LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: AVANCES Y DESAFÍOS

CAPÍTULO C

Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

Nélida Redondo[1] - Carolina Guidotti[2] - Sagrario Garay[3] - Verónica Montes de Oca[4]

Las personas mayores y de edad extrema conforman los grupos que más crecen en las poblaciones de los países latinoamericanos. Sin embargo, la evolución demográfica y epidemiológica presenta notorias diferencias en la región: mientras los países del Cono Sur y Cuba transitan desde temprano el cambio de la estructura de edades de sus poblaciones, otros, como México o Brasil, las iniciaron en la segunda mitad del siglo pasado; y finalmente, algunos países, por ejemplo, Bolivia o Paraguay, comenzaron su transición demográfica en las últimas décadas.

En consonancia con la evolución demográfica, el establecimiento de instituciones de bienestar para la vejez en los países latinoamericanos ha seguido también distintas trayectorias: mientras los países del Cono Sur poseen antiguos y extensos sistemas de protección, otras naciones que están avanzando rápidamente hacia el envejecimiento pronunciado y la longevidad registran importantes fallas en la cobertura social y económica de su población de personas mayores. México es quizás el ejemplo más notorio. El propósito de este documento es ofrecer un marco de referencia e indicadores seleccionados que faciliten el análisis comprensivo de la situación presente y la estimada en el futuro cercano para enfrentar con éxito los desafíos que impone el envejecimiento de la población en los países de América Latina, tal como fueron enunciados en las medidas prioritarias 18 a 32 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina.

Envejecimiento, vejez y edad cronológica

Con respecto a la medida prioritaria 19, debe señalarse que la vejez como una etapa del curso de vida definida a partir de un umbral de edad cronológica es una construcción histórica de la segunda mitad del siglo XX, derivada del funcionamiento de las instituciones de bienestar para la vejez y de la organización del trabajo industrial. En la década de 1950 se extendió a escala global la definición de la vejez como una etapa de la biografía personal que se inicia a partir de una determinada edad cronológica.

[1] Doctora en Ciencias Sociales UBA; Magister en Sociología FLACSO. Directora de Investigaciones de la Fundación SIDOM. nredondo@fundacionsidom.org
[2] Doctora en Demografía de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP). Profesora e Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). cguidotti@psico.edu.uy.
[3] Doctora en Estudios de Población de El Colegio de México. Profesora titular e investigadora en la Universidad Autónoma de Nuevo León. sgarayv@colmex.mx
[4] Doctora en Estudios de Población de El Colegio de México. Investigadora titular en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. vmoiis@gmail.com

Las investigaciones historiográficas sobre la vejez muestran que "[...] las sociedades antiguas no dividían la vida en etapas como lo hacemos nosotros. La vida comienza con la incorporación al mercado de trabajo y termina con la muerte" (Minois, 1987: 18). Hasta la primera mitad del siglo XX, el curso de vida de los trabajadores se organizaba tal como el novelista Priestley lo describe para Bradford (Reino Unido) durante el período transcurrido entre la primera y la segunda guerras mundiales: "Una breve infancia en un extremo y unos pocos, declinantes y aburridos años en el otro extremo. Entre ambos, cinco arduas décadas de trabajo" (citado en Johnson, 2004).

En el mundo contemporáneo, en las regiones y países en los que no se han implantado y extendido las instituciones de bienestar social para la vejez, el curso de vida individual sigue aún la trayectoria descripta por los estudios historiográficos para las sociedades antiguas: una larga vida de trabajo con pocos años de inactividad antes de la muerte. Las medidas prioritarias 30, 31 y 32 del Consenso se proponen extender condiciones de vida equitativas para las personas mayores en todos los países de la región.

CAJA 1

En la actualidad, se discute la validez de la edad cronológica, es decir, la cantidad de años vividos por una persona, para caracterizar la vejez. La edad cronológica es un indicador universal de maduración evolutiva durante la infancia y la primera juventud. En cambio, el curso de vida durante la adultez sigue trayectorias disímiles según el grado de desarrollo de los países, el contexto cultural, el estatus socioeconómico, las condiciones genéticas, entre los múltiples factores sociales e individuales que intervienen para determinar su enorme heterogeneidad.

El cambio en la biografía personal

En la actualidad, en las poblaciones longevas en las que la esperanza de vida supera los 75 años, se amplió el promedio de vida de las personas mayores de modo tal que se distinguen dos grandes perfiles de prácticas y capacidades en la población mayor: a) la denominada "vejez joven" (personas menores a 75/80 años) y b) la denominada "edad extrema", mayores de 75/80 años. La distinción entre ambos perfiles debe tomarse en consideración al estimar las metas prioritarias 26, 27 y 28.

En las poblaciones que cursan las etapas avanzadas de la transición epidemiológica, los fallecimientos tienden a concentrarse en las edades muy avanzadas. En Uruguay y Argentina, por ejemplo, más del 50% de las personas fallecidas en el año 2017 tenían 75 años y más, en tanto en ambos países, la edad en la que se concentró el mayor número de fallecimientos en ambos sexos fue 86 años. En estos escenarios, las enfermedades no transmisibles predominan como causas de los fallecimientos y las trayectorias finales de la vida progresan con multimorbilidades crónicas de variada duración.

En México, en cambio, la transición epidemiológica está más rezagada: los fallecimientos de personas de 75 años y más representaron algo menos del 40% del total de los fallecimientos ocurridos en el país, en tanto la edad modal fue los 77 años. En el caso mexicano, no debe dejar de señalarse el peso de los fallecimientos de hombres jóvenes por causas de homicidios y muertes violentas (Aburto & Beltrán-Sánchez, 2019).

CAJA 2

En los países de la región en los que la esperanza de vida al nacer es menor a 70 años y no existen sistemas de protección social a la vejez, predominan las biografías personales tradicionales, con infancias cortas, largas décadas de trabajo y pocos, declinantes años hacia el final de la vida.

Longevidad de la población y edad prospectiva

En relación con las medidas prioritarias 19 y 25, se debe tener en cuenta que, en la actualidad, una misma edad cronológica no implica similares condiciones individuales y sociales de vida en jurisdicciones que ya alcanzaron 80 años de esperanza de vida que en las que todavía se mantienen expectativas de vida cercanas a los 60 años: las condiciones de salud y la capacidad funcional de personas de una misma edad cronológica varían según la cantidad de años que en promedio, en su contexto social y económico, quedan por vivir.

CAJA 3

Sanderson & Scherbov retoman los aportes de Ryder (1975) y Jacob & Siegel (1993) (citados en Sanderson & Scherbov, 2008 y 2010) y proponen el concepto de "edad prospectiva" (EP) como unidad de medida más apropiada para estimar las cargas de dependencia y comparar la composición de edades de las poblaciones. Desde esta perspectiva, la "edad cronológica" puede ser corregida por la esperanza de vida de manera similar al ajuste por inflación que se realiza sobre las variables financieras.

Desde el enfoque de edad prospectiva (EP), el umbral que indica el pasaje de la adultez a la vejez se define como la edad cronológica en la que hipotéticamente restan quince años esperados por vivir. Se trata, en consecuencia, de un umbral móvil, que varía en consonancia con las variaciones en la esperanza de vida. El umbral móvil resulta más adecuado en los contextos en los que se promueve la jubilación voluntaria, no guillotina, tal como indica las recomendaciones de MIPAA 2002, para captar las situaciones cambiantes asociadas al ingreso y la salida del mercado de trabajo: se supone que, al aumentar la esperanza de vida, se demora el ingreso de los jóvenes y la salida de los adultos del mercado de trabajo.

Con el propósito de exhibir la capacidad del indicador para describir de manera sintética las diferencias entre poblaciones de una misma región, se presenta en la tabla 1 la evolución de los umbrales de edad que marcan el ingreso a la tercera edad o vejez utilizando el enfoque de edad prospectiva (EP).

TABLA 1. Edad cronológica en la que hipotéticamente restan vivir 15 años por país y fechas censales. Argentina, México y Uruguay, 1980–2010

EDAD	Argentina				México				Uruguay			
	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010
60	18,33	19,22	19,87	20,81	19,44	20,58	21,50	22,23	18,69	19,55	20,17	21,47
61	17,63	18,51	19,146	20,07	18,76	19,86	20,74	21,47	17,99	18,85	19,46	20,73
62	16,93	17,79	18,422	19,33	18,08	19,14	19,99	20,72	17,28	18,14	18,74	19,99
63	16,22	17,08	17,698	18,60	17,41	18,42	19,23	19,96	16,58	17,44	18,03	19,25
64	15,52	16,36	16,974	17,86	16,73	17,70	18,48	19,21	15,87	16,73	17,31	18,51
65	14,82	15,65	16,25	17,12	16,05	16,98	17,72	18,45	15,17	16,03	16,60	17,77
66		14,99	15,59	16,45	15,40	16,32	17,02	17,76	14,54	15,39	15,93	17,11
67			14,93	15,78		15,70	16,32	17,07		14,76	15,26	16,46
68				14,45			15,63	16,38			14,60	15,80
69				13,78				15,69				15,15
70				13,11								14,49

FUENTE: Elaborado por las autoras con base en datos de United Nations, Word Population Prospects, 2017.

Los umbrales móviles permiten comparar en una jurisdicción dada la posición de la misma edad cronológica en distintos momentos históricos, así como el significado vital de la misma edad cronológica en dos jurisdicciones distintas en un mismo momento.

Relación de dependencia potencial de mayores (dependencia económica)

El enfoque de EP ofrece indicadores alternativos para la tradicional medición de las razones de dependencia potenciales. Como es bien sabido, la razón de dependencia potencial expresa la carga de personas mayores, potencialmente inactiva, sobre la población en edad hipotéticamente activa. En los tres países considerados en este documento la razón de dependencia de mayores, medida en base a la edad cronológica, aumentó a lo largo de las últimas tres décadas.

La razón de dependencia basada en EP considera como numerador la cantidad de personas con

menos de 15 años hipotéticos de vida y se definen al menos tres variaciones en los denominadores[5]. En México, Argentina y Uruguay las cargas de dependencia de mayores estimadas con EP disminuyen a partir de 1990 en relación con la del índice tradicional de EC. En el dispar escenario epidemiológico latinoamericano es adecuado considerar la EP en las cargas de dependencia para las estimaciones relacionadas con las metas prioritarias 19, 25 y 26.

CAJA 4

Se entiende que los índices de dependencia potencial de mayores elaborado en base a EP captan con mayor precisión las variaciones que introduce la dinámica demográfica y epidemiológica en la longitud promedio del curso de vida y su potencial impacto sobre las decisiones relacionadas con el ingreso y la salida del mercado laboral. Las razones elaboradas con EP estiman una extensión del período de "bonus demográfico" en los países de la región, aún en las poblaciones que protagonizaron el proceso de envejecimiento más temprano.

Indicadores socioeconómicos de las actuales cohortes de población mayor (65 años y más)

Con el propósito de evaluar las condiciones y calidad de vida de las actuales cohortes de personas mayores en los países de la región y formular recomendaciones relacionadas con las metas prioritarias 18, 20, 28 y 30, entre otras, se seleccionaron un conjunto de indicadores de la población actualmente mayor: a) nivel educativo; b) cobertura de salud; c) cobertura previsional; d) actividad económica; e) condición y categoría de ocupación.

En primer lugar, se consideró el nivel educativo por tratarse de un indicador clave que se vincula con ventajas o desventajas a lo largo de la biografía. Los dos países del Cono Sur, de envejecimiento demográfico temprano, comparten valores similares en el nivel educativo de sus actuales poblaciones mayores: bajos porcentajes de personas sin escolaridad y paridad de género en los niveles educativos medios y altos. En cambio, en la población mexicana son elevados los porcentajes de población mayor sin escolarización: superan a los que poseen secundario completo o más, y hay disparidad de género que perjudica notoriamente a las mujeres.

CAJA 5

Las personas sin escolaridad conforman uno de los grupos vulnerables de las poblaciones de personas mayores: sus condiciones de vida con frecuencia limitan o impiden el acceso a bienes y servicios, así como reducen su disponibilidad de ingresos monetarios suficientes. El avance de la edad disminuye la capacidad de continuar trabajando por lo que resulta imprescindible la participación de las políticas públicas.

En los sistemas de protección social a la vejez de los países de América Latina se articulan dos pilares: a) ingresos económicos y b) acceso al sistema de atención médica. En los dos países del Cono Sur, la cobertura de salud a través de la obra social y la cobertura previsional son prácticamente universales y exhiben equidad de género. En México, en cambio, sólo algo más del 30% de la población mayor dispone de cobertura de salud y similar proporción se tiene de personas jubiladas, con marcada distinción por sexo que perjudica a las mujeres mayores.

CAJA 6

El vertiginoso envejecimiento demográfico y aumento de la esperanza de vida de México, el país que posee la mayor cantidad de población ingresando actualmente a las edades mayores y extremas, constituyen un llamado de alerta para el equilibrio y la equidad en la región debido a las carencias que exhibe su sistema de protección social a la vejez. La situación de las mujeres mayores es notoriamente desaventajada tanto en los niveles educativos como en la cobertura social y la seguridad económica.

Sin perjuicio de la elevada cobertura previsional que registran las poblaciones de 65 años y más de los dos países del Cono Sur, la tasa de actividad económica y de ocupación o empleo son

[5] a) Sanderson & Scherbov (2010: 1287) proponen considerar como población activa los adultos de 20 años con más de 15 años hipotéticamente restantes de vida; b) Rivero Cantillano & Spijker (2015: 132) realizan el cálculo con el denominador de edades activas la edad usual de ingreso en el mercado de trabajo en América Latina, total de personas mayores de 15 años con más de 15 años hipotéticamente restantes de vida; y c) Hernández López et al. (2015: 30) utilizan como denominador la población potencialmente activa definida de manera tradicional como la cantidad de personas de 15 a 64 años de edad.

elevadas, principalmente en los hombres: alrededor del 28% de hombres activos en Argentina y más del 20% en Uruguay. Como es esperable, la tasa de actividad de la población mayor mexicana alcanza valores sensiblemente más elevados, superando el 40% de actividad entre los hombres mayores.

Es interesante destacar, finalmente, que alrededor del 30% de los hombres de 65 años y más jubilados argentinos continúa en la actividad laboral, mientras que solamente alrededor del 14% de los hombres jubilados uruguayos trabaja. La actividad económica de los jubilados es un indicador del deseo o la necesidad de aumentar los ingresos monetarios que proporcionan las jubilaciones. Los ingresos monetarios de jubilaciones y pensiones bajos y la carencia de beneficios previsionales están asociados con el aumento de la actividad económica de las personas mayores, principalmente en los hombres en las actuales generaciones mayores.

CAJA 7

Las personas mayores de los grupos de edad más jóvenes no son dependientes económicamente en proporciones significativas, identificándose dos perfiles: a) dueños de empresas y negocios, profesionales y técnicos independientes, trabajadores manuales y de los servicios con buenas condiciones de salud que desean continuar económicamente activas; y b) personas que continúan trabajando, aun cuando tengan fallas en sus condiciones de salud, por carecer de seguridad económica o disponer de ingresos monetarios insuficientes. Este último colectivo conforma otro de los grupos vulnerables de las poblaciones mayores latinoamericanas que requieren la especial protección de las políticas públicas.

Indicadores socioeconómicos de las futuras cohortes de personas mayores

En relación con la meta prioritaria 19, se debe tener en cuenta que en los años venideros ingresarán a las edades mayores las actuales cohortes de adultos maduros (45 a 64 años). Los datos indican que las próximas cohortes de personas mayores alcanzaron mejor nivel educativo que las actuales. Se destaca la notable reducción de la proporción de personas sin escolarización en los tres países, así como el significativo avance de las mujeres argentinas y uruguayas en los niveles de educación superior: sus proporciones superan a las de los hombres.

CAJA 8

En este escenario, y ante la recomendación de MIPAA 2002 de múltiples pilares de sostén y edad de retiro voluntario, es recomendable establecer legislación específica "antidiscriminación por edad" a lo largo del todo el curso de vida adulto. La legislación antidiscriminación de edad a partir de los 20 años impide fijar umbrales de edad cronológica para el acceso a puestos de trabajo, becas, capacitación laboral, créditos, además del libre acceso a las diversas formas de participación en la sociedad. El establecimiento de legislación antidiscriminación por edad favorece la capacitación continua y el aprendizaje a lo largo de todo el curso de vida, amplía las posibilidades de empleo y actividad laboral, y facilita el ahorro. La legislación antidiscriminación protege la continuidad laboral de cuidadores informales de ambos sexos que deseen salir transitoriamente del mercado de trabajo para dedicarse a las tareas de cuidado.

El conjunto de indicadores de ocupación indica la mejor situación de las próximas cohortes de personas mayores uruguayas, que exhiben más formalidad de su mercado de trabajo y, en consecuencia, es esperable que dispongan de mejor cobertura de ingresos monetarios tras el retiro. En este país también es más elevada la participación femenina en la actividad laboral. Las tasas de asalariados informales son más altas en Argentina y México, así como es menor la actividad económica femenina, y podrían condicionar menor cobertura de ingresos monetarios tras la salida de la actividad laboral. Las elevadas proporciones de trabajadores por cuenta propia en los tres países hacen prever bajo nivel de ingresos monetarios después del cese laboral en una parte importante de las próximas cohortes de personas mayores. También es preocupante la baja tasa de participación económica de las mujeres, aun cuando alcanzaron niveles educativos más altos. La meta prioritaria 25 debe tomar en consideración recomendar medidas antidiscriminación por edad a lo largo de todo el curso de vida adulto.

Longevidad de las poblaciones y necesidad de cuidados

En la actualidad, las personas de 80 años y más conforman el grupo que más crece en las poblaciones de los países latinoamericanos que avanzan hacia el envejecimiento. Los tradicionales apoyos familiares a las personas mayores con limitaciones físicas son incompetentes

en los nuevos escenarios que plantea la longevidad, debido al aumento de la proporción de hogares unipersonales y multipersonales formados exclusivamente por personas mayores y de edad extrema (hogares unigeneracionales), tendencia que se manifiesta también en países latinoamericanos (Redondo et al., 2015). Las metas prioritarias 24, 26, 27, 29, 30 y 31 atienden este novedoso escenario demográfico.

En países con poblaciones longevas se registra el aumento del número de cuidadores familiares que también son personas de edades mayor y extrema: los cuidadores mayores de 65 años crecen más rápidamente que los de los otros grupos de edad y, dentro de ellos, el número de mayores de 85 años cuidadores ha aumentado notablemente en las últimas décadas. Ello se debe a que los cónyuges o parejas son el principal soporte de personas de edad extrema con pérdida de capacidad funcional; también aumenta el número de personas mayores de 65 años que cuida a hijos adultos con discapacidad física o mental.

Estudios empíricos en Argentina muestran que a medida que avanza la edad de los cuidadores se registra mayor participación masculina en las tareas de apoyo familiar e informal (Redondo, 2012; Redondo, 2013). Asimismo, el grupo de personas mayores más jóvenes (65 a 74 años), jubilados activos, denominada generación "sándwich" o "pivote", desempeña un rol de cuidado fundamental tanto para sus padres de edad extrema como para el apoyo a sus hijos adultos en la crianza de sus nietos (Robine et al., 2007).

CAJA 9

En las etapas avanzadas de la transición epidemiológica, las trayectorias finales de la vida se caracterizan por la progresiva pérdida de capacidad funcional. Los sistemas de cuidados de larga duración, integrando servicios sanitarios y servicios sociales para atender las necesidades cambiantes de las personas mayores constituyen la modalidad adecuada para responder con éxito al desafío de la longevidad. Además, la evidencia muestra que la adecuación de los entornos y de los servicios tiene como consecuencia la disminución de la discapacidad, aun cuando aumente el número y la proporción de personas de edad extrema (Spillman, 2004).

Finalmente, también crece sostenidamente la cantidad de personas de edad extrema que viven solas. En muchos casos disponen de una red de apoyo familiar cercana, siendo las principales cuidadoras las hijas de edad madura y mayor, pero algunas personas de edad extrema o con multimorbilidades crónicas avanzadas carecen de apoyo familiar próximo, por lo que aumenta notablemente el riesgo de ingresar en una institución de larga estadía (Redondo & Lloyd Sherlock, 2010).

CAJA 10

El Plan Nacional en favor de las Personas Mayores de Panamá puede considerarse una buena práctica en la materia porque avanza hacia la integración de todas las prestaciones y servicios que actualmente están disponibles en el territorio nacional para centrarlos en las necesidades de las personas mayores en su entorno local. El Instituto Nacional del Envejecimiento tendrá a su cargo la integración de las prestaciones dirigidas a las personas mayores de los Ministerios de Hacienda, de Salud, de Desarrollo Social, de Transporte, de la Caja de Seguro Social y de los gobiernos locales (MIDES, 2018). La "Comunidad Awicha de Pampajasi, en Bolivia, es una buena práctica en la región que muestra una comunidad de cuidado exitosa, autogestionada, en un entorno que favorece la autonomía y la independencia de las personas mayores preservando su identidad cultural y los valores de su etnia" (Piniella, 2013).

En las metas 30 y 31 se debe considerar el programa Ciudades Amigas de la Edad, liderado por OMS a escala mundial, dirigido a mejorar la accesibilidad física y de servicios para garantizar la autonomía e independencia de las personas mayores. Asimismo, los servicios sociosanitarios integrados, de base comunitaria, focalizan su acción en la población de edad extrema, en las personas mayores frágiles o con multimorbilidades crónicas avanzadas y en las personas mayores con dependencia para garantizar su derecho a "envejecer en casa". La experiencia internacional recomienda el modelo de las comunidades que cuidan por los resultados obtenidos en autonomía, independencia, y calidad de vida de las personas mayores, así como en la sustentabilidad económica (Oswald et al., 2010; Wahl & Oswald, 2010; Klie, 2016; Müller et al., 2019). Los cuidados de larga duración comprenden los cuidados paliativos, multidisciplinarios, para salvaguarda de la calidad de vida y la dignidad hasta el final de la existencia.

Envejecimiento femenino y dependencia

En relación con la meta prioritaria 18, 22, 23 y 32, debe señalarse que la menor participación femenina en la actividad laboral ocasiona que las mujeres mayores dependan económicamente de sus esposos o hijos adultos, o bien dispongan de acceso a jubilaciones o subsidios económicos de ingresos mínimos. Por otra parte, las trayectorias finales de la vida de hombres y mujeres son distintas: las mujeres tienen en promedio una esperanza de vida saludable más elevada y esperan vivir más años (con al menos una discapacidad) que los hombres. Además, las mujeres poseen mayor carga de discapacidad en el curso de vida completo que los hombres (Redondo et al., 2018). En síntesis, la dependencia económica y de cuidados afecta especialmente a las mujeres de edad avanzada.

En América Latina, debido a la mortalidad diferencial de los sexos, las mujeres de 80 años y más que quedan viudas tienen mayor riesgo de ingresar precozmente a instituciones por fallas en el apoyo familiar y comunitario, después de haber cursado la mayor parte de su vida prestando cuidados a padres, hijos y nietos. Además, los déficits estatales en la regulación de la calidad de las instituciones de larga estadía determinan, con demasiada frecuencia, la vulneración de derechos humanos de los residentes, en particular, se destacan la falta de consentimiento de la persona para el ingreso a la institución, la sujeción física y la sedación farmacológica, la falta de privacidad e intimidad (Redondo, 2018; Redondo & Lloyd Sherlock, 2010; Lloyd Sherlock, Penhale & Redondo, 2018; DINAPAM, 2015).

CAJA 11

Las fallas en la capacidad regulatoria de los Estados afectan muy especialmente a las personas mayores que residen en las instituciones de larga estadía en la región. Una buena práctica en esta cuestión son los Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores elaborados por SENAMA de Chile. Los Estándares comprenden 31 protocolos de atención, elaborados con enfoques de a) derechos humanos; b) socio-sanitario; y c) de género. Entre los ocho protocolos correspondientes al área de cuidados complejos se incluyen los protocolos de cuidados paliativos y el de prevención y actuación frente a agitación del adulto mayor en la cultura de la no sujeción física ni la sedación farmacológica (SENAMA, 2016).

El artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores reafirma el derecho de las personas mayores a recibir servicios integrados sociales y sanitarios que les permita envejecer en sus casas con autonomía e independencia. Asimismo, indica a los Estados Parte la necesidad de establecer marcos regulatorios para asegurar la calidad de los servicios y el respeto de los derechos humanos de los usuarios.

Finalmente, la viudez es un factor de riesgo de abuso financiero y patrimonial sobre las mujeres de edad avanzada debido a que es demasiado frecuente que los hijos adultos tomen a su cargo la administración de sus bienes e ingresos corrientes y dispongan el allegamiento residencial de la viuda, restringiendo su derecho al usufructo de la vivienda conyugal y al control de las decisiones sobre su propia vida.

Los desafíos en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

Las poblaciones de personas mayores de los países latinoamericanos se caracterizan por su marcada heterogeneidad. Las distintas etapas de la transición demográfica y epidemiológica por las que atraviesan distintas jurisdicciones ocasionan diferencias notables en la organización de las biografías personales, y la desigualdad social genera diferencias en la calidad de vida de las personas mayores. Sobre la base del análisis efectuado, se formulan las siguientes recomendaciones:

Meta prioritaria 19: *La edad cronológica no es un buen indicador para captar la disparidad de situaciones sociales y personales asociadas con el avance en el curso de vida. La edad prospectiva ajusta la cantidad de años vividos por los que hipotéticamente restan, ofreciendo mayor potencia explicativa en escenarios de diversidad demográfica y epidemiológica.*

Meta prioritaria 30: *Los sistemas de protección social a la vejez que garantizan cobertura de salud e ingresos monetarios a las personas mayores no están todavía establecidos en muchos de los países de la región que avanzan con ímpetu hacia el envejecimiento de sus poblaciones. Asimismo, los países con sistemas extensos ofrecen ingresos monetarios básicos a amplias proporciones de sus beneficiarios.*

Meta prioritaria 28: *Una proporción significativa de personas mayores de América Latina se mantienen económica y socialmente activos, efectuando importantes aportes en sus comunidades. Debe destacarse el papel de las personas mayores "jóvenes", activas en la reproducción social de las poblaciones latinoamericanas: aportan a la formación de los hogares de sus hijos adultos con ingresos monetarios, con bienes patrimoniales, y con cuidados familiares de nietos y padres de edad extrema.*

Meta prioritaria 20: *Los grupos vulnerables que requieren el apoyo de programas específicos y políticas públicas son: a) las persona mayores que no disponen de ingresos monetarios seguros y deben continuar trabajando aunque sus condiciones físicas son deficitarias; b) las personas mayores que solo disponen de ingresos monetarios mínimos proporcionados por pensiones universales a la vejez o jubilaciones de montos básicos; c) las personas mayores con viviendas inconvenientes en entornos peligrosos, inundables o aislados; d) las personas mayores sin escolaridad; e) las personas de edad extrema, tanto los que requieren cuidados como los que ofrecen los cuidados; f) las personas mayores con fragilidad o multimorbilidades avanzadas.*

Metas prioritarias 26 y 31: *El perfil de salud-enfermedad de las personas mayores y de edad extrema exige la integración administrativa, presupuestaria y operativa de servicios sanitarios y sociales de niveles nacionales, subnacionales y locales, de la seguridad social, de programas públicos y de acciones privadas para ofrecer las prestaciones centradas en satisfacer las necesidades cambiantes de los destinatarios.*

Meta prioritaria 29: *Los servicios sociosanitarios integrados para la atención de personas mayores con fragilidad avanzada, multimorbilidades crónicas y personas de edad extrema deben incluir protocolos de cuidados paliativos multidisciplinarios que atiendan la calidad de vida y la dignidad humana hasta el final de la existencia.*

Metas prioritarias 18, 28, 30 y 31: *La adecuación de los entornos urbanos y rurales es una de las políticas prioritarias para garantizar la autonomía y la independencia de las personas mayores hasta el final de la vida. La adecuación de los entornos implica la mejora de la accesibilidad física y de los servicios para promover el envejecimiento activo con integración social. Además, los entornos tienen que ofrecer los servicios integrados, centrados en las necesidades y preferencias de los usuarios, para garantizar el derecho de "envejecer en casa" a las personas de edad extrema, con fragilidad avanzada o con multimorbilidades crónicas, favoreciendo su autonomía, independencia, calidad de vida y dignidad.*

Metas prioritarias 22 y 23: *La regulación de la calidad de los servicios sociosanitarios para personas mayores con dependencia con enfoque de derechos humanos y de género es una tarea indelegable de los Estados. La aplicación por parte de los Estados parte del artículo 12 de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de los Adultos Mayores es tarea prioritaria en la región.*

Referencias

Aburto, J.M. & Bertrán-Sánchez, H., (2019). Upsurge of Homicides and Its Impact on Life Expectancy and Life Span Inequality in Mexico, 2005–2015; en American Journal of Public Health, 24 de enero 2019, e1-27.

Apilánez Piniella, E. (2013). "Mi" historia de la Comunidad Awicha de Pampahasi. Pdf.

DINAPAM (Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores) (2015). Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en Argentina. Relevamiento y Evaluación. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social.

Hernández López, M. F.; Murguía Salas, M. V.; Hernández Vázquez, M. P. (2014). Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277554062 Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice, in Anthropological Notebooks 20 (1): 21-33. (Slovene Anthorpological Society).

Johnson, P. 2004. "Long-Term Historical Changes in the Status of Elders: Britain as an Exemplar of Advanced Industrial Economies", in Living Longer. Ageing, Development and Social Protection. Peter Lloyd-Sherlock (ed.). London: Zed Books.

Klie, T. (2016). On the Way to a Caring Community? The German Debate, in, Compassionate Communities: Case Studies from Britain and Europe, K. Wegleitner, K. Heimerl & A. Kellehear (eds.). London, New York: Routledge, pp. 198–209.

Laslett, Peter (1989). A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press (1991 Edition).

Lloyd-Sherlock, P.; Penhale, B.; and Redondo, N. (2018). "The admission of older people into residential care homes in Argentina: Coercion and human rights abuse". The Gerontologist (Junio 2018).

Minois, Georges (1987). Historia de la Vejez: de la Antigüedad al Renacimiento. Madrid: Editorial NEREA.

Müller, C.; Kasper, H.; Pelzelmayer, K.; van Holten, K.; Struzek, D.; Dickel, M. (2019). Designing for Sustainable Caring Communities – the CareComLabs Framework, in Proceedings of the 17th European Conference on Computer-Supported Cooperative Work: The International Venue on Practice-centred Computing and the Design of Cooperation Technologies - Demos and Posters, Reports of the European Society for Socially Embedded Technologies (ISSN 2510-2591), doi: 10.18420/ecscw2019_p09.

Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid. Naciones Unidas, Nueva York, 79 p. Disponible en: http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/

Oswald, F.; Jopp, D.; Rott, C.; Wahl, HW. (2010). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? In The Gerontologist (November 2010).

Redondo, N.; Díaz Fernández, M.; Llorente Marrón, M.; Garay, S.; Guidotti González, C.; Mendoza Villavicencio,L. (2015). "El espacio residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España", en Notas de Población núm. 100: 223-258 (enero-junio 2015, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile).

Redondo, N.; Massa, C.; Belliard, M.; Williams, I.; Jaroslavsky, C., (2018). La Esperanza de Vida Saludable en Argentina 2010. Secretaría de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001091cnt-2018-01_esperanza-vida.pdf

Redondo, N. y Lloyd Sherlock, P., (2010). "Institutional Care for Older People in Developing Countries: The Case of Buenos Aires, Argentina", en Journal of Population Ageing. Volumen 2, núm. 1 y 2(junio de 2010, Springer Netherlands).

Redondo, N. (2012). "Inequidades de género en los costos de la dependencia hacia el final de la vida", en Revista Latinoamericana de Población. Año 6, núm. 10 (enero-junio de 2012, Montevideo, ALAP).

Redondo, N.; Manzotti, M.; y De la Torre, E. (2013). ¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en las personas mayores? Un estudio en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Ediciones del Hospital, Hospital Italiano.

Redondo, N.; (2018). Argentina is not yet ready to take on the challenges of longevity among its population. The routledge of social care work around the world. Karen Christensen and Doria Pilling (eds). Routledge, UK.

Rivero Cantillano, R. y Spijker, J. (2015). Del rejuvenecimiento al envejecimiento de la población ¿o viceversa? Chile en el contexto de América Latina, 1950-2050. Notas de Población núm. 101: 127-155 (julio-diciembre 2015, CEPAL-CELADE).

Robine, J.M.; Michel, J.P.; Herrmann, F. (2007). Who will care for oldest people in ageing society?, en BMJ volume 334: 570-571.

W. Sanderson, S. Scherbov (2008). Conventional and prospective measures of population aging, 1955, 2005, 2025, and 2045. Disponible en: www.prb.org/excel08/age-aging_table.xls.

W. Sanderson, S. Scherbov, (2010). "Remeasuring Aging". Science. Vol. 329. Disponible en: www.sciencemag.org

SENAMA. (2016). Estándares de calidad para establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Protocolos SENAMA 2016. Santiago de Chile: Ediciones SENAMA.

Spillman, B. (2004). Changes in Elderly Disabilities Rates and the Implications for Health Care Utilization and Cost, in Milbank Quarterly. Vol 82, N. 1: 157-94 (USA).

UN (United Nations). (1956). The Aging of Populations and its Economic and Social Implications. UN. Departament of Economic and Social Affairs. New York: Department of Public Information. DPI/2264.