones generales adecuadas (Saunders, 2020). Por lo tanto, al considerar su respuesta a la pandemia los países deben, dentro de sus recursos disponibles y bajo el principio de máxima movilización de estos, promover las condiciones adecuadas para garantizar el derecho a la vida, y en este caso en particular, a la vida digna de las personas mayores.

Asimismo, es indispensable que los países ponderen sus intervenciones sobre la base del principio de igualdad y no discriminación y enfoque propersona para corregir cualquier discriminación por edad en la asignación de bienes públicos, tomando en cuenta del mismo modo que las medidas que excluyen de manera no intencionada pueden ser equivalentes a discriminación indirecta.

En este marco es inadmisibles que los servicios de salud se reserven el derecho a admitir pacientes con COVID-19 con determinadas características. Las personas mayores enfermas por COVID-19 deben ser atendidas aun cuando no tengan los mismos recursos clínicos que las más jóvenes. Una sobrevaloración de la juventud como criterio para asignar recursos y atención es equivalente a valorar unas vidas por sobre otras (Aronson, 2020).

La Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en su artículo 6, establece que los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población (OEA, 2015). Los protocolos elaborados tempranamente para atender a las personas mayores frente al riesgo de ser contagiadas por COVID-19 son útiles y necesarios para cumplir con lo indicado por la Convención Interamericana, pero no son suficientes. Se requiere una vigilancia activa por parte de los gobiernos para que estos se cumplan sin exponer a las personas mayores a una muerte anticipada.

Por otra parte, en varios países se han limitado o suspendido temporalmente las visitas a centros de atención residencial en un intento por evitar la propagación del COVID-19. Son pocos los cuestionamientos con respecto a esta medida, que puede tener consecuencias significativas para la salud mental y bienestar general de las personas mayores. Hoy día, cuando el abandono de las personas mayores frente a los hospitales u hogares de ancianos ocurre incluso cuando son fechas festivas como Navidad o Año Nuevo, es fácil

imaginar lo que podría ocurrir en el escenario actual. Por ello, algunas instituciones de derechos humanos han llamado la atención sobre ello. Por ejemplo, la Defensoría de las personas mayores de Guatemala advirtió en un informe reciente que suspender las visitas a hogares de ancianos era necesario, pero es crucial que los residentes experimenten tales limitaciones y sus consecuencias lo menos posible (Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala, 2020).

Las medidas adoptadas también deben contrarrestar el efecto de la pandemia en la igualdad de trato y el acceso a la atención médica en casos no relacionados con COVID-19. Ello se transgrede cuando se priorizan pacientes con COVID-19 y se afecta a otras personas que también requieren atención o medicamentos esenciales. La Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19 indica al respecto que los Estados también deben continuar ofreciendo los servicios de salud requeridos por las personas con discapacidad, lo que se aplica también para las personas mayores y personas con enfermedades en tratamiento (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2020a). En este sentido, la disponibilidad de medicamentos es fundamental, al igual que el acceso a los cuidados paliativos y la atención médica especializada.

En definitiva, la respuesta a la emergencia y recuperación deben diseñarse para garantizar el derecho a la vida, independientemente de las características particulares de las personas a las que van destinadas. Dividir a la sociedad entre frágiles y fuertes sería un desafortunado camino para una humanidad que hoy más que nunca pone en evidencia su interdependencia.

B. La consideración de las personas mayores en las áreas críticas de acción sobre la pandemia en la subregión

El Secretario General de las Naciones Unidas ha pedido a la comunidad internacional que se concentre en tres áreas críticas de acción frente a la pandemia: i) impacto social y respuesta económica; ii) abordar la emergencia sanitaria, y iii) recuperarse mejor (UNDRR, 2020).

La implementación de estas áreas críticas en la subregión ha de considerar, entre otros, los siguientes aspectos para aminorar el impacto de la pandemia en las personas mayores:

- El acceso a la atención médica debe garantizarse a todas las personas sin discriminación. Los grupos que corren un riesgo especialmente elevado como las personas mayores sin hogar, los ancianos indígenas, las que viven pobreza por ingresos o carecen de servicios básicos, aquellas que están

institucionalizadas o con discapacidad, deben estar adecuadamente protegidas en su acceso a la salud.

- Las medidas de asistencia social dirigidas a las personas mayores, bajo la modalidad de transferencias monetarias, deben ser universales y crecientemente adecuadas y suficientes. Esto es, que los beneficios han de ser entregados a cualquier persona mayor por el solo hecho de que lo necesite. Planearse como prestaciones duraderas, no transitorias, idealmente reconocidas como derechos exigibles y en el caso de que los recursos disponibles no permitan iniciativas de largo plazo, solo podrían ser suspendidas cuando no se prive a las personas mayores de sus medios de subsistencia.
- Durante la pandemia ha resultado evidente la falta de atención que han dado los países a los cuidados de largo plazo. Por el momento hay una baja inversión en este tipo de servicios por parte del sector gubernamental, lo que en algunos casos ha permitido el desarrollo de servicios de atención privada sin regulación. Habida cuenta del impacto de la pandemia en las residencias, los cuidados—incluyendo a las mujeres que prestan este tipo de apoyo— deben ser reconocidos como un pilar de la protección social.
- Las medidas dirigidas a las personas mayores deben fortalecer su autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible, en particular, sus capacidades físicas, psicológicas e intelectuales. Aquí se requiere, además de apoyos para fortalecer la capacidad funcional y promover el envejecimiento saludable, la modernización de marcos legales relacionados con la toma de decisiones. Gran parte de las normas existentes refuerzan el modelo tutelar de las personas de edad avanzada. Es momento de cambiar el paradigma para proporcionar salvaguardas adecuadas que eviten la privación arbitraria de la capacidad de las personas mayores en la toma de decisiones, no solo en la salud sino también los cuidados de largo plazo.

De igual manera, las medidas de respuesta a la pandemia tienen que tomar en cuenta la heterogeneidad y diversidad de las personas mayores. Muchas medidas puestas en práctica para reducir el impacto de la pandemia agrupan a personas con capacidades y necesidades diferentes. Las acciones han de estimar efectivamente el colectivo al cual van dirigidas, tomando en cuenta las capacidades y habilidades de las personas mayores, así como aquellas que se deben potenciar.

Por último, es la oportunidad de asegurar la participación de las personas mayores en la toma de decisiones públicas. Además de que la participación refleja el concepto de dignidad humana, tomar en cuenta sus opiniones sobre las medidas de respuesta y recuperación de la pandemia es esencial para que sean efectivas.

C. Algunos mecanismos para fortalecer la inclusión de las personas mayores en la respuesta a la pandemia en la subregión

En este informe se da cuenta de que los países han respondido de manera diferenciada a la pandemia. La subregión tiene fortalezas que pueden ser potenciadas. Los mecanismos de integración regional existentes y la cercanía geográfica y cultural ofrecen un robusto escenario para actuar en conjunto para proteger la vida de las personas mayores.

Es indispensable abrir espacios de cooperación sur-sur entre los países en áreas tales como la generación de datos desagregados por edad, cuidados con base comunitaria, atención especializada de salud, participación y empoderamiento, proyectos universitarios para la formación de futuros profesionales y atención a la salud mental, entre varios otros.

Se identifican programas exitosos para personas mayores que se diseñaron antes del brote de COVID-19 y que ahora han demostrado su efectividad. Es importante continuar apoyando las iniciativas dirigidas a las personas mayores más allá de la pandemia. Este duro período que están atravesando los países no debería implicar retrocesos con relación a aquellas intervenciones que con tanto esfuerzo distintas instituciones nacionales han logrado llevar a cabo.

El reforzamiento de las capacidades nacionales en materia de derechos humanos de las personas mayores es un área en la que se deben seguir concentrando esfuerzos. Muchas violaciones de derechos humanos se producen por desconocimiento y es posible evitarlas con información y formación oportuna. La CEPAL ya implementó una iniciativa de este tipo en la subregión y entre las principales demandas de los participantes se encuentra la de continuar en esta línea de trabajo que puede ser implementada para el conjunto de la subregión o en cada país, dependiendo de cuáles sean las necesidades más urgentes de capacitación.

El confinamiento ha traído consigo como efecto positivo el mayor uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Los foros y seminarios especializados sobre personas mayores son más frecuentes que antes de la pandemia. Aquí hay dos líneas de trabajo,

una es disminuir la brecha digital entre las personas mayores y la otra es continuar desarrollando este tipo de intercambios que constituyen una plataforma de interacción y conocimiento que ha de trascender más allá de la pandemia.

La toma de conciencia también es un asunto que hay que trabajar con vigor. Antes de la pandemia las personas mayores eran ya un grupo discriminado y, a pesar de las campañas que impulsaban las instituciones nacionales de personas mayores, el cambio de actitud y comportamiento era un asunto personal más que social. La discriminación sigue siendo estructural, por lo que se requiere promover de manera activa la responsabilidad de todos con respecto a este flagelo, que hoy ha demostrado con creces que no solo influye en las imágenes estereotipadas en los medios de comunicación, sino también en el respeto y la protección de la vida de las personas mayores.

Sin duda, existen enormes desafíos durante y después de la pandemia, pero también se abren oportunidades. Ante todo, hay que evitar que la contención y respuesta a la pandemia se haga a expensas de las personas más vulnerables. Para ello se necesita de una acción mancomunada en la subregión para cerrar brechas en el ejercicio de derechos humanos y reducir las desigualdades vitales, existenciales y de recursos, y de ese modo avanzar de manera firme en un estilo de desarrollo con igualdad y ejercicio de derechos humanos y en un marco de sostenibilidad ambiental.

Bibliografía

- ADI (Alzheimer's Disease International) (2016), World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future, Londres, septiembre.
- Arenas de Mesa A. (2019), "Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina", *Libros de la CEPAL*, Núm. 159 (LC/PUB.2019/19-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019.
- Aronson, L. (2020), "Age, complexity, and crisis. A prescription for progress in pandemic", *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts.
- Baldwin, R. y Weder, B. (2020), *Mitigating the COVID Economic Crisis: Act Fast and Do Whatever It Takes*, London: Centre for Economic Policy Research Press.
- Bambra C. y otros (2020), "The COVID-19 pandemic and health inequalities", *Journal EpidemiolCommunity Health Epub*, June.
- Brenes L. (2020), "Determinantes sociales de la salud e intersectorialidad", documento presentado en el curso "Atención integral de las personas mayores desde la perspectiva del envejecimiento saludable", Ciudad de México, 2 al 6 de marzo de 2020 [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/determinantes_sociales_de_la_salud_e_intersectorialidad.pdf.
- Beusekom, M. V. (2020), *Studies: Smoking, Age, Other Factors Raise Risk of COVID-19 Death*, Minneapolis, Center for Infectious Disease Research and Policy (CIDRAP), University of Minnesota.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (2018), "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe", División de Protección Social y Salud [en línea] <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejeci-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Cantero M. (2020), "Coronavirus en Centroamérica: Costa Rica" [en línea] <https://interactivo.eluniversal.com.mx/2020/coronavirus-en-centroamerica/costa-rica.html>.
- Castro Y. (2020), "Díaz-Canel: En Cuba, la vida es el principal tesoro", *Periódico Granma*, 9 de octubre [en línea] <http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-10-09/diaz-canel-en-cuba-la-vida-es-el-principal-tesoro-09-10-2020-01-10-08>.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2020a) "Older Adults, September 11" [en línea] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>.

- _____ (2020b), “Severe Outcomes among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)”, February 12-March 16 [en línea] <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wrmm6912e2.htm>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020), “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe”, *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, 30 de julio de 2020 [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf.
- _____ (2019) “Cumplimiento de la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe se encuentra en un punto crítico: Alicia Bárcena”, comunicado de prensa del 26 de abril de 2019 [en línea] <https://www.cepal.org/es/noticias/cumplimiento-la-agenda-2030-america-latina-caribe-se-encuentra-un-punto-critico-alicia>.
- _____ (2014), “La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional” (DDR/2(MDP.1), documento preparado para la *Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*, Santiago, 12 a 14 de noviembre [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/MPD_dds2_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- _____ (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14), Santiago, junio [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268_es.pdf.
- _____ (2006), *Protección social de cara el futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile.
- Chuliá E. (2019), “La evolución de la población contemporánea: motivos para la satisfacción y la inquietud”, *Revista de Economía*, Núm. 908, mayo-junio de 2019.
- CONEVAL (2019): 10 años de medición de pobreza en México, avances y retos en política social. Ciudad de México, 5 de agosto de 2019 [en línea] https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2019/COMUNICADO_10_MEDICION_POBREZA_2008_2018.pdf.
- COVID19CUBADATA (2020), “COVID19 Dashboard Cuba”, La Habana [en línea] <https://covid19cubadata.github.io/#cuba> [fecha de consulta: 9 de octubre de 2020].
- CONAPE (Consejo Nacional de la Persona Convaleciente) (2020), “Diagnóstico de la población adulta mayor en la República Dominicana. Informe de resultados”. Mimeo.
- Data.CMS.GOV (2020), “COVID-19 Nursing Home Data” [en línea] <https://data.cms.gov/stories/s/COVID-19-Nursing-Home-Data/bkwz-xpvg>.

- Fernández A. (2020), "La pandemia por COVID-19 en Cuba y las personas mayores", documento presentado en el *Diálogo virtual "Desafíos en la protección de las personas y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19"*, 8 de octubre de 2020.
- Georgantzi, N. (2020), *How COVID-19 is compounding inequalities against older persons*, European Network of Equality Bodies, October 1, 2020.
- Gobierno de El Salvador (2020), "Situación Nacional COVID-19", San Salvador [en línea] <https://covid19.gob.sv/> [fecha de consulta: 7 de octubre de 2020].
- Gobierno de México (2020), "COVID-19 México", Ciudad de México [en línea] <https://datos.covid-19.conacyt.mx> [fecha de consulta: 7 de octubre de 2020].
- González M. (2020), "Coronavirus en Centroamérica: la región de récords y contrastes en sus estrategias y resultados frente al COVID-19", BBC Mundo, 10 de abril de 2020 [en línea] <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52225188>.
- Huenchuan S. (2018), "Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos", *Libros de la CEPAL*, Núm 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____(2013), "Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad", *Libros de la CEPAL*, Núm. 117 (LC/G.2553-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- Human Rights Committee (2018) General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. [en línea] https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf
- Instituto Nacional de Estadística de Costa Rica (2020), "Temas especiales de empleo", [en línea] <https://www.inec.cr/empleo/temas-especiales-de-empleo>.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2020), "Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2020" [en línea] <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/trabajoNal.pdf>.
- Lee, R. y A. Mason (2006), "¿Cuál es el dividendo demográfico?", *Finanzas y Desarrollo*, vol. 43, Núm. 3, Washington, D.C., Fondo Monetario Internacional.
- Lloyd-Sherlock, P. y A. Guntupali (2020), "Problems of data availability and quality for COVID-19 and older people in LMICs", June 25, 2020 [en línea] <https://www.corona-older.com/post/problems-of-data-availability-and-quality-for-covid-19-and-older-people-in-lmics>.

- Mandavilli A. (2020), "El coronavirus impacta más a los hombres. Los científicos empiezan a comprender por qué", *New York Times*, 28 de agosto [en línea] <https://www.nytimes.com/es/2020/08/26/espanol/ciencia-y-tecnologia/coronavirus-afecta-hombres.html>.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2020), "Situación Nacional COVID-19", San José [en línea] <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19> [fecha de consulta: 7 de octubre de 2020].
- Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) 2020, "Coronavirus en Cuba", La Habana [en línea] <https://salud.msp.gob.cu/> [fecha de consulta: 7 de octubre de 2020].
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2020), "Situación de COVID-19 en Guatemala", Ciudad de Guatemala [en línea] <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/> [fecha de consulta: 07 de octubre de 2020].
- Montgomery M. (2020), "Inquiries launched into high coronavirus death rate in long-term care homes", *Radio Canada International*, May 26.
- National Institute on Aging (s/f), "Alzheimer's Disease Fact Sheet" [en línea] <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-fact-sheet>.
- Niitsu N. (2018) *The Growing Senior Population in Japan's Metropolitan Areas: Challenges for Japan, Hints for the World*, JFS Newsletter No.187 (March 2018).
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), *Tratados Multilaterales Interamericanos, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A70)* [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020), "Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote del COVID-19" [en línea] https://www.who.int/docs/default-source/documents/disability/spanish-covid-19-disability-briefing.pdf?sfvrsn=30d726b1_2.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (2020a), *Joint Statement: Persons with Disabilities and COVID-19* by the Chair of the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, on behalf of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities and the Special Envoy of the United Nations, Geneva, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner.

- _____ (2020b), 'Unacceptable'. UN expert urges better protection of older persons facing the highest risk of the COVID-19 pandemic [en línea] <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25748&LangID=E>.
- ONEI (Oficina Nacional de Estadística e Información) (2020), *Cuba: Dinámica demográfica. Impacto de los factores demográficos en la pandemia COVID-19*, 6 de mayo de 2020.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2020), "Diagnóstico sobre economía informal" [en línea] http://www.oit.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_752182.pdf.
- _____ (2013), *Informe IV: empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico*, Ginebra.
- Ortiz I. (2020), "Neglected, sacrificed: older persons during the COVID-19 pandemic", *Social Europe*, October 5, 2020.
- PAHO (Pan American Health Organization) (2020), "Healthy Aging and Non-Communicable Diseases" [en línea] https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9979:healthy-aging-non-communicable-diseases&Itemid=40721&lang=en.
- _____ (2017a), "Health financing in the Americas" [en línea] <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=178>.
- _____ (2017b) "Social determinants of health in the Americas" [en línea] <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=45>.
- Palmisano G. (2020) Social Rights in times of pandemic, Council of Europe, [en línea] <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/social-rights-in-times-of-pandemic>
- Privitera G. (2020), "The 'silent massacre' in Italy's nursing homes", *Político Pro* [en línea] <https://www.politico.eu/article/the-silent-coronavirus-covid19-massacre-in-italy-milan-lombardy-nursing-care-homes-elderly/>.
- Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala (2020). Situación de las personas mayores en centros destinados para su atención, durante la pandemia COVID-19. Informe de la Defensoría de las Personas Mayores, Ciudad de Guatemala, 18 de septiembre de 2020.
- Riccardi, A. y otros (2020), "Sin ancianos no hay futuro. Llamamiento para re-humanizar nuestras sociedades. No a una sanidad selectiva" [en línea] <https://www.santegidio.org/pageID/37740/langID/es/Sin-ancianos-no-hay-futuro-Llamamiento-para-rehumanizar-nuestras-sociedades-No-a-una-sanidad-selectiva.html>.
- Saunders J. (2020) COVID-19 and Human rights, OXFAM Discussion Paper.
- Savage, M. (2020), "Coronavirus: What's going wrong in Sweden's care homes?", *BBC News*, May 19.

- Sepúlveda N. (2020), “COVID: el testimonio y los correos de la ex epidemióloga del Minsal que acusa al gabinete de Mañalich de manipular datos” [en línea] <https://www.ciperchile.cl/2020/10/07/covid-el-testimonio-y-los-correos-de-la-ex-epidemiologa-del-minsal-que-acusa-al-gabinete-de-manalich-de-manipular-datos/>.
- Trias-Llimós, S. y U. Bilal (2020), “Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain)”, *Journal of Public Health*, Volume 42, Issue 3, September, págs. 635–636 [en línea] <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa087>.
- UNHCR (The United Nations Refugee Agency) (2020), *Age, Gender and Diversity Considerations, COVID-19*, Geneva, 21 de marzo.
- United Nations (2020a), “Comprehensive and coordinated response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic”, Resolution adopted by the General Assembly on 11 September 2020, A/RES/74/306.
- _____ (2020b), “COVID-19 and Indigenous peoples” [en línea] <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/covid-19.html>.
- _____ (2020c), “COVID-19 and Human Rights We are all in this together”, New York: United Nations.
- UN Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR) (2020). Initial COVID-19 engagement strategy, April 2020.
- WHO (World Health Organization) (2019), “Universal health coverage (UHC)” [en línea] [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- _____ (2018a) *Death estimates by cause, sex and country: WHO Global Mortality Estimates (2018)*
- _____ (2018b), *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018*, Geneva

Anexo

Encuesta Inclusión de las personas mayores en los planes de respuesta al COVID-19

Esta lista de verificación fue elaborada por el Grupo Interinstitucional sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas (IAGA, por sus siglas en inglés) y sus resultados servirán para elaborar un informe de la sede subregional de la CEPAL en México sobre el tema "Personas mayores, derechos humanos y protección social en la pandemia por COVID-19".

Se trata de una lista con temas clave para conocer con mayor profundidad la incorporación de las personas mayores en las acciones que emprenden los gobiernos para responder a la pandemia. Las respuestas son estrictamente confidenciales. No se utilizarán para evaluar las acciones de su país de manera independiente, sino para conocer cuáles son las tendencias y los desafíos generales.

▪ Protección de los servicios y de los sistemas de salud

1. En su país, ¿se han puesto en marcha protecciones específicas para garantizar que las decisiones médicas se basen en evaluaciones clínicas individualizadas, necesidades médicas, criterios éticos y en la mejor evidencia científica disponible y no en factores como la edad, la esperanza de vida o las posibilidades de supervivencia?
 Sí Aún no
2. En su país, ¿Existen medidas para garantizar la continuidad de los servicios de atención para las personas mayores, incluidos los servicios de salud mental y el apoyo psicológico, la atención paliativa y geriátrica, y los servicios prestados por los/as cuidadores/as en hogares y comunidades?
 Sí Aún no
3. En su país, ¿existen medidas para garantizar que se notifiquen los casos o muertes por COVID-19 ocurridos en las instituciones de cuidado de largo plazo y se hace un seguimiento eficaz de la situación en dichos centros de atención?
 Sí Aún no

▪ **Protección social y servicios básicos**

4. En su país, ¿se han implementado medidas de socorro socioeconómico y redes de seguridad social durante la crisis del COVID-19 para las personas mayores afectadas por las dificultades económicas, particularmente las mujeres mayores?

Sí

Aún no

▪ **Protección del empleo e ingresos**

5. En su país, ¿las medidas de respuesta económica y recuperación tienen en cuenta el impacto en las personas mayores, incluidos los trabajadores de edad avanzada, con el objetivo de maximizar las posibles contribuciones de las personas mayores en la recuperación de la pandemia?

Sí

Aún no

6. En su país, ¿existen medidas para abordar el envejecimiento y la discriminación por edad a fin de garantizar la igualdad de acceso de las personas mayores al empleo, la formación y las oportunidades de aprendizaje permanente?

Sí

Aún no

7. En su país, ¿están las personas mayores incluidas en iniciativas de recuperación económica, como programas de rehabilitación y entretenimiento, así como otras actividades de generación de ingresos o acceso a los microcréditos?

Sí

Aún no

▪ **Respuesta macroeconómica y colaboración multilateral**

8. En su país, ¿las reformas económicas y fiscales propuestas tienen en cuenta los cambios de las tendencias demográficas en las inversiones a mediano y largo plazo en materia de acceso universal de salud, protección social y servicios sociales para las personas mayores?

Sí

Aún no

9. En su país, ¿las respuestas económicas incluyen medidas de socorro socioeconómico inmediato y redes de seguridad social, como el acceso garantizado a alimentos, agua, bienes y servicios esenciales y atención médica básica durante la crisis de COVID-19, para las personas mayores afectadas por dificultades económicas?

Sí

Aún no

▪ **Cohesión social y resiliencia comunitaria**

10. En su país, ¿existen medidas para abordar el impacto de la brecha digital entre las personas mayores y se utiliza una variedad de formatos como transmisiones de radio, notificaciones impresas y mensajes de texto para asegurar que la información crítica relacionada con COVID-19 llegue a las personas mayores?

Sí

Aún no

11. En su país, ¿las medidas de respuesta se centran en promover la autonomía y la independencia de las personas mayores, en lugar de aumentar su dependencia?

Sí

Aún no

12. En su país, ¿existen medidas para abordar el envejecimiento y promover la solidaridad intergeneracional?

Sí

Aún no

Todos los países están en riesgo de emergencias y desastres, incluyendo las enfermedades infecciosas como la pandemia por COVID-19, y comparten la profundidad del impacto en salud y los derechos humanos en general.

En este documento se analiza la situación de las personas mayores de la subregión (Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, México, Panamá y la República Dominicana). Se cubre un amplio espectro de indicadores que demuestran que la condición de vulnerabilidad de la población adulta mayor ante la pandemia no radica únicamente en la edad, sino también en las condiciones en que viven, el alcance a la protección social, y la fortaleza de los mecanismos de protección de sus derechos humanos. Asimismo, se identifican los desafíos que surgen del envejecimiento, tomando en cuenta la heterogeneidad del cambio demográfico en cada uno de los países.

Se concluye que la pandemia, pese a sus devastadores efectos en la vida y la salud, ofrece oportunidades de cooperación e integración subregional para mejorar su capacidad de prevención y mitigación del impacto de la pandemia en las personas mayores.