

**Latin American Expert Group Meeting in preparation for the**

**30th anniversary of the International Year of Family, 2024**

**Megatrends & Families: Focus on Demographic changes**

**México City, 26-27 October 2023**

## **El curso de vida y las políticas públicas**

**Enrique Peláez (CIECS CONICET, Argentina)**

En términos de política, el enfoque de curso de vida pone el énfasis en la necesidad de acompañar y efectivizar los derechos humanos desde el nacimiento y a lo largo de la vida. Tal vez no debería minimizarse el impacto de las intervenciones tempranas y a lo largo de la vida para generar sociedades más justas, que permitan un envejecimiento saludable. La vejez no puede ser entendida adecuadamente aislada de los otros periodos de la vida. No podemos considerar al envejecimiento poblacional como un fenómeno que atañe exclusivamente a las personas mayores.

A continuación, analizaremos las implicancias que el Enfoque del Curso de Vida tiene para las políticas públicas.

Los países de América Latina y El Caribe acordaron en la primera reunión de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Este acuerdo es un compendio de medidas prioritarias de política pública, que busca avanzar en una agenda integral sobre temas de población. El enfoque de dicho acuerdo está alineado con el Enfoque de Curso de Vida, recomendando políticas integrales sobre niñez, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores, teniendo en cuenta la dinámica demográfica. Las medidas prioritarias buscan ser abordadas de manera transversal por una perspectiva que considere factores como el género, el estatus migratorio, la raza y la diversidad cultural para disminuir las desigualdades y la discriminación

En los últimos años, países de América Latina y el Caribe han planteado y llevado a cabo propuestas concretas para el desarrollo de las personas desde un enfoque

que va desde la protección en la niñez, pasando por la juventud y finalmente por la vejez, acompañando recomendaciones y medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Sin embargo, aún resta mucho camino por recorrer para profundizar en el abordaje integral del bienestar de las personas

Se presentan a continuación ejemplos de algunos avances de los países en la implementación de estas medidas prioritarias que puedan implicar puntos de inflexión en el curso de vida de las personas. La información ha sido tomada de los informes realizados por los países a la Conferencia Regional de Población y desarrollo.

Las medidas se presentan ordenadas de acuerdo a diferentes etapas de la vida.

### **Políticas para la primera infancia**

Bajo el enfoque de curso de vida se entiende a la salud como un recurso esencial que varía de manera continua a lo largo de la trayectoria de vida, de acuerdo a los estímulos a los que la persona se exponga, mejorando por un lado si estos estímulos son convenientes, y deteriorándose en caso de ser desfavorecedores (33). De esta manera, la salud de una persona joven dependerá de sus capacidades intrínsecas y al entorno que enfrentó en su niñez, y a su vez, marcará la pauta de su salud en etapas de vida posteriores. Es así que el curso de vida sugiere que se debe invertir en las personas jóvenes para que sea posible abordar de una manera adecuada los desafíos que presenta el envejecimiento, promoviendo el desarrollo durante toda la vida.

La población de niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe presenta mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad que los demás grupos etarios; según datos de la CEPAL para 2019 el 45% de las personas de entre 0 y 14 años de la región se encuentran en situación de pobreza (34). Los países reconocen como desafíos para estos grupos poblacionales promover la educación en sus distintos niveles, el trabajo digno para las y los jóvenes mayores de 18 años, reducir los embarazos no deseados y el nivel de pobreza (35). Atendiendo esta situación, en la medida prioritaria 7 del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo se

acordó “garantizar derechos humanos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, ayudando a que vivan una vida libre de pobreza y violencia con acceso a la salud, la educación y la protección social” (36).

En Argentina se implementó un Plan Nacional de Primera Infancia, que apunta a reconocer los derechos de niñas y niños de entre 45 días y 4 años que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social. El plan se apoya en fortalecer los espacios de cuidado dentro y fuera de los hogares, a través de visitas domiciliarias y acompañamiento de las familias y capacitación a integrantes de organizaciones en el apoyo a estas familias. En ese país también se crearon programas de transferencia de ingresos para enfrentar la pobreza, y garantizar el acceso a la salud y a educación de las y los menores de 18 años que no cuenten con los recursos necesarios. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social tiene como destinatarios a personas desocupadas y personas trabajadoras de la economía informal con ingresos inferiores al salario mínimo que además tengan hijas o hijos menores de 18 años. El pago es mensual y abarca el 80% del importe total del beneficio, mientras el 20% restante se acumula y se paga a fin de año, cuando las personas tutoras presentan control de asistencia escolar, controles de salud y certificados de vacunación de las y los menores (37). Por otro lado, la Asignación por Embarazo, apunta a mujeres desocupadas, trabajadoras de la economía informal con salarios menores al salario mínimo, trabajadoras domésticas o beneficiarias de ciertos planes de empleo que brinda la Nación. En este caso, también el pago del 80% del beneficio es mensual, y el 20% acumulado se entrega cuando la mujer acredite controles de salud y nacimiento del bebé o la interrupción del embarazo (38). En el año 2020, en Argentina se aprobó Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, que brinda asistencia durante el embarazo y los tres primeros años de vida de niñas y niños en condiciones de vulnerabilidad. El objetivo principal de esta ley es proteger el desarrollo emocional y físico disminuyendo la mortalidad, malnutrición y desnutrición, a la vez que se previene la violencia por cuestiones de género y hacia niños, niñas y adolescentes (39).

Desde el año 2012, Uruguay implementó el programa Crece Contigo con el objetivo de atender necesidades y garantizar el cuidado de mujeres embarazadas y/o niñas y niños de hasta 4 años desde una perspectiva de derechos, género y étnico racial

(40). Este programa apunta a disminuir los riesgos existentes durante el parto para la salud de la embarazada en miras de disminuir la cantidad de niñas y niños con bajo peso y talla para su edad mediante el acompañamiento a las familias y el trabajo en territorio. Por otro lado se busca fortalecer capacidades institucionales a través del mejoramiento de centros de salud y atención a la primera infancia; reforzar la gestión del conocimiento a partir de estudios nacionales y sistemas de información que posibiliten un monitoreo del estado nutricional y desarrollo psicomotriz de la primera infancia; y concientizar a la población a través de campañas que resalten la importancia de los cuidados de embarazadas y primera infancia, promoviendo hábitos saludables y reconocimiento de derechos de la familia (41).

En México se busca combatir el trabajo infantil para proteger los derechos y la salud de niñas y niños. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) prohíbe el trabajo para personas menores de 15 años y para mayores de esta edad en caso que la tarea o el ambiente pudieran perjudicar su salud o su desarrollo físico o mental (42).

La preservación de los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y jóvenes, es determinante en la generación de transiciones de vida y puntos de inflexión que impactan en la construcción de salud que propone el abordaje del curso de vida. Para que las personas mejoren su calidad de vida, deben poder realizar trayectorias coincidentes con sus deseos. La medida prioritaria 12 del Consenso de Montevideo insta a países a implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes [...] para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual (36).

Los embarazos adolescentes impactan en la salud, la continuidad en el sistema educativo de las madres (deserción escolar), situación que tiene consecuencias en las oportunidades laborales (empleos precarios, menos años de actividad,

informalidad, entre otros) y finalmente en el acceso a beneficios previsionales que contribuyan al bienestar en la vejez. Esto tiene un impacto mayor en las mujeres, quienes, por un sesgo de género en la división sexual del trabajo, suelen ser las más involucradas en tareas domésticas y de cuidado que se ven acrecentadas a partir de la maternidad. Además, la situación es más compleja para las mujeres que pertenecen a los hogares más pobres, por lo que requerirán mayor acompañamiento y focalización de políticas. La medida prioritaria 13 del Consenso de Montevideo llama a los países a “poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes” (36).

Son varios los países de la región que han hecho avances respecto al reconocimiento y tratamiento de la temática sexual a partir de planes nacionales, programas y leyes. Costa Rica decretó una norma nacional para atención integral con componente de salud sexual y reproductiva para adolescentes en 2015. Cuba implementó un Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia que conjuntamente con el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) persiguen la disminución de la tasa de fecundidad adolescente a través de estrategias de planificación familiar, educación e información (43).

Colombia avanzó en una Estrategia de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes 2015-2025 con el objetivo de prevenir embarazos en estos grupos etarios. Además, en 2015 informó que contaba con casi 800 centros distribuidos en todos los departamentos del país en el marco de un Modelo de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (44).

En 2017, Argentina puso en práctica el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia desde un enfoque de derechos humanos y de género que promueve la toma de decisiones informadas en materia de sexualidad y reproducción. Se apunta a generar campañas de comunicación con agentes estratégicos que promuevan un cambio cultural; mejorar y ampliar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, priorizando acceso a métodos anticonceptivos y a consejerías y centros especializados y acordes a las necesidades de los y las adolescente; proveer

información a través de escuelas, centros de salud y la comunidad; reforzar políticas de prevención del abuso y la violencia sexual en la niñez y adolescencia y la Interrupción Legal del Embarazo (37).

Otros países como Uruguay, México y Chile implementaron estrategias nacionales para prevenir los embarazos adolescentes y/o embarazos no deseados. En este punto, México se destaca por sistematizar y proveer datos en informes anuales. A partir de estos informes, se comunica que el programa se complementa con servicios especializados para adolescentes y Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), y que se llegó a instalar al menos un servicio específico para adolescentes en el 76,3% del total de municipios del país (42). En el marco de la estrategia nacional mexicana, se desarrolla el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva que tiene acciones dirigidas puntualmente a varones como el “Curso- taller de Formación en Masculinidades y Sexualidad en Varones” que busca formar y sensibilizar a los jóvenes sobre acciones que ponen en peligro la salud sexual y reproductiva de las mujeres (45).

En el marco del Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud de 2007, Uruguay implementó un carnet de salud adolescente, espacios de salud adolescente, y una figura de médico de referencia. Además, informó la existencia de un plan Nacional de Juventudes (2011-2015), y programas que focalizan en diversas etapas de la vida: adolescencia (115), infancia (78), primera infancia (32) y vejez (19) (40).

La política de salud sexual y salud reproductiva implementada por Chile, busca unificar y articular las medidas implementadas por el Ministerio de Salud, para responder de manera coordinada a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población. Esta política fue concebida de manera integral bajo enfoques de derechos humanos; de desarrollo humano; de curso de vida; de género; de interculturalidad y de determinantes sociales. Las estrategias de acción sobre las que se centran son establecer un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en la red de prestadores públicos de Salud; transversalizar la Salud Sexual y la Salud Reproductiva y relevar intersectorialmente los ámbitos de la salud sexual y la salud reproductiva (46).

En lo referido a la educación sexual integral (medida prioritaria 11), se observa un avance en el reconocimiento formal de la misma en casi todos los países de la región, aunque con debilidades evidentes. Por una parte, no todas las concepciones se adecúan a los estándares internacionales, ni existe una homogeneidad en cuanto al grado de aplicación por problemas tecnológicos y/o de financiamiento. En algunos países, conflictos de índole política y/o ideológica impiden la aplicación de los programas y planes de educación sexual durante la infancia y la adolescencia (35).

Uruguay presentó una evaluación de su Programa de Educación Sexual, a partir de la cual se observó una gran cobertura pero también ciertas deficiencias sobre las que se vuelve necesario avanzar. Es imprescindible incorporar temáticas como violencia, discriminación por género, diversidad sexual, y no restringir la educación a temáticas de enfermedades de transmisión sexual y salud sexual y reproductiva. Por otro lado, es clave el abordaje de la sexualidad y las masculinidades para que todas las personas accedan a una educación que promueva y mejore su salud de manera integral y holística (47).

El caso de Educación Integral en Sexualidad en México busca abarcar todos los componentes de la sexualidad, y no solo el sexual, reconociendo su presencia a lo largo de toda la trayectoria de vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Apunta a promover conocimientos que permitan que las personas vivan una sexualidad saludable, plena y responsable, haciendo énfasis en la prevención del embarazo adolescente para mejorar la calidad del Sistema Educativo Nacional, su acceso, permanencia y conclusión. Esta agenda sectorial abarca formación a docentes y personal educativo; líneas de investigación; cobertura; planes, programas y materiales educativos; estrategias de comunicación y difusión; acciones de transversalidad y acciones afirmativas (42).

### **Políticas para la juventud con perspectiva de género**

Para enfrentar los desafíos del envejecimiento, como mencionamos previamente, es fundamental reforzar las condiciones de vida en la juventud, empoderando a las mujeres y promoviendo la igualdad de género.

La morbilidad y mortalidad materna es al día de hoy muy alta en la región. Para 2019<sup>1</sup> este valor alcanzó las 69,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con una marcada heterogeneidad según la subregión (48). Si bien el acceso a consultas prenatales y a atención brindada por personal profesional es cada vez mayor, aún existen países para los cuales sigue siendo un gran desafío. En algunos países del Caribe y en el Estado Plurinacional de Bolivia las tasas de muertes maternas son de 150 cada 100.000 nacimientos; mientras que en Chile y Uruguay esta tasa es menor a 20. Países como Bolivia y Colombia afirman que esta problemática afecta principalmente a las jóvenes, por lo que se vuelve muy importante y necesaria la disminución de embarazos no deseados y la planificación familiar de acuerdo a los deseos de las personas gestantes (35).

Toma cada vez mayor relevancia entre países de la región garantizar el acceso a métodos anticonceptivos avanzados y de emergencia y a la eliminación de abortos inseguros para mejorar la planificación familiar y disminuir la mortalidad materna garantizando una salud sexual y reproductiva de calidad para todas las personas. La medida 40 del Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo llama a los países a “Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños” (35).

La salud sexual y la salud reproductiva son clave a la hora de adoptar un enfoque holístico e integrador del bienestar de las personas. La OMS define a la primera como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y

---

<sup>1</sup> El valor tomado del informe de indicadores básicos de OPS contempla estudios, datos preliminares, encuestas y estimaciones de 2014 a 2018.

seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”. Se define a la salud reproductiva: “es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (49).

El abordaje de esta temática desde el enfoque de curso de vida, invita a reconocer las necesidades, las expectativas y las conductas en la sexualidad y la reproducción desde la infancia, la pubertad, la juventud y la vejez de las personas (46). En lo que concierne a políticas públicas que garanticen salud sexual y reproductiva, los avances no han sido homogéneos para todos los países, incluso en algunos se presentan grandes dificultades para garantizar derechos reproductivos, en especial para la población adolescente y joven. En la mayor parte de la región se brinda apoyo y contención a la planificación familiar. Algunos países (Bahamas, Barbados, Belice, Costa Rica, México y Panamá) no brindan métodos anticonceptivos a menores sin autorización de sus padres y Costa Rica y Honduras tampoco garantizan el acceso a la píldora de emergencia (35). Por otro lado, el acceso a información sobre métodos anticonceptivos dista de ser universal. Según datos recabados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Colombia, en 2015, solo el 65,5% de las mujeres de 15 a 49 años declaró tener información sobre efectos secundarios de métodos anticonceptivos modernos, y más de la mitad de estas declaró no saber qué hacer en caso de presentar dichos efectos (44).

En la medida prioritaria 44 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se pretende “garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia” (36). En efecto, métodos anticonceptivos modernos como la píldora, los implantes, parches, inyectables, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, condones masculinos o femeninos, esterilización masculina o femenina, píldoras de emergencia son muy utilizados en la región. De todas formas, la prevalencia de uso en mujeres casadas o unidas varía según el país que se trate: alrededor del 30% en países como

Guyana (2014) y Haití (2017), a más del 70% en Argentina (2013), Brasil (2013), Colombia (2016), Ecuador (2012), Uruguay (2015) y Cuba (2014).

En cuanto a la distribución de métodos modernos, la esterilización femenina representa más del 40% de los métodos usados por mujeres casadas o unidas y en países como México llega al 55%. La píldora, los implantes y los inyectables son muy usados en la región, excepto en Cuba, México y Argentina. El dispositivo intrauterino (DIU) no está muy presente en los países de la región, sin embargo, es muy usado en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Cuba y México. El método menos utilizado según los últimos datos disponibles de 27 países de Latinoamérica y el Caribe es la esterilización masculina, cuyo porcentaje de participación alcanza alrededor del 5% en Brasil, Costa Rica y Colombia. Honduras es el único país de la región que prohíbe el acceso a anticonceptivos de emergencia; sin embargo, esto no garantiza el pleno acceso en los demás países. Por el contrario, factores como la no gratuidad y la falta de provisión por el estado y los centros de salud públicos actúan como barrera a la utilización de los mismos, en especial por parte de la población joven y con menores recursos económicos. Países como Guatemala, Costa Rica, Brasil y El Salvador manifestaron la necesidad de avanzar en el acceso a estos métodos (35).

La muerte por abortos inseguros es una de las principales causas de mortalidad materna (9,9%) en la región (50). La calidad del procedimiento al que se someten las mujeres al realizarse un aborto está condicionada a factores socioeconómicos que determinan si será un procedimiento seguro, llevado a cabo por profesionales idóneos y en condiciones de salubridad, o si será en condiciones peligrosas y riesgosas. En general, la población joven es más vulnerable. Según estimaciones, de 3.6 millones de embarazos adolescentes en el año 2016, el 39% terminaron en aborto, y gran parte en condiciones inseguras (51). Por otra parte, la tasa de abortos en condiciones de riesgo es superior a la presentada en el resto del mundo, siendo de 31 por 1000 y de 22 por 1000, respectivamente; presentando a su vez una razón de mortalidad materna por abortos riesgosos tres veces superior, de 10 y 3 por 100,000 nacidos vivos, respectivamente (50). Desde el enfoque de curso de vida, es fundamental que los países promuevan planes, programas y leyes que protejan la salud biopsicosocial de las mujeres y personas gestantes que no desean transitar un embarazo.

Los países en América Latina y el Caribe en los que el aborto es legal en cualquier situación son Argentina, Uruguay, Cuba, Guayana, Guyana Francesa, Puerto Rico y México (sólo en algunos estados). Según cifras oficiales de Uruguay, en 2016, cuatro años después de la despenalización, la tasa de abortos fue de 12 cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años, ubicándose entre las más bajas del mundo (40). Una de las principales debilidades del acceso a interrupciones voluntarias del embarazo es el uso del recurso de objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud en ciertas localidades, aunque la ley garantiza que los centros de salud deben trasladar a la persona gestante a otro establecimiento donde pueda realizarse la práctica (35).

Existe evidencia de que son las mujeres de menores recursos económicos son las que presentan mayores tasas de fecundidad adolescente, lo que sumando a la desafiliación educativa, la carga de cuidados y la precarización laboral, profundiza la desigualdad y la vulnerabilidad a la que ellas y sus hijos e hijas se enfrentan (52). Esto marca una necesidad latente de políticas que informen y faciliten a que estas mujeres experimenten transiciones deseadas y favorables para su futuro. En países como Cuba, Uruguay, Argentina y Chile, medidas como el acceso a métodos anticonceptivos y de emergencia modernos; a espacios amigables y al aborto permitieron aumentar el acceso a la anticoncepción desde el inicio de la vida sexual (35). Colombia también presenta un caso de buena práctica, ya que redujo la maternidad adolescente aun cuando la iniciación sexual y las uniones adolescentes aumentaron, a causa de la implementación de medidas que facilitaron el acceso a métodos anticonceptivos modernos y la satisfacción de necesidades de planificación familiar desde el inicio de la vida sexual (44).

Como se mencionó anteriormente, la trayectoria de vida involucra distintos ámbitos inter-independientes que a su vez se relacionan con etapas de la vida. Generalmente, en las primeras etapas de vida, las personas transitan la escolaridad; luego, en una etapa media participan del mercado laboral; y en la etapa de vejez, se jubilan. No obstante, hay sesgos que dificultan estas trayectorias para ciertos grupos poblacionales. Este es el caso, por ejemplo, de las mujeres que por un sesgo de género son más propensas a dedicar su tiempo a actividades no remuneradas que se desarrollan dentro del hogar que a acceder al mercado laboral. Según datos de CEPAL, en 2019 el 26% de las mujeres de América Latina no

contaba con ingresos propios, mientras que para los varones este porcentaje era del 11% (34).

Incluso cuando las mujeres acceden al mercado laboral, sus trayectorias laborales cuentan con más interrupciones, y son más propensas a enfrentar condiciones de precariedad e informalidad (con la falta de derechos y garantías que esto supone). Aun cuando se desempeñan en el mercado formal, mecanismos como las brechas salariales y segmentación laboral las ubican en condición de desigualdad respecto a los varones. Esto sin dudas tiene impactos en el futuro de estas mujeres, ya que están más expuestas a eventualidades o a padecer condiciones de pobreza en situaciones de crisis económicas, condición que se mantienen durante la vejez.

A partir esto, los países acordaron “Impulsar leyes y desarrollar y fortalecer políticas públicas de igualdad laboral que eliminen la discriminación y las asimetrías de género en materia de acceso a empleos decentes y permanencia en ellos, remuneraciones y toma de decisiones en el ámbito laboral, y que reconozcan el valor productivo del trabajo doméstico no remunerado y de cuidado” en la medida prioritaria 54 del Consenso de Montevideo (36).

Según el informe de avances en la implementación de medidas, todos los países han realizado avances en cuanto a políticas de empleo, en especial relacionadas con facilitar en primer ingreso al mercado laboral (36). En particular, mencionan tener como objetivo contribuir a que jóvenes que no estudian ni trabajan de manera remunerada puedan conseguir empleo, destacando que la mayor parte de este sector de la población está conformado por mujeres. Cabe observar, que algunos países llevan adelante programas y planes enfocados particularmente en mujeres y/o madres. Un ejemplo de esto es Chile, en donde desde 2007 funciona el programa Mujeres Jefas de Hogar, pensado para contribuir a la inserción y permanencia laboral de mujeres de 18 a 56 años que tienen responsabilidades en la contribución económica de sus hogares. Este programa ofrece capacitaciones, nivelación de estudios, alfabetización digital, intermediación laboral, cuidado infantil y acceso a salud odontológica, entre otros (53).

Con motivo de reducir la segmentación de ocupaciones por sexo, en Chile y Argentina, se apunta a incorporar mujeres a sectores comúnmente ocupados por varones, como son los vinculados a ciencia, tecnología, ingeniería, arte y

matemáticas. En Chile existe la feria Ingeniosas y en Argentina el programa Nuevos Oficios para Mujeres y la campaña Chicas Programadoras (35).

En orden de reconocer las tareas domésticas y de cuidados no remuneradas, Ecuador aprobó la Ley Orgánica para la Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar (2015), que incorpora al sistema de seguridad social a amas de casa, y modifica condiciones de contratación, despido y estabilidad laboral a las mujeres, incluidas garantías en caso de despido a mujeres embarazadas.

Un caso a destacar son las licencias por paternidad en Cuba enfocadas a promover una corresponsabilidad en los cuidados que empodere a las mujeres. A partir del Decreto Ley 234 (2003), la madre (quien además cuenta con una licencia postnatal de 12 semanas) y el padre pueden acordar quién tomará la licencia por 365 días desde el nacimiento del menor. A partir de 2017 estos derechos fueron extendidos a abuelas, abuelos u otros familiares (54).

### **Políticas para la vejez**

En el momento de realización de este capítulo, los países están redactando sus informes de avances respecto al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Como el mismo menciona, la Década del Envejecimiento Saludable se enfoca en tres líneas prioritarias: promover cambios en los estereotipos, prejuicios y mecanismos de discriminación a causa de la edad; proporcionar una atención integral a los problemas de salud de las personas mayores, e implementar sistemas de cuidados de largo plazo para atender a las personas mayores que lo necesiten.

El envejecimiento poblacional es un hecho que está ocurriendo en todo el mundo, aunque con diferencias regionales en cuanto a ritmos y tiempos. Este fenómeno demográfico impacta en el ámbito económico, social, en la salud y en la cultura de la sociedad. La prolongación de la vida de las personas, si bien a menudo es vista como una amenaza, no es sino un éxito en la historia de la humanidad, pero para la cual la sociedad no se ha preparado adecuadamente. Sin embargo, son cada vez más los países que apuntan a políticas de asistencia y mejora de las

condiciones en las que se transita la vejez, tomando en cuenta la transición demográfica que enfrenta la región.

Se necesita contar con sistemas de seguridad social que garanticen la protección de las personas en esta etapa de la vida. A través de estos, las personas pueden evitar situaciones de pobreza monetaria y contar con ingresos que les permitan distribuir sus posibilidades de consumo a lo largo del ciclo de vida. Esto facilita transitar vidas saludables y plenas en su etapa laboral pasiva. A pesar de esto, muchas personas alcanzan la vejez sin cotizar seguros o pensiones, como en el caso de mujeres que dedicaron parte de su vida a realizar tareas domésticas y de cuidado no remuneradas. En relación a lo mencionado, la medida prioritaria 32 del Consenso de Montevideo insta a “Ampliar los sistemas de protección y seguridad social, con perspectiva de género, incorporando a las mujeres que han dedicado sus vidas al trabajo productivo, trabajadoras domésticas, mujeres rurales y trabajadoras informales” (36).

Algunos países han hecho avances en transferencias no condicionadas, para evitar que personas sin acceso a jubilación y/o pensiones se encuentren en situación de pobreza o indigencia (Argentina, Colombia, Chile, Estado Plurinacional de Bolivia, Uruguay, entre otros).

En Argentina se creó el Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados y la Pensión Universal para el Adulto Mayor para personas mayores de 65 años que no percibieran otro beneficio (37). Desde 2012, en Colombia se entregan subsidios directos e indirectos a través del Programa “Colombia Mayor”. Los primeros, tienen como receptores a personas mayores que no utilizan Centros Diurnos, ni son residentes de resguardo indígena ni de Centros de Bienestar del Adulto Mayor. En estos casos, se hace entrega mensual de efectivo y se brindan servicios sociales complementarios, como educación, deporte, ocio productivo, turismo, entre otros. Los subsidios indirectos, por su parte, contemplan entregas de efectivo y servicios sociales básicos (alojamiento, alimentos y medicamentos) a residentes de resguardo indígena, de Centros de Bienestar o que utilizan Centros Diurnos (53).

El caso chileno de Pensión Básica Solidaria cubre desde 2008 a personas mayores de 65 años en situaciones de vulnerabilidad social que no cumplen con requisitos

para acceder a un régimen previsional (53). Este programa, se enfoca principalmente en las mujeres, población que por dedicarse a tareas no remuneradas, suele encontrar mayores trabas para acceder a pensiones en la vejez (35).

El programa de Pensiones no contributivas por vejez e invalidez de Uruguay data de 1919 y marca un precedente histórico en la asistencia a personas mayores. Actualmente la cobertura es para mayores de 70 años, y desde 2007 también incluye a personas de entre 65 y 70 años que no cuentan con una prestación de seguridad social. Según datos del informe sobre implementación del Consenso de Montevideo, para 2016 el 87,9% de las personas de 65 años y más estaban amparadas por el sistema de seguridad social uruguayo: en cuanto a jubilaciones, las percibían el 84,6% de los varones mayores y el 63,7% de las mujeres mayores; en cuanto a pensiones, el porcentaje de varones perceptores era mucho menor que para las mujeres (7,2% y 49,5%, respectivamente).

La modificación de estructura por edades con un aumento de la población de personas mayores, con el consecuente crecimiento de la demanda de servicios de salud, asistencia social y atención y cuidados exige que los países tomen medidas de mediano y largo plazo que atiendan al envejecimiento desde un enfoque de derechos, empoderamiento y no discriminación. La medida prioritaria 26 del Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo, dispone “Adecuar las políticas de salud a los desafíos del variado y cambiante perfil epidemiológico resultante del envejecimiento y la transición epidemiológica, reforzando la lucha para erradicar las enfermedades transmisibles e implementando acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas tradicionalmente denominadas no transmisibles” (36).

Además del aporte económico que las pensiones a personas mayores brindan al bienestar y la salud en otros casos, los países han avanzado hacia soluciones más integrales. Siguiendo a la medida prioritaria 30 del Consenso de Montevideo de población y desarrollo que llama a “Promover el desarrollo de prestaciones y servicios en seguridad social, salud y educación en los sistemas de protección social destinados a las personas mayores que avancen en calidad de vida,

seguridad económica y justicia social”, algunos países presentaron propuestas de salud integral como complemento de medidas económicas. Este es el caso de Argentina, Cuba, México y Uruguay.

En Argentina, como complemento a los programas mencionados previamente, se brinda a mayores de 65 años sin jubilación, acceso a un Programa de Atención Médica Integral (37).

Por su parte, México ideó una Política Institucional para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores cuyos objetivos incluyen contribuir al desarrollo integral gerontológico de las personas; Impulsar la participación activa de las personas adultas mayores en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad; promover nuevas oportunidades de trabajo remunerado y de participación en la vida familiar y comunitaria; hacer a las personas mayores actores partícipes de su autocuidado para mejorar la calidad de vida, su bienestar e integración al núcleo familiar, comunidad y sociedad. Para alcanzar estos objetivos, se llevan a cabo acciones como la creación de bibliotecas comunitarias, creación de alternativas de empleo para aprovechar la experiencia de pensionados, como en el caso del Programa de Apoyo a Menores Infractores en Centros de Readaptación Social, en el que maestros jubilados asesoran a los menores (42).

En 2007 Uruguay realizó la reforma del sistema sanitario (Ley N°18.211) con el objetivo de atacar problemas presentes previamente en el país, entre los que se mencionan las brechas según capacidades de pago; la inestabilidad de los pacientes en cuanto a la relación con instituciones de la salud; la falta de financiamiento de medicamentos de altos precios; el cierre sistemático de instituciones privadas de salud (55). A través de esta reforma se creó el Seguro Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que financia la cobertura de los trabajadores y trabajadoras, de sus familias, y se extiende a los pasivos. Para 2016, el Seguro Nacional de Salud alcanzó a 2.535.598 afiliados, de una población nacional de 3,3 millones de personas, aproximadamente (40).

El caso de Cuba es particularmente importante en este punto, ya que presenta una transición demográfica más avanzada que sus pares en la región; situación a la cual respondió con medidas que involucran de manera transversal el respeto por las personas mayores, cuidados de largo plazo, seguridad social, y atención de

salud integral. Cuba informó su Plan Nacional de Atención Integral que combina acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en un marco de articulación entre el sector de salud y el Estado con el objetivo de elevar la calidad del sistema sanitario tomando como figura central a la comunidad, la familia y la persona mayor.

Se combinan pensiones con cobertura de tareas de atención y cuidado a personas dependientes. A una parte de los más de 1,5 millones de personas que reciben pensiones de seguridad social, se les realiza en pago total o parcial de servicios de asistencia social a domicilio, servicio interno en hogar de ancianos y servicio de casas de abuelos (43).

Las políticas de cuidado han tomado relevancia a partir de la mayor demanda de cuidados que impone la transición demográfica y que cada vez será mayor. En la región, las personas de 60 años y más representan un 13% de la población total, con marcada heterogeneidad entre los países: en Cuba, Uruguay, Chile y Argentina un quinto de su población tiene 60 años o más, mientras que países de Centroamérica y el Caribe, Guatemala, Honduras, Haití y Nicaragua, el proceso se encuentra en una fase muy inicial, por debajo del promedio de la región.

Por esto, en el Consenso de Montevideo, los países acordaron llevar a cabo acciones para “Incluir el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores, y garanticen los derechos, la dignidad y el bienestar de las familias y las personas mayores”. En relación a este último punto, cabe observar que los cuidados de las personas mayores, además de necesarios desde un enfoque de derechos y de desarrollo humano, de la manera en la que están organizados en la actualidad, presentan un componente de desigualdad de género, al recaer casi exclusivamente en las mujeres. En el 86% de los casos, el cuidado de las personas mayores es realizado por la esposa, hija o nuera. Según encuestas de uso del tiempo, en México y Costa Rica las mujeres destinan más de 50 horas semanales a trabajo no remunerado, dentro del cual se incluye el cuidado de personas mayores dependientes (35).

Más aún, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los varones, lo que lleva a la feminización de la vejez con los impactos y necesidades de políticas

consecuentes. Las mujeres tienen menores ingresos, ahorros, acceso a sistemas de pensiones, y son además quienes más se encargan de los cuidados, incluso a edades avanzadas. Por ejemplo, en Colombia, para 2015, el 83,9% de las personas cuidadoras eran mujeres, siendo el 16,7% de 60 años o más.

Algunos casos de buenas prácticas en la región involucran al Sistema Nacional Integrado de Cuidados del Uruguay, a la experiencia de formación de las escuelas de cuidadores de Cuba y a programas referidos a las tareas de cuidados en Argentina. Uruguay constituye una experiencia de reorganización de las tareas de cuidado entre agentes de la sociedad, que pretende quitar la carga de los hogares y distribuir las responsabilidades entre familia, comunidad, Estado y mercado. Para esto, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) se implementaron servicios de teleasistencia domiciliaria, centros de día y de larga estadía y asistencia personalizada (Gobierno del Uruguay, 2017).

Argentina menciona al Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, que a través de la capacitación de cuidadores domiciliarios se propone evitar institucionalizaciones innecesarias de quienes presentan patologías crónicas y/o terminales, mejorando su calidad de vida; el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios en el cual se cuenta con información actualizada de la formación de cuidadores; el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida para Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias que capacita profesionales en contacto con estas personas; el Programa la Experiencia Cuenta, por el que personas mayores conocedoras de ciertos oficios tradicionales podrán transmitir sus conocimientos a jóvenes; y el programa Residencias de Larga Estadía para personas de 60 años o más que se encuentren en situación de vulnerabilidad social o con algún grado de dependencia y que no cuenten con posibilidades de autocuidado ni por parte de algún familiar o personal capacitado (37).

El caso de Cuba hace referencia a la capacitación de familiares para realizar tareas de cuidado de personas dependientes. Se han creado escuelas de cuidadores que cuentan con un equipo multidisciplinario dedicado a formar a estos cuidadores (43).

Finalmente, el menor acceso al mercado laboral por parte de mujeres y la mayor interrupción de sus trayectorias laborales por la dedicación a tareas domésticas y

de cuidado no remuneradas, hacen tengan menor acceso a derechos jubilatorios en la vejez (56). Algunos países han hecho avances respecto al reconocimiento y valoración del aporte del trabajo no remunerado al bienestar de la sociedad. En Uruguay y Argentina se avanzó en contabilizar los años que se dedicaron a tareas de reproducción social y compensar de alguna manera a esas mujeres, a partir del reconocimiento como años de aportes al sistema previsional. En Uruguay se contabiliza un año de trabajo por hijo hasta un máximo de cinco, y en Argentina (2021) se contabiliza un año de aporte por hijo y dos por hijo adoptado, para casos de mujeres que no pueden acceder a jubilaciones por falta de años trabajados en el mercado laboral. Estas medidas pueden evitar que la desigualdad existente en el mercado laboral derive en un desigual acceso a protecciones básicas en la vejez (56).

## **Conclusiones**

El envejecimiento demográfico es un proceso a escala global, pero cuyo ritmo difiere de acuerdo a la región o país considerados. Actualmente, América Latina y el Caribe es la región en la que este proceso está ocurriendo con mayor rapidez, lo que supone importantes implicancias sociales, económicas y de salud pública. Dado este contexto, no resulta suficiente poner el foco únicamente en la vejez o en el debate sobre el futuro de los sistemas de jubilaciones y pensiones, sino que es imprescindible incorporar el enfoque del curso de vida en la agenda política. Este enfoque ofrece una mirada integral del proceso de envejecimiento, dado que considera que el bienestar en la vejez depende del contexto socioeconómico e histórico, y de los cambios y experiencias que viven las personas en todas y cada una de las etapas de su vida.

Desde la perspectiva del curso de vida, diversos países de la región han llevado a cabo en los últimos años numerosos avances en términos de salud. El Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo es, en este sentido, un importante referente de las principales temáticas que los países han ido atendiendo, y aún deben atender, para garantizar el cumplimiento de los derechos, el bienestar y la dignidad en la vejez, y la sostenibilidad del desarrollo.

Así como se ha avanzado en diversas áreas, todavía persisten múltiples desafíos en los que deben concentrarse los esfuerzos en los próximos años. En primer lugar, se identifica la necesidad de implementar políticas que aborden la salud de las personas mayores de manera holística, integrando la vejez a las etapas previas de la vida. Para lograr un envejecimiento saludable, es necesario que las personas cuenten con oportunidades de desarrollo desde la primera infancia. En segundo lugar, en relación a la educación sexual integral, resulta primordial avanzar en resolver limitaciones de contenidos, aplicación y financiación. Respecto a los contenidos, es necesario incorporar a la currícula (y garantizar su cumplimiento) tópicos vinculados a la visibilización, respeto e igualdad de las personas sin distinción alguna de género, diversidad y/o identidad sexual, evitando restringir la educación a temáticas de enfermedades de transmisión sexual y salud sexual y reproductiva. En tercer lugar, como el empoderamiento de las mujeres es un requisito para enfrentar los desafíos del rápido envejecimiento poblacional, además de representar un gran avance en términos de igualdad de derechos, son necesarias más y mejores estrategias con perspectiva de género. Por ejemplo, la implementación de licencias paternales que promuevan un mayor compromiso de varones en paternidades activas, presentes y responsables les daría a las mujeres mayores oportunidades de ingreso al mercado laboral (o al segmento formal en caso de que trabajaran en la informalidad por razones de flexibilidad horaria). También es clave reforzar y mejorar la atención en lo referente a la salud sexual y reproductiva, garantizando el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos y de emergencia, así como también a prácticas de aborto seguro, de ser necesario.

Se han identificado pocas experiencias de pensiones universales para personas mayores y menos aún experiencias de reformas de sistemas previsionales con perspectiva de género. Las mujeres son quienes tienen menores ingresos y capacidad de ahorro, lo que deriva en menores posibilidades de garantizar seguridad y estabilidad financiera en la vejez, y también son las que tienen una mayor esperanza de vida (feminización de la vejez). Por consiguiente, resultan necesarias acciones referidas a la reorganización y el reconocimiento social de las tareas de cuidado que permitan aliviar la carga de los hogares en general, y de las mujeres en particular, aunque aún es escasa la labor en este sentido. Las

acciones en el ámbito de salud, educación y empleo deben acompañarse de reformas en los sistemas de jubilaciones y pensiones, garantizando la igualdad de género.

La transición demográfica que enfrenta la región exige medidas que permitan afrontar y disminuir la pobreza y desigualdad entre naciones y al interior de las mismas. Ambos factores resultan fuertes impedimentos para el desarrollo de las personas, la buena calidad de vida, de educación, salud y, finalmente, para el bienestar en la vejez. La erradicación de la pobreza debe estar siempre en el centro de la discusión y de la elaboración de políticas.

La escasez de estudios longitudinales, sobre todo de largo plazo, es uno de los grandes desafíos que deben enfrentar los países de la región. El diseño y puesta en práctica de encuestas longitudinales resulta imperante para la elaboración, implementación y monitoreo de políticas públicas en general, y en especial de aquellas que incorporen el enfoque del curso de vida en su diseño. Hasta cerrar las brechas en el acceso y disponibilidad de datos y cubrir este déficit de información longitudinal, y también como complemento de esta última, es necesario mejorar la continuidad de los relevamientos y la calidad de los datos recogidos en las encuestas transversales. Además, continúa siendo una prioridad la generación de información oportuna y confiable para la población indígena y afrodescendiente, dada la extrema vulnerabilidad a la que está expuesta este grupo.

La pandemia de COVID-19 ha golpeado duramente a América Latina y el Caribe, tanto en términos socioeconómicos como de salud. Con el transcurso de la pandemia se ha hecho evidente la falta de preparación de los sistemas de salud para atender adecuadamente a los adultos mayores. Además, y de acuerdo al enfoque del curso de vida, es probable que el colapso de los sistemas de salud, la menor frecuencia de controles prenatales, la caída en la realización de actividad física, el aumento del desempleo, pobreza y desigualdad, entre otros factores, tengan un impacto en la trayectoria de vida de los niños nacidos en pandemia. De allí la importancia de incorporar una perspectiva de curso de vida en la labor estratégica y programática de los decisores, asesores y representantes.

En relación a esto último, la inversión en los jóvenes resulta central para paliar los efectos adversos que la pandemia podría provocar en el curso de vida de las generaciones de 2020 y 2021. Las políticas de promoción de empleo para mejorar los ingresos en esa etapa, así como también los planes de salud especiales para estos grupos de la sociedad son necesarios para garantizar una buena calidad de vida y un envejecimiento saludable. Dado el contexto actual de rápido envejecimiento, es vital invertir en la juventud, y no solo en las personas adultas mayores, ya que lo primero genera beneficios para la generación actual, para los adultos mayores del futuro y para la generación venidera.

### Bibliografía

1. Fulop T, Larbi A, Khalil A, Cohen A, Witcowsky J. Are we ill because we age? *Front. Physiol.* 2019;(10).
2. Carnes B. What is lifespan regulation and why does it exist? *Biogerontology.* 2011;(12).
3. Steves C, Spector T, Jackson S. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing.* 2012; 41(5).
4. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington: OMS; 2015.
5. WHO. Global Report on Ageism. Global Campaign to Combat Ageism Washington: WHO; 2021.
6. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin F, Reginster JY. Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *J Gerontol Ser A.* 2018; 73(12).
7. OPS/OMS. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicaciones en la salud pública Washington: OPS; 2021.
8. Marengoni A, Calderón-Larrañaga A. Health inequalities in ageing: towards a multidimensional lifecourse approach. *The Lancet Public Health.* 2020; 5(7).
9. Kuh D. A life course approach to healthy ageing. In *Prevention of chronic diseases and age-related disability.* En Michel J. *Prevention of Chronic Diseases and Age-Related Disability.*: Springer; 2019. p. 1-9.

10. Ben-Shlomo Y, Cooper R, Kuh D. The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing. *International Journal of Epidemiology*. 2016; 45(4).
11. Giele J, Elder G. *Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
12. Settersten R. Aging and the life course. En Binstock R, George L(). *Handbook of Aging and the Social Sciences.*: Elsevier.
13. Bengtson V, Elder G, Putney N. The Lifecourse Perspective on Ageing: Linked Lives, Timing, and History. En *Adult Lives: A Life Course Perspective*. New York: Cambridge University Press; 2005. p. 493-509.
14. Kuh D, Cooper R, Hardy R, Richards M, Ben-Shlomo Y. *A life course approach to healthy ageing*. Oxford: OUP; 2013.
15. Hanson MA CCASAERCGBJ. Developmental aspects of a life course approach to healthy ageing. *The Journal of Physiology*. 2016; 594(8).
16. Vaupel J, Carey J, Christensen K, Johnson T, Yashin A, Holm N. Biodemographic trajectories of longevity. *Science*. 1998; 280(5365).
17. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011; 5(8).
18. Elder G. Lives and social change. En Heinz W(). *Theoretical Advances in Life Course Research. Status Passages and the Life Course*, vol. I. Weinheim: Deutscher StudienVerlag.; 1991.
19. Alwin D. Life course, life cycle, life history, life span and life stage. En Runehov ALC OL(). *Encyclopedia of sciences and religions*. Dordrecht: Springer; 2013.
20. Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D. *A life course perspective on health trajectories and transitions*. Springer , editor.; 2015.
21. Ben-Shlomo Y. Life course, exposure, and ageing populations. En *Oxford Textbook of Neurologic and Neuropsychiatric Epidemiology*, 21.; 2020.
22. Cable N. Life course approach in social epidemiology: an overview, application and future implications. *Epidemiology*. 2014; 24(5).
23. Hunt S. *The life course: A sociological introduction.*: Macmillan International Higher; 2016.
24. Pickard S. *Age studies: A sociological examination of how we age and are aged through the life course*. Sage , editor.; 2016.

25. UNFPA. Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío. Resumen Ejecutivo. New York: UNFPA; 2012.
26. Uhlenberg P. Mutual attraction: demography and life-course analysis. *Gerontologist*. 1996; 36(2).
27. Hagestad GO DP. Structuration of the life course: Some neglected aspects. En *Handbook of the life course*. Cham: Springer; 2016. p. 131-157.
28. Elder G. Age, cohorts and the life course. En *Handbook of the life course*. Cham: Springer; 2016. p. 59-94.
29. Almond D. Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population. *Journal of Political Economy*. 2006; 114(41).
30. Ferraro K. Life course lens on aging and health. En *Handbook of the life course*. Cham: Springer; 2016. p. 389-406.
31. Haas S, Oi K, Zhou Z. The Life Course, Cohort Dynamics, and International Differences in Aging Trajectories. *Demography*. 2017;(54).
32. Haas S, Oi K. The developmental origins of health and disease in international perspective. *Social Science & Medicine*. 2018;(213).
33. OMS. Construyendo la salud en el curso de vida: OMS; 2018.
34. CEPAL. Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG). [Online]. Disponible en: <https://www.eclac.cl/>.
35. CEPAL. Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/6) Santiago: CEPAL; 2019.
36. CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Montevideo: CEPAL; 2013.
37. Gobierno de la Argentina. "República Argentina. Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Versión preliminar para ser incluida en el informe de seguimiento regional". Buenos Aires.
38. Poder ejecutivo. Decreto N° 446/2011. Asignación por Embarazo para la Protección Social. [Online].; 2011.. Disponible en: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_argentina\\_0828.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0828.pdf).

39. Poder ejecutivo. Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia N° 27.611. [Online].; 2021.. Disponible en:  
[https://oig.cepal.org/sites/default/files/2020\\_ley27611\\_arg.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2020_ley27611_arg.pdf).
40. Gobierno del Uruguay. “Informe nacional: avances en la implementación del Consenso de Montevideo”, documento preparado para la Reunión Extraordinaria de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Santiago.
41. Ministerio de Desarrollo Social. Informe de transición. Dirección Nacional de Uruguay Crece Contigo..
42. Gobierno de México. “Informe nacional sobre el avance en la implementación del: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”..
43. Gobierno de Cuba. “Cuba: informe a la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe”. La Habana.
44. Gobierno de Colombia. “Informe nacional voluntario sobre avances en la implementación: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”. Bogotá.
45. Gobierno de México. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe 2020..
46. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Santiago.
47. Biramotes T, Conde A, Macari A, Ribeiro L, Villagrán A, Maneiro C. Evaluación del Programa de Educación Sexual: ANEP/PES/UNPFA; 2017.
48. OPS. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
49. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights] Ginebra: OMS; 2019.
50. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe..
51. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional abortion levels and trends..

52. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Colombia. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Oficina de país en Colombia. Bogotá. UNFPA; 2020.
53. CEPAL. Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe. [Online]. Disponible en: <https://dds.cepal.org/bpsnc/ps>.
54. UNICEF. Padre desde el principio: UNICEF; 2018.
55. Ministerio de Salud Pública. Jornada de intercambio: A diez años de la Reforma Sanitaria..978-9974-8602-0-9.
56. Arza C. El diseño de los sistemas de pensiones y la igualdad de género. Santiago: Naciones Unidas.
57. Naciones Unidas - Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics. World Population Prospects 2019. [Online]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
58. Comisión Económica para América Latina [CEPAL] - CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas de CEPAL: CEPALSTAT. [Online]. Disponible en: [https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e).
59. UNESCO - Institute for Statistics (UIS). Reducing global poverty through universal primary and secondary education. EFA Global Education Monitoring Report. 2017;(Policy Paper 32/ Fact Sheet 44.).
60. Banco Mundial. Banco de datos. [Online]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador>.
61. CEPAL - División de Desarrollo Social. La matriz de la desigualdad social en América Latina. Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe Santiago de Chile: CEPAL; 2016.
62. OIT- ILOSTAT. Organización Social del Trabajo. [Online]. Disponible en: [https://ilostat.ilo.org/?locale=es&\\_afrLoop=1374488163127159#!%40%40%3Flocale%3Des%26\\_afrLoop%3D1374488163127159%26\\_adf.ctrl-state%3D1acdvg3f7\\_57](https://ilostat.ilo.org/?locale=es&_afrLoop=1374488163127159#!%40%40%3Flocale%3Des%26_afrLoop%3D1374488163127159%26_adf.ctrl-state%3D1acdvg3f7_57).
63. EUSTAT. Longitudinal Surveys methodology. Seminario Internacional de estadística en Euskadi. 2005;(45).

64. Observatorio de Seguridad Social de América Latina y el Caribe (OSS), BID. Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS).
65. Subsecretaría de Previsión Social, Gobierno de Chile. Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario (ENCAVIDAM). [Online]. Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/biblioteca/encuesta-de-proteccion-social/encuesta-de-calidad-de-vida-del-adulto-mayor-e-impacto-del-pilar-solidario-encavidam/>.
66. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), Universidad Iberoamericana (UIA) y Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNViH). [Online]. Disponible en: <http://www.ennvih-mxfls.org/index.html>.
67. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES). Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). [Online]. Disponible en: <https://coes.cl/encuesta-panel/>.
68. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social. Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI). [Online]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-primeraronda>.
69. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM). [Online]. Disponible en: [http://www.enasem.org/index\\_Esp.aspx](http://www.enasem.org/index_Esp.aspx).
70. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES). [Online]. Disponible en: <http://www.creles.berkeley.edu/>.
71. CEPAL. Propuesta de Indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Lima: CEPAL; 2018.
72. BID. Bases de datos originales. [Online]. Disponible en: <https://microdatos.iadb.org/node/8>.
73. CEPAL, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). “Encuestas de ingresos y gastos de los hogares: experiencias recientes en América Latina y el Caribe”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2021/49) Santiago de Chile: CEPAL; 2021.
74. BID. Sociómetro-BID. [Online]. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/investigacion-y-datos/fuentes-utilizadas%2C18198.html>.

75. INDEC. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT). [Online].  
Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-31-117>.
76. CONAPRED, Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI).  
Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS). [Online].  
Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/>.
77. INE. Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ). [Online].  
Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/encuesta-nacional-de-adolescencia-y-juventud>.
78. CNCLVD; Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, INE. Primera  
Encuesta Nacional de Prevalencia sobre la Violencia Basada en Género y  
Generaciones (PENPVBGG). [Online]. Disponible en:  
<http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/362>.
79. INE, Ministerio del Interior. Encuesta Nacional de Victimización de  
Uruguay (ENV). [Online]. Disponible en:  
<https://www.ine.gub.uy/victimizacion>.
80. INDEC, Ministerio de Seguridad de la Nación. Encuesta Nacional de  
Victimización de Argentina. [Online]. Disponible en:  
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-27-137>.
81. Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), INEGI. Encuesta  
Nacional de Trabajo Infantil (ENTI). [Online]; 2019. Disponible en:  
[https://www.inegi.org.mx/programas/enti/2019/#Datos\\_abiertos](https://www.inegi.org.mx/programas/enti/2019/#Datos_abiertos).
82. INE, OIT. Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI) de Uruguay.  
[Online]. Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/encuesta-nacional-de-trabajo-infantil>.
83. Ministerio de Trabajo de Nicaragua, OIT. Encuesta Nacional de Trabajo  
Infantil y Adolescente (ENTIA) en Nicaragua. [Online]. Disponible en:  
[https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS\\_IPEC\\_PUB\\_5008/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS_IPEC_PUB_5008/lang--es/index.htm).
84. MTEySS - INDEC. Encuesta de actividades de niñas, niños y  
adolescentes (EANNA). [Online]. Disponible en:  
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-31-63>.
85. OCDE. Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos de la  
OCDE (PISA). [Online]. Disponible en: <https://www.oecd.org/pisa/pisa-en-espanol.htm>.
86. Departamento de Ciencia Política. FCS-UdelaR. Programa de Estudios  
Parlamentarios. [Online]. Disponible en:  
<https://parlamentodata.com/acerca-de/>.

87. Ollin. Jóvenes en Movimiento, A.C. [Online]. Disponible en: <https://www.yosoyjoven.com/>.
88. Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). Programa de Educación Sexual (PES). [Online]. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Presentaci.pdf>.
89. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Asociación Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Online]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>.
90. Instituto Nacional de Estadística. Encuestas de Demografía y Salud. [Online]. Disponible en: <https://www.ine.gov.bo/index.php/encuesta-de-demografia-y-salud/>.
91. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Encuesta Nacional de Cuidados Paliativos (ENCP). [Online]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desarrollo-cuidados-paliativos-uruguay-resultados-encuesta-nacional>.
92. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM). [Online]. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/encaviam/doc\\_utilizacion\\_ENCaViAM%202012.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/encaviam/doc_utilizacion_ENCaViAM%202012.pdf).
93. Ministerio de Desarrollo Social. Programa Nacional de promoción de la autonomía personal y accesibilidad universal para adultos mayores. [Online]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/programas/autonomiayaccesibilidad>.
94. INEGI, IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS). [Online]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog>.
95. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Encuesta de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS). [Online]. Disponible en: <https://www.trabajo.gob.ar/estadisticas/enapross/index.asp>.
96. OIT. Encuesta de Seguridad Social (SSI). [Online]. Disponible en: <https://qpss.ilo.org/>.
97. Barker D. Mothers, babies and health in later life. New York: Churchill Livingstone; 1998.
98. INDEC. La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina. Buenos Aires: INDEC; 2003.

99. Feres C, Medina F. Hacia un sistema integrado de encuestas de hogares en los países de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL.