

Derechos de las personas mayores

Retos para la interdependencia y autonomía



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Cuarta Conferencia Regional
Intergubernamental sobre
**Envejecimiento y Derechos
de las Personas Mayores**
en América Latina y el Caribe

Asunción, 27 a 30 de junio de 2017

Derechos de las personas mayores

Retos para la interdependencia y autonomía



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Cuarta Conferencia Regional
Intergubernamental sobre
**Envejecimiento y Derechos
de las Personas Mayores**
en América Latina y el Caribe
Asunción, 27 a 30 de junio de 2017

Alicia Bárcena
Secretaria Ejecutiva

Antonio Prado
Secretario Ejecutivo Adjunto

Paulo Saad
Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL

Ricardo Pérez
Director de la División de Publicaciones y Servicios Web

Este documento fue preparado para la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, que se celebrará en Asunción, del 27 al 30 de junio de 2017.

Su elaboración estuvo a cargo de Sandra Huenchuan, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Se contó con la colaboración de Daniela González, del CELADE-División de Población de la CEPAL, y se recibieron aportes específicos de Alejandro Morlachetti, Cecilia Gallo y María Cecilia Villarroel, Consultores de la División.

Los límites y los nombres que figuran en los mapas de esta publicación no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Publicación de las Naciones Unidas
LC/CRE.4/3
Distr.: General
Original: Español
Copyright © Naciones Unidas, 2017
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.17-00002

Esta publicación debe citarse como: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía* (LC/CRE.4/3), Santiago, 2017.

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

Índice

Prólogo.....	9
--------------	---

Capítulo I

Envejecimiento de la población y situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe.....	15
---	----

Introducción.....	17
-------------------	----

A. Las grandes tendencias demográficas.....	17
---	----

1. Rápido descenso de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo.....	17
--	----

2. Ganancia de años de vida.....	20
----------------------------------	----

3. Supervivencia después de los 60 años.....	22
--	----

4. La ubicación de los países en el proceso de transición demográfica.....	23
--	----

5. La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo.....	24
--	----

B. Los efectos de la transformación demográfica.....	25
--	----

1. Disminución de la población joven y aumento de las personas mayores.....	26
---	----

2. Diferentes etapas del proceso de envejecimiento.....	27
---	----

3. Surgimiento de sociedades y economías envejecidas.....	29
---	----

C. Situación sociodemográfica de las personas mayores.....	31
--	----

1. Tamaño y estructura por sexo y edad.....	31
---	----

2. Las diferencias territoriales.....	34
---------------------------------------	----

3. Mayor acceso a la educación formal.....	38
--	----

4. Una vejez femenina acompañada.....	38
---------------------------------------	----

5. Mujeres mayores jefas de hogar.....	40
--	----

6. Incremento de la discapacidad.....	41
---------------------------------------	----

7. Las personas mayores siguen activas económicamente.....	46
--	----

8. Persistencia de las brechas de género en la percepción de ingresos durante la vejez.....	48
---	----

D. Conclusiones.....	48
----------------------	----

Bibliografía.....	49
-------------------	----

Anexo I.A1.....	50
-----------------	----

Capítulo II

Los derechos humanos en contexto de envejecimiento y la necesidad de ampliar la protección de las personas mayores en las Naciones Unidas.....	57
--	----

Introducción.....	59
-------------------	----

A. La construcción social de la vejez como base de la diferencia y la falta de autonomía.....	60
---	----

B. El fundamento y estandarización de los derechos humanos de las personas mayores.....	62
---	----

C. Principales problemas relacionados con los derechos humanos de las personas mayores.....	64
1. Cuidado	65
2. Toma de conciencia	66
3. Salud	66
4. Seguridad social.....	67
5. Discriminación.....	67
6. Maltrato	68
7. Trabajo	68
8. Otros ámbitos de preocupación.....	69
D. Disposiciones de especial interés en relación con los derechos humanos de las personas mayores	69
1. Identificación y definición de los titulares de derechos.....	70
2. El carácter multifacético de los derechos humanos en la vejez	71
3. Asuntos específicos relacionados con la protección de los derechos humanos de las personas mayores	72
E. Lecciones aprendidas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.....	75
Bibliografía	77
Capítulo III	
El valor y la importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	81
Introducción.....	83
A. El proceso de elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	83
B. Búsqueda de consenso sin retroceder en el ámbito interamericano.....	86
C. La triple dimensión de los derechos protegidos en la Convención.....	87
1. Derechos emergentes	88
2. Derechos vigentes.....	88
3. Derechos extendidos.....	89
D. Proceso de ratificación de la Convención	89
E. Los derechos emergentes de la Convención Interamericana y contribuciones para su interpretación	90
1. La igualdad y la no discriminación	92
2. El derecho a la independencia, la autonomía y la capacidad jurídica	95
3. El consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.....	97
4. La participación de las personas mayores	100
Bibliografía	101
Capítulo IV	
Asuntos emergentes para la protección de los derechos de las personas mayores	103
Introducción.....	105
A. Igualdad y no discriminación en el acceso al crédito en la vejez.....	107
1. El acceso al crédito en el marco de los derechos humanos	107
2. La discriminación por edad en el acceso al crédito	110
3. El acceso de las personas mayores al crédito en otras regiones del mundo	114
4. Los programas de acceso al crédito para personas mayores en la región	115
B. Derecho a los cuidados paliativos al final de la vida y a una muerte digna.....	119
1. El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.....	119
2. El derecho al consentimiento libre e informado y a la voluntad anticipada.....	120
3. Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores.....	122

4. Los cuidados paliativos como una obligación del Estado	123
5. Los programas de cuidados paliativos para las personas mayores en América Latina y el Caribe	125
C. Desafíos para la protección	129
Bibliografía	131

Capítulo V

Problemas persistentes y compromisos incumplidos sobre los derechos humanos de las personas mayores.....	133
Introducción.....	135
A. El maltrato de las personas mayores como un problema de derechos humanos	136
1. El derecho a una vida libre de violencia en la vejez.....	136
2. Causas y consecuencias del maltrato contra las personas mayores.....	139
3. La experiencia en la prevención y erradicación del maltrato de las personas mayores en otras regiones del mundo	141
4. Programas para prevenir y erradicar el maltrato de las personas mayores en América Latina y el Caribe.....	143
B. El cuidado de largo plazo de las personas mayores y las obligaciones del Estado.....	146
1. Definición del cuidado de las personas mayores en los instrumentos regionales.....	146
2. Ámbitos de intervención en el cuidado de las personas mayores.....	148
3. La experiencia de cuidados de largo plazo de las personas mayores en otras regiones del mundo ...	151
4. El incremento de la necesidad de cuidadores y su impacto en la sociedad.....	155
5. Cuidados de largo plazo en el hogar: un ámbito de intervención que se debe fortalecer.....	158
6. Los programas de cuidado a largo plazo para personas mayores de América Latina y el Caribe.....	160
C. Los rezagos y desafíos de la protección	163
Bibliografía	165

Capítulo VI

De las enseñanzas aprendidas al fortalecimiento de las instituciones y de las políticas públicas	169
---	------------

Cuadros

Cuadro I.1	América Latina y el Caribe (31 países): tasa global de fecundidad, por países y subregiones, 1965-2065	18
Cuadro I.2	América Latina y el Caribe (31 países): esperanza de vida al nacer, por subregiones y países, 1965-2065	21
Cuadro I.3	América Latina y el Caribe: esperanza de vida a los 60 años, según sexo y subregiones, 2015-2065	22
Cuadro I.4	América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, según sexo, 2017-2060.....	32
Cuadro I.5	América Latina (países seleccionados): población de 60 años y más, según área urbana y rural, censos de 1990, 2000 y 2010	35
Cuadro I.6	América Latina (ciudades seleccionadas): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2000 y 2010.....	36
Cuadro I.7	América Latina (10 países): población analfabeta, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010.....	38
Cuadro I.A1.1	América Latina y el Caribe: población de 60 años y más según el sexo, por subregiones y países, 1965-2060	50
Cuadro I.A1.2	América Latina y el Caribe: porcentaje de población de 60 años o más y de 75 años o más, por subregiones y países, 1965-2060.....	52
Cuadro I.A1.3	América Latina y el Caribe: relación de feminidad de la población de 60 años o más y de 75 años o más, por subregiones y países, 1965-2060.....	53
Cuadro I.A1.4	América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento y relación de dependencia en la vejez, por subregiones y países, 1965-2060.....	54

Cuadro I.A1.5	América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres y relación de apoyo potencial, por subregiones y países, 1965-2060	55
Cuadro IV.1	América Latina y el Caribe: nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo, 2014.....	126
Cuadro V.1	Elementos esenciales de los cuidados de largo plazo según lo establecido en documentos internacionales	149
Cuadro V.2	Japón: beneficios del seguro de cuidados de largo plazo para las personas de 65 años y más	154
Cuadro V.3	América Latina y el Caribe: estimación de la necesidad de cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más sobre la base de la demanda estimada de Estados Unidos, Noruega y Australia, 2015-2030.....	157

Gráficos

Gráfico I.1	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad, por subregiones, 1965-2065	19
Gráfico I.2	América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa global de fecundidad, 1965-2065.....	20
Gráfico I.3	América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, por subregiones, 1965-2065	21
Gráfico I.4	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer, 2015-2020	23
Gráfico I.5	América Latina y el Caribe: población y tasas de crecimiento, 1965-2075	25
Gráfico I.6	América Latina y el Caribe: evolución y proyección de la población por tres grandes grupos de edad, 1950-2100	26
Gráfico I.7	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad e índice de envejecimiento, 2015-2020	27
Gráfico I.8	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad e índice de envejecimiento, 2030-2035.....	28
Gráfico I.9	América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, 2017-2060	31
Gráfico I.10	América Latina y el Caribe: población de 60 años y más y de 75 años y más, 2017.....	32
Gráfico I.11	América Latina y el Caribe: población de 60 años y más y de 75 años y más, 2030.....	33
Gráfico I.12	América Latina y el Caribe: población de 60 años y más y de 75 años y más, 2060.....	34
Gráfico I.13	América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas casadas o unidas y viudas, censos de 1990, 2000 y 2010.....	39
Gráfico I.14	América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas mayores jefas de hogar, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010	40
Gráfico I.15	América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, censos de 2000 y 2010.....	41
Gráfico I.16	América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, según sexo, censos de 2010	42
Gráfico I.17	América Latina (17 países): tasa de participación de la población de 60 años y más, por sexo, alrededor de 2014	46
Gráfico I.18	América Latina (17 países): tasa de participación de la población de 60 años y más, por área geográfica, alrededor de 2014	47
Gráfico I.19	América Latina (15 países): personas de 60 años y más que no reciben ingresos propios, por sexo, alrededor de 2014	48
Gráfico II.1	Ámbitos en que se presentan los principales problemas relacionados con los derechos de las personas mayores según los Gobiernos y oficinas nacionales de derechos humanos de 34 países, 2013	65
Gráfico V.1	América Latina (10 países): tiempo medio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población femenina de 15 años o más, último período disponible.....	156
Gráfico V.2	América Latina (20 países): proporción de cuidadores informales requeridos respecto de la población económicamente activa menor de 65 años, 2015-2030	157

Recuadros

Recuadro I.1	Esperanza de vida libre de discapacidad en la vejez	43
Recuadro IV.1	Acceso de las personas mayores al crédito en México	112
Recuadro IV.2	Chile y la protección de las personas mayores como consumidores	118
Recuadro IV.3	El cuidado paliativo en otras regiones del mundo	124
Recuadro V.1	Programas sobre prevención del maltrato en la vejez en Europa	142

Diagramas

Diagrama III.1	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.....	87
Diagrama III.2	Elementos del derecho a la no discriminación en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.....	93
Diagrama III.3	Artículo 11 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores: consentimiento libre e informado	98
Diagrama III.4	Interdependencia de los derechos humanos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores	100
Diagrama V.1	Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores	148

Mapas

Mapa I.1	América Latina y el Caribe: transformación de la estructura etaria de la población, 2015-2060	30
Mapa I.2	América Latina (4 ciudades): población de 60 años y más, según división administrativa menor, censos de la década de 2010	37



Prólogo

El cambio de estructura por edades de la población es un fenómeno que ha sido anunciado con prudente anticipación. Hoy en día, el envejecimiento demográfico es un proceso en marcha, con variaciones subregionales y entre países, pero bien establecido.

El incremento absoluto y relativo de las personas mayores es una tendencia mundial que está influyendo en la economía, la planificación del desarrollo, las políticas sociales, las familias, las comunidades, las grandes ciudades y también en las localidades indígenas. Desde el punto de vista de sus implicaciones económicas y sociales, es quizás la transformación más importante de esta época.

Un buen indicador del envejecimiento es la edad promedio de la población, que en América Latina y el Caribe casi se habrá duplicado entre 1950 y 2050. Según estimaciones de la CEPAL, los mayores incrementos en la edad promedio se darán entre 2000 y 2050, pasando dicha edad promedio de 28 a 40 años durante ese período. Del mismo modo, la población de 60 años y más se triplicará en ese mismo lapso, en tanto que la población menor de 15 años pasará de más del 30% de la población total a menos del 20%. Por otra parte, la prolongación de la vida por el descenso de la mortalidad condujo a un aumento de la proporción de personas mayores (60 años y más) del 6% en 1965 al 11,8% en 2017.

América Latina y el Caribe se encuentra en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. En valores absolutos, la población de 60 años y más, formada en la actualidad por unos 76 millones de personas, tendrá un período de fuerte incremento que la llevará a alcanzar 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075. No obstante lo anterior, si bien la región en su conjunto está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países —algunos de los cuales corresponden a los más pobres—ese proceso es aún incipiente.

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento ocurre en paralelo a la estabilización numérica de la población, que dejará de crecer alrededor de 2060. Si bien las proyecciones aún suponen un aumento de la población a unos 730 millones de personas en 2050, se espera que hacia el final del siglo XXI se haya reducido a cerca de 690 millones de personas. Esta tendencia en la evolución de la población regional influiría en que, al terminar el siglo, representaría en el mundo casi la misma proporción que representaba en la década de 1950 (6,8%).

Estos dos fenómenos advierten acerca de la perentoria necesidad de adaptarse a una época de cambios demográficos, que se están produciendo de manera más rápida que en Europa y ocurren en un escenario de subdesarrollo en el cual aún no se logra erradicar la desigualdad y en el que no se cuenta con una infraestructura institucional suficiente en materia de protección y ejercicio de derechos humanos.

La planificación para el futuro basada en los escenarios demográficos siempre ha sido una prioridad para la CEPAL puesto que, aunque existan variaciones, ofrece un marco para tomar decisiones trascendentales para el desarrollo de los pueblos. Aunado a otros factores, particularmente aquellos relacionados con las decisiones económicas y sociales de los Gobiernos, en la actualidad el envejecimiento de la población es uno de los elementos sustanciales para definir y ahondar en las reformas necesarias para alcanzar el bienestar de los países y sus ciudadanos de aquí a 2030.

Desde hace más de 15 años, la CEPAL ha insistido en que, además de tener en cuenta el crecimiento de la población de edad avanzada —los llamados *baby boomers* en los países anglosajones—, hay que preocuparse de la cohorte que será la encargada de sostener los principales cambios demográficos a partir de la segunda mitad del presente siglo.

Hay que recordar que los problemas que afectan a la población adulta mayor en la actualidad tendrán efectos en el resto de la sociedad, sobre todo en un panorama de escasez de recursos. Sin las provisiones suficientes, cuando los asuntos ligados al envejecimiento y las personas mayores logren visibilizarse, la asignación presupuestaria y técnica correspondiente afectaría a los demás grupos sociales. Desde esa perspectiva, es fundamental que las necesidades e intereses de este grupo social —y sus soluciones— conduzcan a la construcción de una sociedad interdependiente: una sociedad para todos.

La idea de una sociedad para todas las edades, cuyo origen se remonta al Programa de Acción aprobado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrada en Copenhague en 1995, implica que cada persona, con sus propios derechos y responsabilidades, tiene una función activa que desempeñar en su comunidad. Esta idea no está limitada por el tiempo ni el espacio y, en consecuencia, refuerza la perspectiva según la cual las generaciones presentes y futuras tienen derecho a la igualdad y la justicia social.

El rápido envejecimiento de la población en la región trae consigo múltiples desafíos y exige acciones que garanticen la distribución justa de los recursos para responder adecuadamente a las necesidades de todos los grupos etarios. Requiere, asimismo, el cambio en las actitudes, políticas y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. En este marco, la efectiva inclusión de las personas de edad se relaciona con la equidad en el acceso a diferentes servicios y beneficios sociales y económicos, así como con la garantía de sus derechos.

Hay que crear nuevas oportunidades para ejercer la solidaridad intergeneracional. Hay que eliminar las barreras físicas y simbólicas entre niños, adultos y personas de edad, y facilitar el contacto y la comunicación entre ellos. En el mundo actual las familias y sus miembros pasan gran parte de su tiempo en lugares diferenciados por edades y como resultado se prevé que una proporción elevada de personas termine su vida sin el apoyo necesario. Por ello es fundamental avanzar hacia sociedades más inclusivas que, junto con habilitar, también cuiden.

Hay que reducir al mínimo las posibilidades de segregación por edad y, simultáneamente, instituir políticas que frenen el crecimiento del número de personas dependientes por razones de salud, fomentando el envejecimiento sano, la prevención de accidentes y la rehabilitación de cualquier enfermedad en cualquier edad. Esto obliga también a replantear y modificar prácticas e instituciones obsoletas, y a aunar esfuerzos en torno a una estrategia que capacite y motive a las personas de edad para continuar participando activamente en sus familias y comunidades, tanto desde el punto de vista económico como social.

En este informe, elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se ofrece un marco para analizar la situación actual de las personas mayores y sus derechos humanos, así como información sobre este tema. Servirá de base para los debates que se realizarán en la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, a realizarse en Asunción del 27 al 30 de junio de 2017. En él se documentan los principales avances, limitaciones y desafíos para el ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores en la región y en el mundo.

Desde la última Conferencia Regional, celebrada en 2012, se obtuvieron grandes logros: en el ámbito internacional se mantuvo vigente el mandato del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, de las Naciones Unidas, que durante su séptimo período de sesiones acordó centrarse en la definición de posibles contenidos de un instrumento jurídico multilateral. Además, en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas se creó en 2013 y reafirmó en 2016 el mandato del procedimiento especial a cargo del tema.

El continente americano dio un paso histórico a favor de este grupo social con la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015 y su ratificación, hasta ahora por cuatro países: Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica y Uruguay.

La región de América Latina y el Caribe fue protagonista clave en los avances internacionales, y los compromisos asumidos en la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe allanaron parte del camino recorrido en los últimos cinco años. Sin duda ha sido un período auspicioso de trabajo para los Gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil que debe ser motivo de celebración.

De igual manera, los países avanzaron en distintos ámbitos de intervención. A diferencia de 2012, se visibilizaron algunos asuntos relacionados con la protección y el ejercicio de los derechos de las personas mayores y algunos de ellos se incluyen en los capítulos de este documento.

Sin embargo, estos progresos todavía son insuficientes.

Eliminar la discriminación de las personas mayores es una de las tareas que siguen pendientes. Esta discriminación se manifiesta en una diferenciación en el trato, la negación de derechos o el uso de imágenes estereotipadas o vejatorias de este grupo social y de quienes lo componen.

A pesar de que se ha reconocido con mayor fuerza en la comunidad internacional que la discriminación por edad debe ser erradicada, persiste una imagen socialmente negativa del envejecimiento y las personas mayores. Ello es producto, en parte, de que los cambios en la estructura por edades de la población no han ido acompañados de una modificación de los conceptos y relaciones hegemónicas. Se suele insistir en relacionar el envejecimiento con situaciones de dependencia, rezago u otras categorías socialmente “disfuncionales”, lo que conlleva también el riesgo de reforzar las percepciones negativas de las personas de más avanzada edad. Por más real que sea que en la vejez hay desventajas o pérdidas, la insistencia en ellas a menudo invisibiliza la existencia de una población que tiene experiencia, goza de salud y conocimientos.

Las actitudes y prácticas que discriminan a las personas de edad, además de ser injustas, ocasionan un despilfarro de recursos. Es fundamental eliminar los obstáculos creados socialmente, con el fin de garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas. Las políticas y actitudes correctas en tal sentido facilitarán a la sociedad el empleo efectivo del potencial de las personas mayores.

Por otra parte, en la región —y en el mundo—, las familias siguen siendo la principal fuente de seguridad y protección, principalmente en contextos de ausencia de mecanismos formales. Estas funciones deben ser apoyadas por el Estado a través de distintos mecanismos que fortalezcan la capacidad familiar de decidir cuál es la mejor opción ante la necesidad de cuidar a los miembros de más avanzada edad.

Se requieren estrategias para replantear los cuidados como valiosos y productivos, un paso clave para asegurar que las personas que los brindan reciban el reconocimiento que merecen y el apoyo necesario para realizar su trabajo sin que se vulneren sus derechos y su dignidad.

En definitiva, si bien hay preocupaciones particulares en cada uno de los países de la región, un balance general permite identificar también una elevada sintonía entre ellas. Aunque las medidas a poner en práctica para su solución responderán a las particularidades de cada lugar, priman algunas orientaciones generales que enmarcarían el quehacer en la materia en los próximos años. Como se señala en este informe, hay diferentes maneras de encarar los problemas que tienen las personas mayores

en el ejercicio de sus derechos y es hora de ponerlas en práctica tomando en cuenta, además, las lecciones aprendidas de las experiencias aplicadas en otras partes del mundo o con respecto a otros grupos sociales.

Los temas abordados en este documento fueron escogidos sobre la base de la experiencia de trabajo que la CEPAL ha tenido en los países de la región. No todos los temas que hoy se debaten en la agenda regional han sido objeto de análisis, pero los más importantes están presentes. Hay que insistir en que el camino por recorrer es largo; pero a diferencia de años atrás, se cuenta con un instrumento jurídicamente vinculante que da soporte a los esfuerzos que realizan los Gobiernos por mejorar la situación de las personas mayores.

La CEPAL seguirá brindando apoyo a los Gobiernos de América Latina y el Caribe en la búsqueda de mecanismos que propicien una adecuada implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y, paralelamente, seguirá promoviendo —por mandato de los países de la región— una protección similar en el ámbito de las Naciones Unidas.

En el ínterin, la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe insistirá en ampliar el ámbito y el nivel de debate regional a favor de una sociedad interdependiente, donde todas y todos tengan cabida con el pleno respeto de su dignidad humana.

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva

Comisión Económica para América Latina
y el Caribe (CEPAL)

Envejecimiento de la población y situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe

Introducción

- A. Las grandes tendencias demográficas
- B. Los efectos de la transformación demográfica
- C. Situación sociodemográfica de las personas mayores
- D. Conclusiones

Bibliografía

Anexo I.A1

Introducción

Desde fines de la década de 1960, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han experimentado notorios cambios en su dinámica demográfica, con efectos en el crecimiento y la estructura etaria de la población. Una de las transformaciones más profundas es el envejecimiento de la población, que se traduce en el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas. La heterogeneidad de la región también tiene una dimensión demográfica, con las consiguientes diferencias entre países y territorios, así como entre los grupos poblacionales que los conforman.

En este capítulo se identifican las tendencias del cambio demográfico en la región, así como las principales características de la situación sociodemográfica de las personas mayores. La información que se presenta proviene, entre otras fuentes, de las proyecciones de población, los censos de la ronda de 2010 y las encuestas de hogares.

A. Las grandes tendencias demográficas

1. Rápido descenso de la fecundidad hacia el nivel de reemplazo

La caída de la fecundidad fue la principal característica de la transformación demográfica regional en la segunda mitad del siglo XX. América Latina y el Caribe pasó de tasas de fecundidad muy altas (5,5 hijos por mujer) en comparación con el contexto mundial en el período 1965-1970 a tasas levemente inferiores al nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) entre 2015 y 2020 (véase el cuadro I.1).

Esta profunda transformación sociodemográfica responde a una constelación de factores determinantes. Uno de ellos es el incremento relativamente sostenido del producto per cápita hasta comienzos de la década de 1970, que influyó en las grandes modificaciones sociales, como la ampliación de los estratos medios y asalariados, la extensión de la escolaridad y una veloz urbanización. Los cambios en las estructuras económicas y sociales trajeron aparejada una serie de cambios culturales, que, a su vez, contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido (aspiración facilitada por la disponibilidad de procedimientos anticonceptivos).

Asimismo, la decisión de optar por una descendencia menos numerosa se vio reforzada por un cambio en la condición de los hijos dentro de los nuevos contextos sociales, económicos y culturales. La mayor inserción femenina en el mundo del trabajo parece haber generado, por lo menos entre los estratos medios y altos, una incompatibilidad con las funciones estrictamente domésticas. Otro aspecto que merece considerarse es el efecto de la disminución de la mortalidad infantil, pues es probable que la mayor probabilidad de supervivencia de los hijos fuese un motivo para obviar concepciones adicionales (Villa y González, 2004).

Además de la velocidad e intensidad de la caída de la fecundidad, también se destaca la rápida generalización de este fenómeno en la mayoría de los países. El descenso implicó una considerable reducción del crecimiento poblacional, efecto que se ha venido atenuando. Por el contrario, los efectos del descenso de la fecundidad sobre la estructura por edad de la población siguen presentes y se prolongaran varios años.

En la región, a una persona de 60 años le quedan por vivir, en promedio, 22,4 años en el quinquenio 2015-2020. Cabe señalar que existen diferencias según sexo: las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y aventajan a los hombres en 3,2 años.

Cuadro I.1

América Latina y el Caribe (31 países): tasa global de fecundidad, por países y subregiones, 1965-2065
(En número de hijos por mujer)

País	1965-1970	2000-2005	2015-2020	2030-2035	2060-2065
América Latina y el Caribe	5,53	2,52	2,05	1,85	1,77
El Caribe	5,01	2,50	2,19	1,98	1,80
Antigua y Barbuda	4,00	2,27	2,03	1,91	1,83
Bahamas	3,58	1,87	1,83	1,76	1,77
Barbados	3,53	1,75	1,80	1,83	1,86
Cuba	4,30	1,64	1,58	1,60	1,72
Granada	4,80	2,43	2,08	1,85	1,75
Haití	6,00	4,00	2,85	2,32	1,87
Jamaica	5,78	2,45	1,99	1,82	1,78
República Dominicana	6,65	2,83	2,38	2,03	1,78
San Vicente y las Granadinas	6,41	2,24	1,90	1,71	1,72
Santa Lucía	6,48	2,10	1,82	1,66	1,70
Trinidad y Tabago	3,81	1,75	1,73	1,68	1,74
Centroamérica	6,65	2,79	2,21	1,90	1,77
Belice	6,35	3,35	2,46	2,10	1,80
Costa Rica	5,26	2,17	1,76	1,66	1,73
El Salvador	6,36	2,62	1,87	1,69	1,69
Guatemala	6,30	4,16	3,03	2,50	2,00
Honduras	7,42	3,63	2,25	1,90	1,73
México	6,75	2,63	2,14	1,82	1,73
Nicaragua	6,95	2,84	2,16	1,85	1,73
Panamá	5,41	2,61	2,36	2,08	1,86
América del Sur	5,22	2,41	1,96	1,81	1,77
Argentina	3,05	2,52	2,27	2,07	1,88
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6,41	3,82	2,83	2,39	1,96
Brasil	5,38	2,25	1,74	1,65	1,71
Chile	4,46	2,00	1,73	1,70	1,76
Colombia	6,18	2,30	1,83	1,67	1,71
Ecuador	6,40	2,88	2,44	2,12	1,82
Guyana	5,28	2,95	2,47	2,19	1,89
Paraguay	6,15	3,24	2,45	2,13	1,84
Perú	6,70	2,80	2,35	2,02	1,78
Suriname	5,94	2,71	2,28	2,00	1,81
Uruguay	2,80	2,20	1,98	1,87	1,82
Venezuela (República Bolivariana de)	5,90	2,72	2,28	2,00	1,80

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

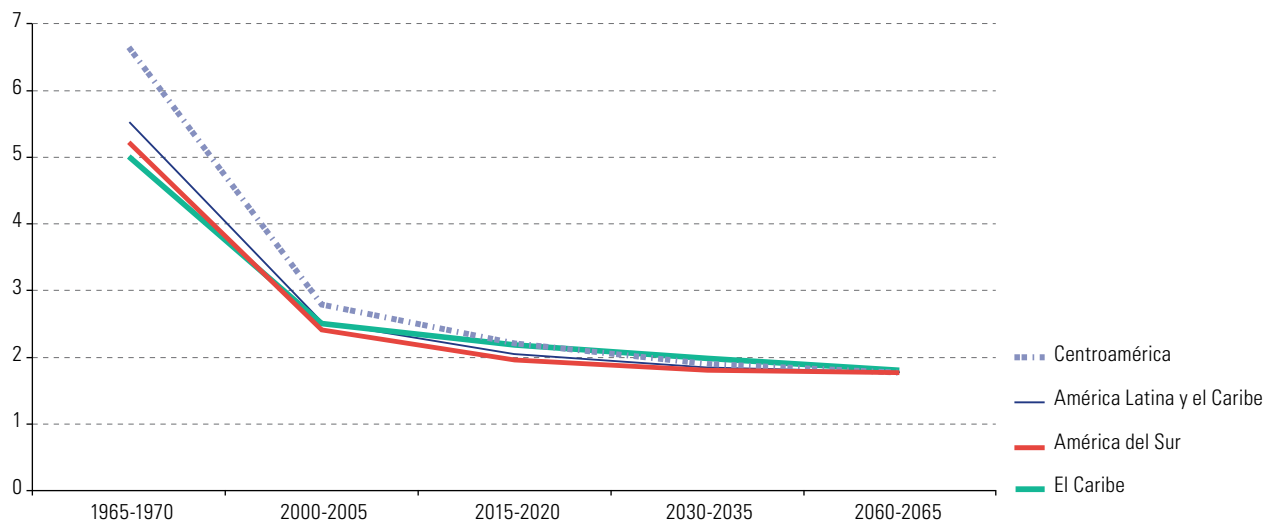
El descenso de la fecundidad se ha producido con grandes diferencias entre las subregiones y los países de la región en cuanto a las fechas de inicio, los períodos de mayor velocidad del cambio y los momentos en que se alcanza el nivel de reemplazo. Estas diferencias de trayectoria se transmiten hacia el futuro a través de diferentes efectos en el tamaño y el peso relativo de las distintas generaciones en la población total y, por lo tanto, en la aparición, vigencia y duración del bono demográfico y del envejecimiento.

El inicio de la caída de la fecundidad fue relativamente más temprano en el Caribe y en América del Sur, donde, en la mayoría de los países, ya había comenzado a fines de la década de 1960 (véanse el gráfico I.1 y el cuadro I.1). En cambio, en algunos países centroamericanos, como Belice y Guatemala, el descenso no comenzó hasta los años ochenta. En las tres subregiones hubo algunos países en los que la fecundidad cayó rápidamente: Barbados y Cuba ya tenían una fecundidad inferior al nivel de reemplazo en el quinquenio 1980-1985 y a inicios del siglo XXI el fenómeno se extendió a Antigua y Barbuda, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Trinidad y Tabago (CEPAL, 2016).

Gráfico I.1

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad, por subregiones, 1965-2065

(En número de hijos por mujer)

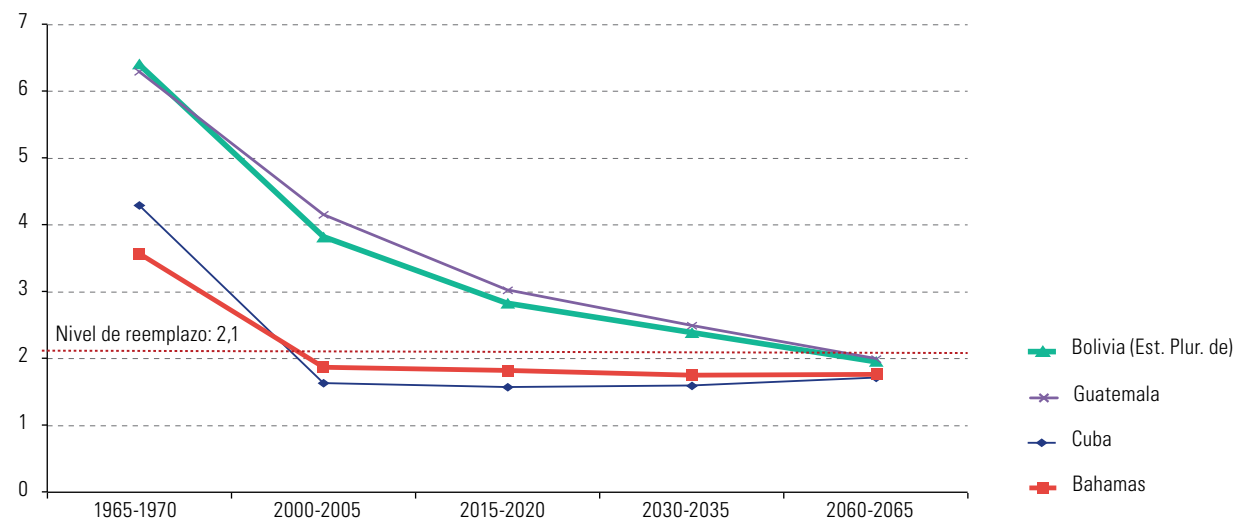


Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Se prevé que el cambio de la fecundidad será cada vez menos intenso, como se indica en las proyecciones de población de las Naciones Unidas (2015b), e incluso es probable que baje a niveles inferiores al de reemplazo y se mantenga así durante largo tiempo. La rápida convergencia implica que casi todos los países de la región alcanzarían ese nivel antes de 2050. Sin embargo, las diferentes tendencias nacionales dan lugar a significativos desfases temporales en cuanto a su estabilización. Así, dos países rezagados en la transición demográfica como Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guatemala llegarían a ese nivel en el período 2050-2055 y en el período 2055-2060, respectivamente, es decir, 70 o 75 años más tarde que las Bahamas y Cuba (véase el gráfico I.2). Al igual que el promedio regional, la fecundidad de todos los países continuaría disminuyendo más allá del nivel de reemplazo durante entre tres y seis quinquenios más, antes de que se revierta la tendencia (CEPAL, 2016).

Gráfico I.2

América Latina y el Caribe (países seleccionados): tasa global de fecundidad, 1965-2065
(En número de hijos por mujer)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

2. Ganancia de años de vida

Al igual que en los países desarrollados, el inicio de la transición demográfica en la región estuvo ligado al descenso de la mortalidad. Sin embargo, un hecho diferenciador entre Europa y América Latina y el Caribe fue que en esta última, la caída de la mortalidad se inicia con el descenso de la mortalidad infantil. Ese cambio se debió principalmente a las transformaciones socioeconómicas y culturales, el mejoramiento de las condiciones de vida, el aumento de la población urbana, el mayor nivel educativo, la disponibilidad de tecnología sanitaria y las políticas exitosas. El resultado fue un avance sin precedentes en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de las afecciones maternas, perinatales y nutricionales (Di Cesare, 2011; CEPAL, 2008 y 2015). El cambio epidemiológico benefició sobre todo a la población más joven, las mujeres y los niños, lo que implicó significativos cambios demográficos, en particular el gran aumento de la esperanza de vida al nacer, explicado al inicio por el descenso de la mortalidad infantil y posteriormente por la caída de la mortalidad en otras edades.

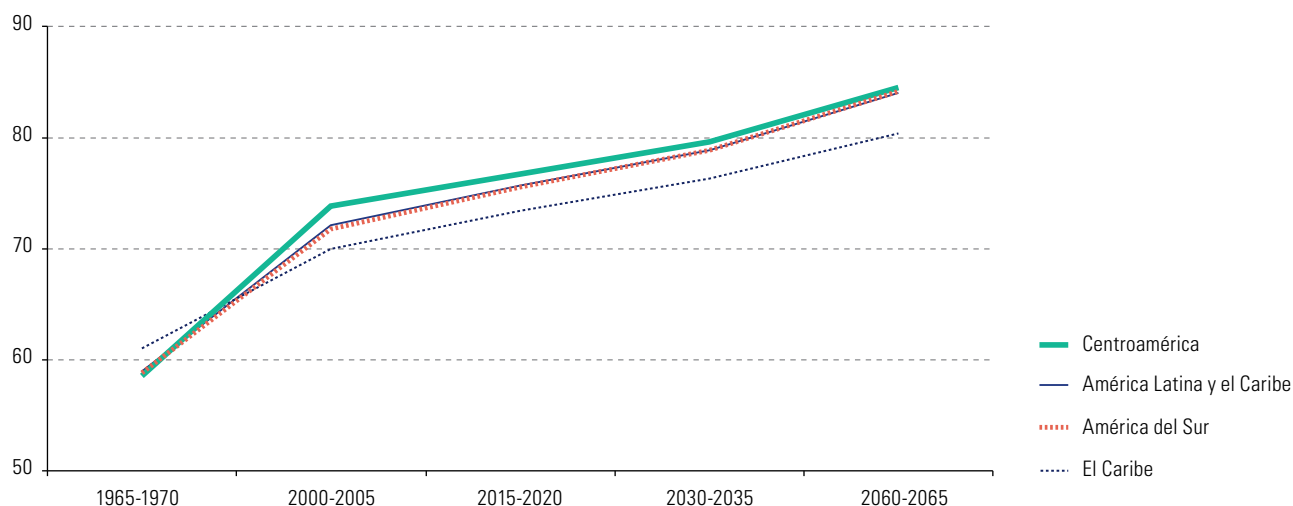
El aumento de la esperanza de vida ha sido un proceso constante y continuado durante todo el siglo pasado y se extiende hasta el presente. De un promedio aproximado de 59 años entre 1965 y 1970, se pasó a casi 76 años en el presente quinquenio (2015-2020). En promedio, la población ha ganado 17 años de vida en los últimos 55 años, es decir, 1,5 años por quinquenio. Sin embargo, ese promedio regional solo equivale al que tenían los países desarrollados hace 25 años (CEPAL, 2008). Los avances de la esperanza de vida se dieron en todos los países, pero aún persisten diferencias muy significativas entre ellos y entre subregiones, que no se justifican dados los adelantos en materia epidemiológica y socioeconómica (véanse el gráfico I.3 y el cuadro I.2).

Aún persisten diferencias de 10 y 16 años de esperanza de vida entre los países más y menos avanzados en Centroamérica y el Caribe y América del Sur, respectivamente, que revelan diferencias sustanciales en las condiciones de salud. Chile y Haití presentan los valores extremos (83 y 64 años, respectivamente). En el Caribe, la dispersión no se

ha modificado sustancialmente desde finales de la década de 1960, pero, si se excluye a Haití y la República Dominicana, en el resto de los países ha aumentado: la diferencia entre los extremos pasó de 7 a 9 años. Algo similar ocurrió en América del Sur: si se excluye al Estado Plurinacional de Bolivia, la dispersión se reduce solo 1 año, de 17 a 16 años. En Centroamérica, la dispersión disminuye al reducirse la diferencia entre los extremos de más de 15 años a 10 años.

Gráfico I.3

América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, por subregiones, 1965-2065
(En años)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Cuadro I.2

América Latina y el Caribe (31 países): esperanza de vida al nacer, por subregiones y países, 1965-2065
(En años)

	1965-1970	2000-2005	2015-2020	2030-2035	2060-2065
América Latina y el Caribe	58,95	72,15	75,71	78,88	84,03
El Caribe	61,01	69,97	73,45	76,32	80,41
Antigua y Barbuda	65,04	74,02	76,67	79,16	84,01
Bahamas	65,22	73,18	75,96	78,37	83,23
Barbados	64,59	73,75	76,17	78,60	83,32
Cuba	68,48	77,16	80,04	82,66	86,71
Granada	63,00	70,89	73,89	76,04	80,57
Haití	46,21	58,34	63,85	67,80	73,42
Jamaica	67,61	72,78	76,11	78,19	82,53
República Dominicana	56,91	71,09	74,08	76,55	81,10
San Vicente y las Granadinas	63,94	70,71	73,29	74,98	78,61
Santa Lucía	61,57	72,07	75,57	77,80	82,27
Trinidad y Tabago	64,77	68,67	70,74	72,33	75,90
Centroamérica	58,57	73,87	76,76	79,61	84,52
Belice	64,26	68,52	70,46	72,35	76,28
Costa Rica	65,17	77,81	80,10	82,75	86,62
El Salvador	53,91	69,60	73,87	77,03	82,37
Guatemala	50,11	69,02	72,64	75,65	80,66
Honduras	51,03	70,96	73,84	76,51	81,43
México	60,29	74,89	77,50	80,35	85,36
Nicaragua	51,96	70,92	75,90	79,43	84,79
Panamá	64,35	75,54	78,18	80,70	84,88

Cuadro I.2 (conclusión)

	1965-1970	2000-2005	2015-2020	2030-2035	2060-2065
América del Sur	58,82	71,76	75,59	78,88	84,15
Argentina	65,80	74,34	76,92	79,55	84,33
Bolivia (Estado Plurinacional de)	44,70	62,11	69,58	73,83	79,33
Brasil	57,97	71,10	75,42	79,04	84,56
Chile	61,46	77,87	82,67	85,60	89,74
Colombia	60,07	71,67	74,73	77,57	82,83
Ecuador	56,78	73,62	76,72	79,87	85,05
Guyana	61,55	65,28	66,75	68,30	71,45
Paraguay	65,04	70,75	73,19	74,75	78,42
Perú	51,49	71,61	75,50	79,06	84,76
Suriname	62,42	68,08	71,56	73,58	77,74
Uruguay	68,55	75,33	77,75	80,03	84,38
Venezuela (República Bolivariana de)	63,27	72,82	74,88	77,60	82,74

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

En el promedio de la región, la esperanza de vida de las mujeres es casi siete años superior a la de los hombres, un valor cercano al predominante en los países más desarrollados (Naciones Unidas, 2015b). En Colombia, El Salvador, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de), esa diferencia es mayor y fluctúa entre siete años y más de nueve años, lo que tendría relación con la sobremortalidad masculina por causa de la violencia. Se espera que esta diferencia disminuya en la medida en que algunos riesgos epidemiológicos tiendan a equipararse entre hombres y mujeres.

3. Sobrevivencia después de los 60 años

Otro rasgo importante del aumento de la esperanza de vida es la mayor sobrevivencia de las personas mayores: sistemáticamente, se aprecia un aumento de la esperanza de vida a los 60 años. En la región, a una persona de 60 años le quedan por vivir, en promedio, 22,4 años en el quinquenio 2015-2020 (véase el cuadro I.3). Cabe señalar que existen diferencias según sexo: las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y aventajan a los hombres en 3,2 años. Chile, Costa Rica, Cuba y Panamá presentan la mayor sobrevivencia a los 60 años, con valores que oscilan entre 23 y 26 años. Las personas mayores continuarán ganando años de vida: la esperanza de vida a los 60 años será de 24 años en el período 2030-2035 y entre 2060 y 2065 aumentará a 27 años.

Cuadro I.3

América Latina y el Caribe: esperanza de vida a los 60 años, según sexo y subregiones, 2015-2065
(En años)

	2015-2020			2030-2035			2060-2065		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
América Latina y el Caribe	20,7	23,9	22,4	22,2	25,6	24,0	25,7	28,3	27,0
El Caribe	20,8	23,7	22,3	22,2	25,0	23,6	23,9	26,6	25,3
Centroamérica	22,0	24,1	23,1	23,4	25,6	24,5	26,7	28,3	27,5
América del Sur	20,2	23,9	22,2	21,9	25,6	23,8	25,4	28,5	27,0

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

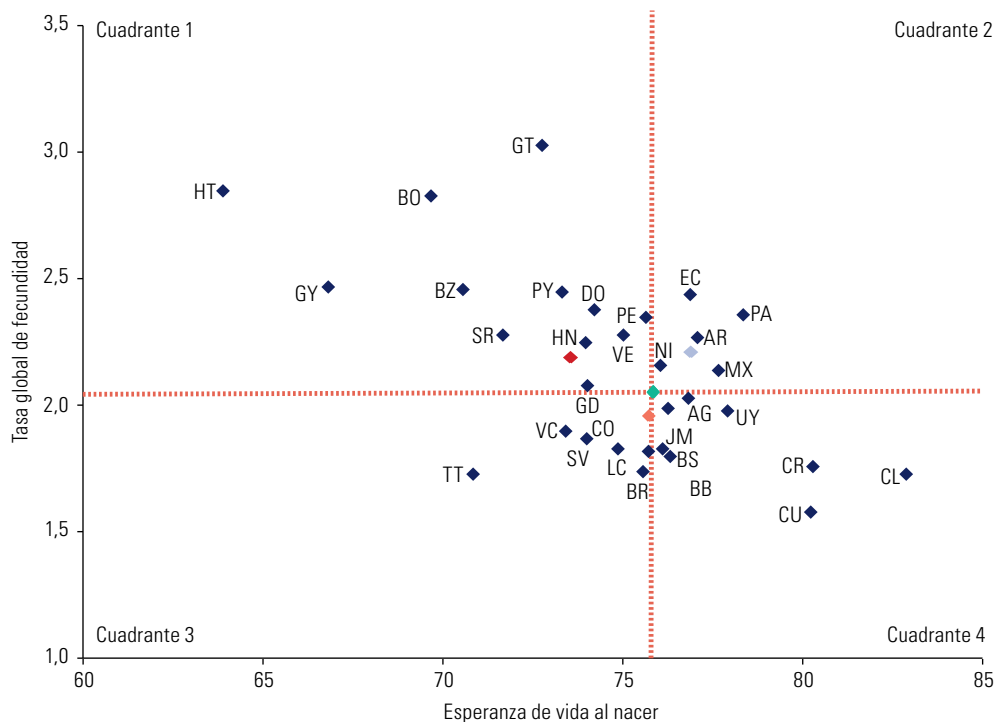
Las mujeres seguirán viviendo, en promedio, más años que los hombres, aunque existirán diferencias entre un país y otro. Entre 2030 y 2035, la Argentina, Trinidad y Tabago y el Uruguay presentarán las mayores diferencias, con brechas de cinco años, mientras que Guyana y Haití solo registrarán diferencias de dos años. En el período 2060-2065, la Argentina, Belice, Chile, Suriname, Trinidad y Tabago y el Uruguay presentarán diferencias de cuatro años entre mujeres y hombres.

4. La ubicación de los países en el proceso de transición demográfica

Las tendencias descritas sobre la fecundidad y la mortalidad, componentes del cambio demográfico, ubican a los países en diferentes etapas de la transición demográfica. Como se ha indicado, las trayectorias han tenido intensidades y tiempos distintos, por lo que, si se considera el quinquenio actual (2015-2020), los países se ubican en diferentes estadios de la transición. En el gráfico I.4 se expone la situación de los países respecto de su tasa global de fecundidad y de su esperanza de vida al nacer, y se constatan las situaciones de mayor avance y de rezago.

Gráfico I.4

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer, 2015-2020
(En hijos por mujer y en años)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Si bien la manera tradicional de estudiar la transición demográfica ha sido con las tasas brutas de natalidad y mortalidad, es sabido que estas tasas están afectadas principalmente por la estructura por edad de la población y otros factores espurios, por lo que no muestran con claridad el nivel del fenómeno. Para eliminar estos problemas,

se han seleccionado la tasa global de fecundidad, que indica el promedio de hijos por mujer, y la esperanza de vida al nacer, que hace referencia al promedio de años que vivirá la población nacida en determinado año.

Los países ubicados en el cuadrante 1 del gráfico I.4 presentan los mayores rezagos respecto del promedio regional (75,7 años de esperanza de vida al nacer y 2,05 hijos por mujer), pues tienen tasas globales de fecundidad elevadas y bajas esperanzas de vida al nacer. En este grupo de países se destacan Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y Haití por encontrarse en la situación más rezagada. El resto de los países de este cuadrante no presentan rezagos tan marcados: tienen una fecundidad que está sobre el nivel de reemplazo, pero que es inferior a 2,5 hijos por mujer, y una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y en algunos casos muy cercana a la media regional.

En el segundo cuadrante se ubican países que tienen tasas de fecundidad sobre el nivel de reemplazo, o muy cercanas a este, pero con esperanzas de vida superiores a la media regional (Argentina, Ecuador, México, Nicaragua y Panamá). Seis países (Brasil, Colombia, El Salvador, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago) se ubican en el tercer cuadrante, con tasas globales de fecundidad bajo el nivel de reemplazo, pero con esperanzas de vida inferiores a la media regional. En el cuarto cuadrante se encuentran los países más avanzados en la transición demográfica y entre ellos se destacan Chile, Costa Rica y Cuba por presentar las tasas de fecundidad más bajas, inferiores a 1,8 hijos por mujer, y esperanzas de vida al nacer superiores a los 80 años.

La situación que presentan los países respecto de la transición demográfica en el quinquenio 2015-2020 deja en evidencia la consolidación del proceso en la región. Las tasas de fecundidad y mortalidad tienen límites superiores claramente más reducidos que en décadas pasadas y, salvo por algunas situaciones nacionales en posiciones de rezago relativo, la vieja imagen de dispersión se ha convertido en una aparente convergencia. Es importante tener en cuenta, sin embargo, que estas cifras nacionales ocultan heterogeneidades dentro de los países, sobre todo si se piensa en áreas urbanas o rurales, los distintos estratos socioeconómicos y la pertenencia étnica.

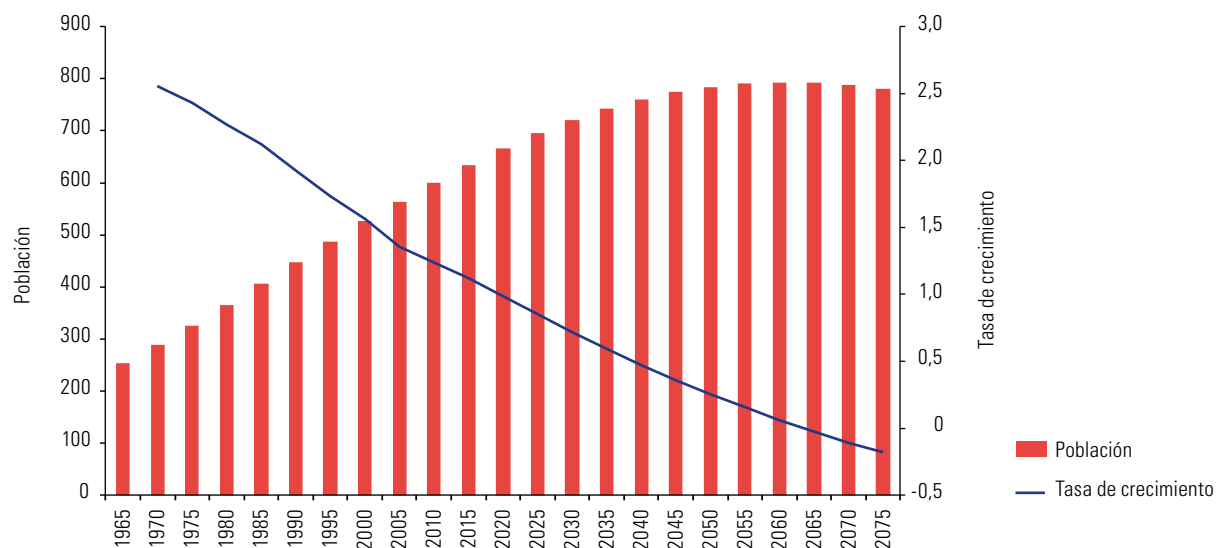
5. La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo

En el gráfico I.5 se muestra cómo se ha incrementado la población en términos absolutos desde 1965 hasta la actualidad y se hace una proyección hasta 2075. La región contaba con 254 millones de habitantes a inicios del período, y en 2017 la población total regional es de 648 millones. Se espera que esta población continúe creciendo en términos absolutos hasta alcanzar un máximo de 793 millones de habitantes en 2060, para después comenzar a decrecer (Naciones Unidas, 2015b).

En el gráfico I.5 también se presentan las tasas de crecimiento de la población, que expresan la intensidad del ritmo con que esta se ha incrementado. Se muestra que el ritmo medio anual de crecimiento ha ido disminuyendo con el paso de las décadas. Si bien en el quinquenio 1965-1970 la población se incrementaba a un ritmo medio anual del 2,6%, en el período 2015-2020 disminuye a un 1% y en los siguientes 15 años el ritmo de crecimiento continuará bajando y se ubicará en un 0,6%. Tal como lo muestran las barras del gráfico I.5, esto no indica que la población en términos absolutos disminuyera, sino que su incremento fue y será cada vez más lento. La tasa de crecimiento de la población regional empieza a presentar un crecimiento negativo (-0,03%) en el quinquenio 2060-2065, lo que coincide con la disminución de las cifras absolutas de población, pues, como ya se comentó, en 2060 la población alcanza su mayor número para comenzar a decrecer en los años siguientes.

Gráfico I.5

América Latina y el Caribe: población y tasas de crecimiento, 1965-2075
(En millones y por 100)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Debido a los distintos grados de avance en la transición demográfica, las diferencias en el ritmo de crecimiento entre un país y otro continuarán siendo significativas. En el quinquenio actual, los países más avanzados en la transición demográfica presentarán tasas de crecimiento inferiores al 0,5%, aunque Cuba registrará una tasa de crecimiento negativa del -0,04%, mientras que los países más rezagados en la transición presentarán tasas de crecimiento superiores al 1,5%. Ese crecimiento no estará directamente relacionado con la tasa de fecundidad, sino con la inercia demográfica, es decir, la capacidad de las poblaciones de seguir creciendo más allá del período en que la tasa de fecundidad llega al nivel de reemplazo debido al cambio en la estructura por edades, al producirse una concentración de población en las edades reproductivas (CEPAL, 2008).

B. Los efectos de la transformación demográfica

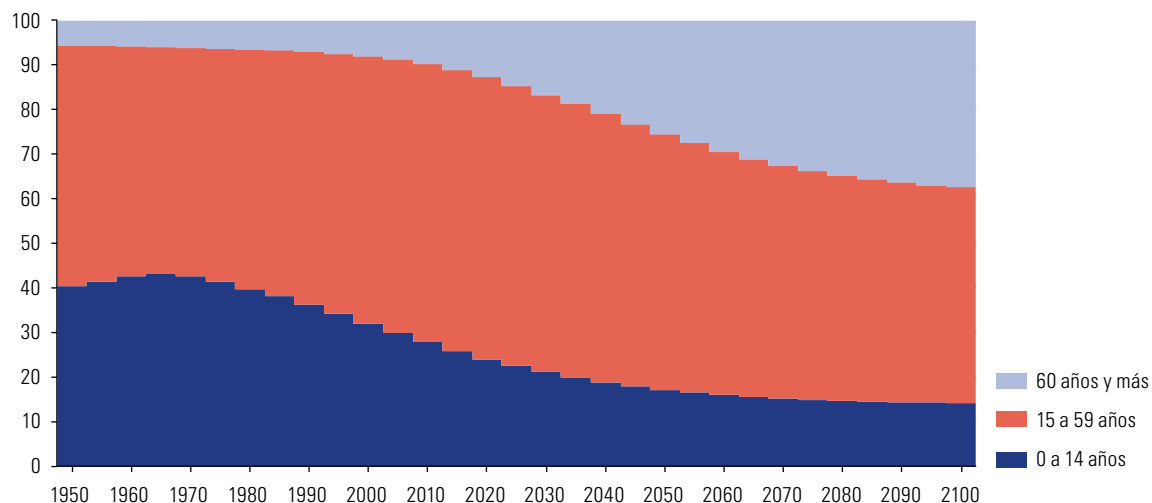
Los efectos de la transformación demográfica pueden apreciarse desde dos perspectivas: la de las personas y la de las poblaciones. Si el análisis se centra en las personas, entre los efectos está la mayor sobrevivencia derivada de la reducción de la mortalidad, que implica costos más altos para sostener la salud y el bienestar en una vida más prolongada. Por otra parte, el descenso de la fecundidad puede implicar que las mujeres liberen parte del tiempo que dedicaban a la crianza para dedicarlo a otras actividades, lo que les permitiría tener una mayor participación en la vida económica, aumentando su autonomía y el bienestar en los hogares. Las principales consecuencias para las poblaciones son la reducción del crecimiento poblacional y, quizás la más importante en la actualidad y en la trayectoria a mediano y largo plazo, la transformación de la estructura por edad, que implica el envejecimiento de la población por el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas.

1. Disminución de la población joven y aumento de las personas mayores

A medida que la región avanza en la transición demográfica y que la mortalidad y la fecundidad llegan a niveles bajos o muy bajos, el impacto directo de estas últimas en el crecimiento natural de la población se va haciendo cada vez más pequeño, situación que ya se advirtió en la sección A. Por el contrario, el efecto de estos cambios en la estructura por edad de la población es de gran magnitud y se prolonga en el tiempo a medida que generaciones representativas de diferentes etapas del cambio demográfico avanzan en su trayectoria vital. Desde la década de 1960, la estructura por edad de la población de los países de América Latina y el Caribe ha experimentado grandes transformaciones, que han implicado el paso de una población relativamente joven al inicio del período a una población que comienza un proceso acelerado de envejecimiento (véase el gráfico I.6). El peso de la población menor de 20 años (aproximación de la población en edad escolar) empezó a disminuir desde fines de la década de 1960. En la medida en que las grandes cohortes de población nacidas antes de esa década fueron llegando a la edad de trabajar, el peso de la población potencialmente activa (20 a 64 años) empezó a aumentar, lo que dio origen al período del bono demográfico.

Gráfico I.6

América Latina y el Caribe: evolución y proyección de la población por tres grandes grupos de edad, 1950-2100
(En porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Por otra parte, la prolongación de la vida por el descenso de la mortalidad aumentó la proporción de personas mayores (60 años y más), que subió del 6% en 1965 a 11,8% en 2017.

Aunque esta proporción pueda parecer pequeña, muestra que ya se ha iniciado la fase de mayor aceleración de su crecimiento (envejecimiento acelerado). Este ritmo llevará rápidamente a la región a alcanzar un hito importante en 2037, cuando la proporción de personas de edad igual a la proporción de menores de 25 años (20%). En valores absolutos, la población de menores de 15 años es la única que disminuye, de acuerdo con una tendencia presente desde 2005, cuando esta población alcanzó

los 168,5 millones de personas. La población en edad activa (15 a 59 años) alcanzó los 224 millones de personas a mediados de 1985, cuando comenzó la etapa de predominio relativo de esta población, que seguirá creciendo hasta duplicarse con creces en 2040, cuando llegue a un máximo de 458 millones. La población de 60 años y más, formada por unos 76 millones de personas en la actualidad, tendrá un período de gran incremento que la llevará a sobrepasar en 2037 a la población de menores de 15 años, con 147 millones de personas, y a alcanzar los 264 millones en 2075. Si bien América Latina y el Caribe está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países de la región ese proceso aún es incipiente.

2. Diferentes etapas del proceso de envejecimiento

Actualmente los países se encuentran en diferentes etapas del proceso de envejecimiento debido al heterogéneo avance de la transición demográfica en la región. En las últimas décadas, sin embargo, en varios países se ha consolidado este proceso, mientras que en otros recién comienzan a percibirse los primeros signos del envejecimiento demográfico.

En el gráfico I.7 se ubica a los países según dos indicadores que exponen la situación en que se encuentran respecto del envejecimiento: la tasa global de fecundidad y el índice de envejecimiento¹. La media regional se ubica en una tasa global de fecundidad levemente por debajo del nivel de reemplazo (2,05 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento de 47,2 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

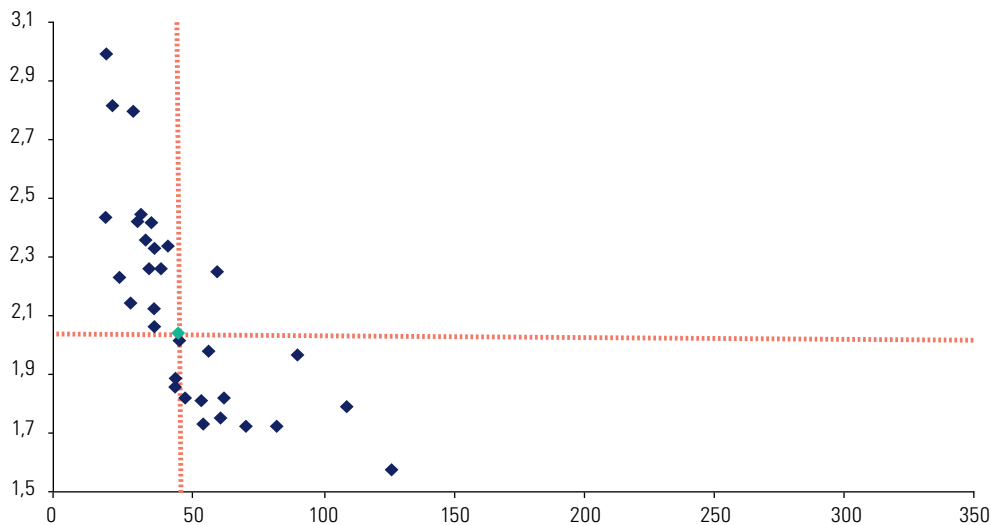


Gráfico I.7

América Latina y el Caribe:
tasa global de fecundidad
e índice de envejecimiento,
2015-2020
(En hijos por mujer y por 100)

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

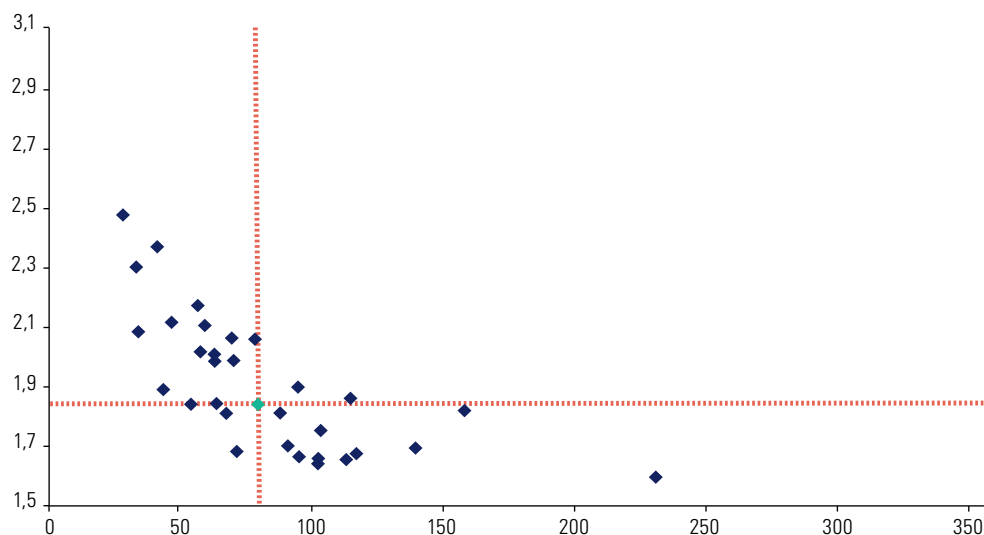
En la actualidad, 18 países se ubican por debajo de la media regional. Belice, Guatemala y Haití están en una instancia más incipiente del envejecimiento con tasas globales de fecundidad que superan los 2,7 hijos por mujer e índices de envejecimiento que no sobrepasan las 20 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. En una situación moderada del envejecimiento se encuentran 13 países (Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, Granada, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)) que

¹ El índice de envejecimiento expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, y se calcula como el cociente entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años multiplicado por 100.

presentan tasas globales de fecundidad que oscilan entre el nivel de reemplazo y los 2,8 hijos por mujer. En estos países, el índice de envejecimiento se ubica entre 25 y 43 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. En una etapa moderadamente avanzada se encuentran 8 países (Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía) que presentan tasas globales de fecundidad que se ubican entre el nivel de reemplazo y 1,8 hijos por mujer, mientras que sus índices de envejecimiento se mueven entre 46 y 62 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. En una etapa avanzada del envejecimiento se encuentran 5 países (Bahamas, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tabago y Uruguay) que presentan tasas de fecundidad bajo el nivel de reemplazo e índices de envejecimiento que oscilan entre 63 y 93 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Finalmente, en una etapa muy avanzada del envejecimiento están Barbados y Cuba, que, si bien siguen la tendencia del grupo anterior respecto de las tasas globales de fecundidad bajo el nivel de reemplazo, lo más significativo es que en su caso la proporción de personas mayores es superior a la de menores de 15 años, con índices de envejecimiento de 111 y 128 mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, respectivamente.

Gráfico I.8

América Latina y el Caribe:
tasa global de fecundidad
e índice de envejecimiento,
2030-2035
(En hijos por mujer y por 100)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

En menos de 15 años, el envejecimiento demográfico se hará más presente en la región. En 2030, Belice, Guatemala y Haití continuarán en una situación rezagada, aunque sus tasas globales de fecundidad se acercarán al nivel de reemplazo y el índice de envejecimiento tenderá a subir levemente, pese a que no superará las 34 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Continuarán en una situación intermedia siete países (Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana) que presentan tasas globales de fecundidad en el nivel de reemplazo o levemente inferiores e índices de envejecimiento que oscilan entre 40 y 59 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años. Alrededor de la media regional se ubican 12 países (Antigua y Barbuda, Argentina, Colombia, El Salvador, Granada, Jamaica, México, Panamá, Perú, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)), todos con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, pero con un índice de envejecimiento que no es superior a 100, por lo

que se los ubica en una situación moderadamente avanzada del envejecimiento. En una etapa avanzada del envejecimiento se encuentran seis países (Bahamas, Brasil, Costa Rica, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y Uruguay) donde se destaca la presencia de una mayor proporción de personas mayores que de niños, pues el índice de envejecimiento es superior a 100. Finalmente, en una etapa muy avanzada están Barbados, Chile y Cuba, aunque este último está en una situación mucho más avanzada, puesto que el índice de envejecimiento es de 232 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

Para 2060, las proyecciones muestran que el envejecimiento estará presente en todos los países de la región. Seguirán algunos rezagos, pero 27 países presentarán una proporción mayor de personas mayores que de niños menores de 15 años. Cuba continuará en la delantera, aunque el Brasil, Chile y Costa Rica le seguirán bastante de cerca.

3. Surgimiento de sociedades y economías envejecidas

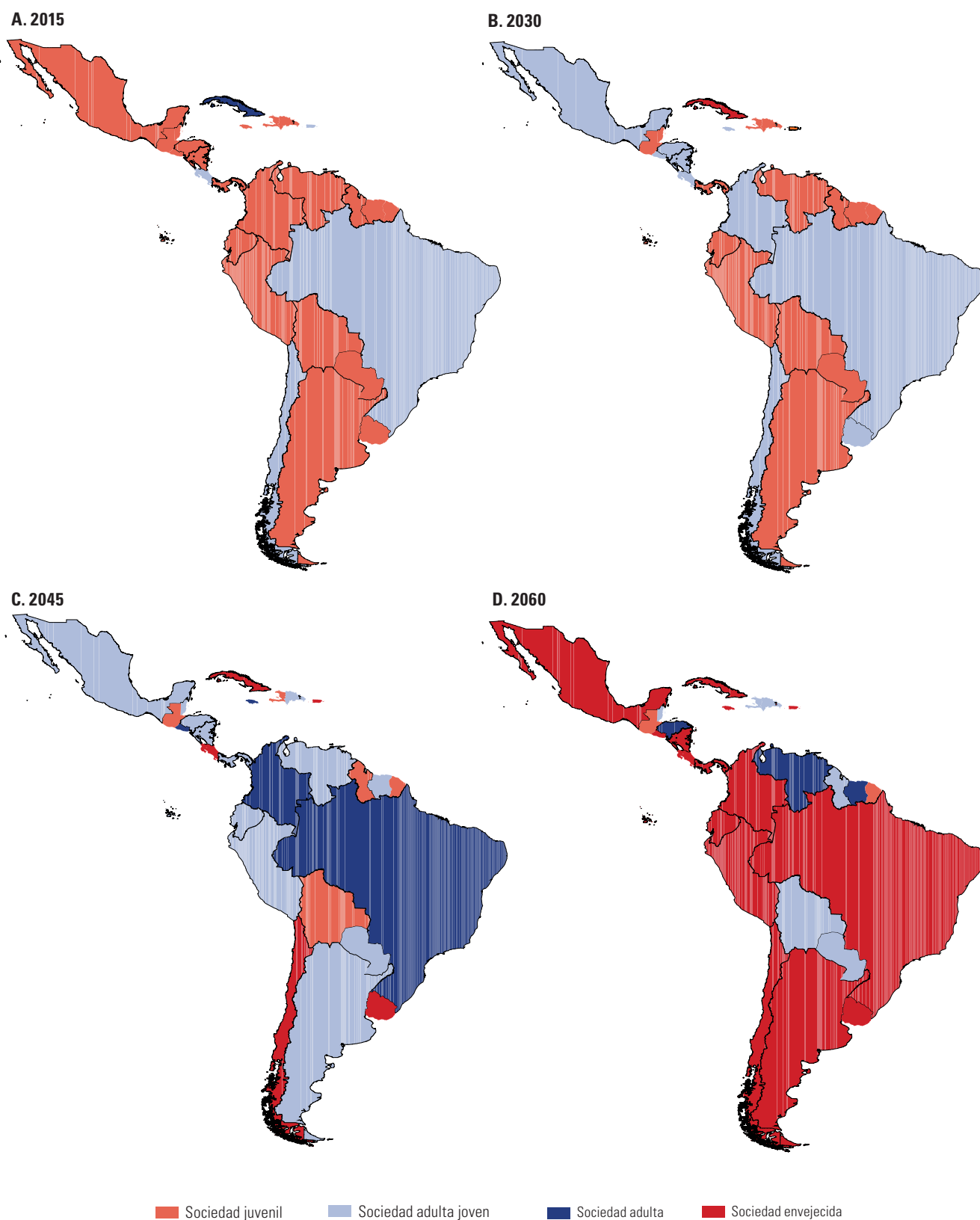
El envejecimiento acelerado de la población pasará a ser la tendencia demográfica más relevante en la región. A partir de ese momento, los cambios en la estructura de edades estarán dominados por la dinámica de las generaciones de personas mayores, de manera que el envejecimiento y su incidencia sobre las demandas sociales serán los fenómenos demográficos más significativos. La transición de la estructura etaria sigue una secuencia particular. Para ilustrarla, se analiza la evolución de la población en cuatro grandes grupos de edad: 0 a 19 años (población juvenil), 20 a 39 años (adultos jóvenes), 40 a 59 años (adultos) y 60 años o más (personas de edad). Históricamente, el grupo poblacional predominante ha sido el de niños y jóvenes de 0 a 19 años. Sin embargo, se proyecta que el fin de la sociedad juvenil en la región se produzca en 2023, cuando el grupo de 20 a 39 años pase a ser el más numeroso. En 2045 se espera que la población de 40 a 59 años supere a la de 20 a 39 años y se origine así la sociedad adulta. Siete años más tarde, en 2052, la población de 60 años o más pasará a ser predominante, lo que dará inicio al período de la sociedad envejecida (véase el mapa I.1).

A medida que van predominando diferentes grupos etarios, se transforma la estructura de las demandas y de los aportes económicos y sociales de la población. Esto obliga a redistribuir los recursos económicos, de manera que se pasa de atender preferentemente las demandas de los niños y jóvenes (educación) a la atención de las personas mayores (salud, cuidados y pensiones). El momento en que los recursos económicos consumidos por las personas mayores exceden los consumidos por los niños y jóvenes marca el inicio de las economías envejecidas.

En 1985, el consumo de los niños y jóvenes era entre cinco y ocho veces mayor que el de las personas mayores en gran parte de los países. Hacia 2015, en la mayoría de los países se produjo un cambio importante hacia el consumo de las personas mayores. Cuba es, desde 2010, la primera economía envejecida de la región. Entre 2015 y 2030, otros cinco países llegarán a esa categoría: Uruguay (2017), Chile (2020), Costa Rica (2025), Brasil (2028) y Colombia (2030). Después de 2030, casi todas las economías de la región se irán convirtiendo en economías envejecidas: México (2037), Argentina (2037), El Salvador (2038), Panamá (2038), Perú (2040), Nicaragua (2042), Venezuela (República Bolivariana de) (2042), Ecuador (2044), República Dominicana (2045), Honduras (2047), Paraguay (2051), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2057) y Haití (2060).

Mapa I.1

América Latina y el Caribe: transformación de la estructura etaria de la población, 2015-2060



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

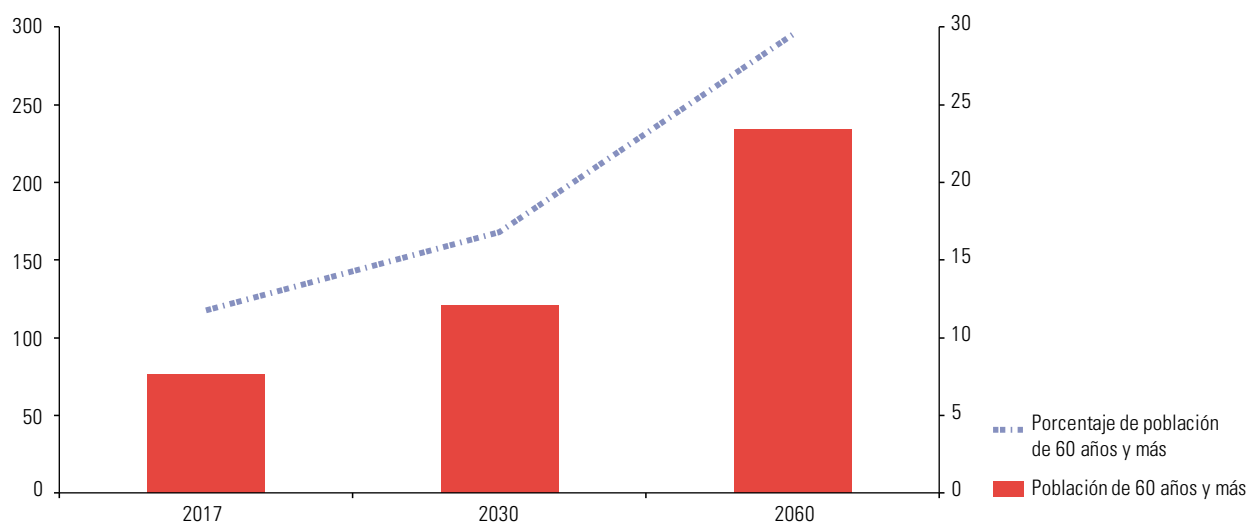
C. Situación sociodemográfica de las personas mayores

1. Tamaño y estructura por sexo y edad

Según las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, en 2017 hay 76,3 millones de personas mayores en América Latina y el Caribe, que representan el 11,8% de la población regional. En 2030 esta población ascenderá a 121 millones y de ese modo las personas mayores representarán el 17% de la población total de la región. En 2060, cuando el envejecimiento esté presente en prácticamente todos los países de la región, las personas mayores representarán el 30% de la población regional y serán alrededor de 234 millones (véase el gráfico I.9 y los cuadros I.A1.1 y I.A1.2 en el anexo).

Gráfico I.9

América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más. 2017-2060
(En millones y en porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Como se aprecia en el gráfico I.9, el aumento absoluto y relativo del grupo de 60 años y más será muy rápido. Entre 2017 y 2030 se incrementará a un ritmo medio anual del 3,5%, cifra bastante por encima del crecimiento total que se analizó anteriormente. En el período 2030-2060, este crecimiento será aún más rápido, puesto que la tasa de crecimiento para ese período es del 5,1% medio anual.

Desde que se inició el proceso de envejecimiento en la región, se observa un predominio femenino entre las personas mayores y las proyecciones muestran que esto seguirá siendo así. Actualmente, el índice de feminidad (número de mujeres por cada 100 hombres) entre las personas mayores es de 122,7 y esta cifra no cambiará en los próximos 13 años (véase el cuadro I.4 y el cuadro I.A1.3 en el anexo). Solo se aprecia un leve descenso de este indicador en 2060 (115 mujeres por cada 100 hombres), aunque seguirá siendo favorable para las mujeres.

Cuadro I.4

América Latina y el Caribe: número y proporción de personas de 60 años y más, según sexo, 2017-2060
(En miles y en porcentajes)

Año	Mujeres		Hombres		Índice de feminidad
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	
2017	42 038	12,8	34 253	10,7	122,7
2030	66 611	18,2	54 348	15,3	122,6
2060	125 098	31,2	108 746	27,7	115,0

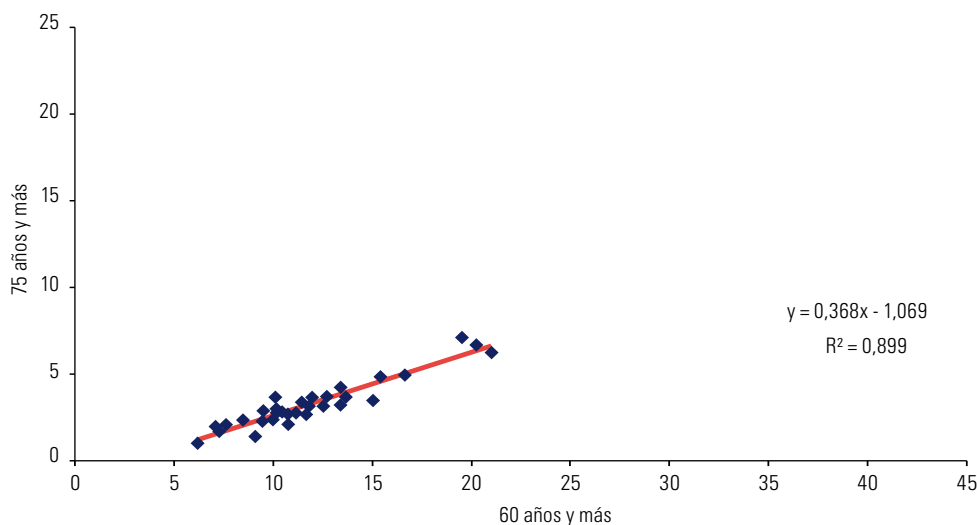
Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

De todas maneras, como se verá más adelante, este predominio femenino, debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres en edades más avanzadas, no es sinónimo de bienestar y oculta importantes desigualdades y desventajas.

Otra característica importante de este grupo de personas mayores es su envejecimiento interno (véase el gráfico I.10). Si diferenciamos a las personas mayores según su edad, se constata que los países que se ubican en fases más tempranas del envejecimiento presentan proporciones menores de personas de 75 años y más. Es decir, las cohortes que se han incorporado a este grupo son más bien recientes y, por tanto, se ubican principalmente en el grupo de 60 a 74 años. Además, en estos países la sobrevivencia después de los 75 años no es tan elevada.

Gráfico I.10

América Latina y el Caribe:
población de 60 años y más
y de 75 años y más, 2017
(En porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

En el gráfico I.10 se relacionan dos indicadores —el porcentaje de población de 60 años y más y el porcentaje de población de 75 años y más— y cada punto representa a un país de la región con ambos atributos. En 2017, Barbados, Cuba y el Uruguay presentan porcentajes de población de 60 años y más superiores al 20% y proporciones de población de 75 años y más que van del 6% al 7%. En el otro extremo se ubican Belice, Guatemala, Guyana y Haití con porcentajes inferiores al 2% de personas de 75 años y más. El resto de los países de la región no supera el 4% de personas de 75 años y más, mientras que los porcentajes de personas de 60 años y más son inferiores al 16%.

En el gráfico I.11 se expone la situación para 2030 y se observa que la proporción de personas de 60 años y más aumenta en todos los países y se ubica entre un 9% y un 32%. Además, existe una correlación bastante directa entre mayor proporción de personas mayores y mayor porcentaje de población de 75 años y más. Cuba continúa en la delantera con los mayores porcentajes, seguida por Barbados (28% y 9,3%), el Uruguay (22% y 8%) y Chile (23,7% y 8%). Los menores porcentajes siguen presentándose en los países más rezagados de la transición demográfica: Guatemala (8,6% y 2,5%), Belice (9,1% y 1,5%), Haití (9,3% y 2,1%) y Guyana (14,9% y 2,3%).

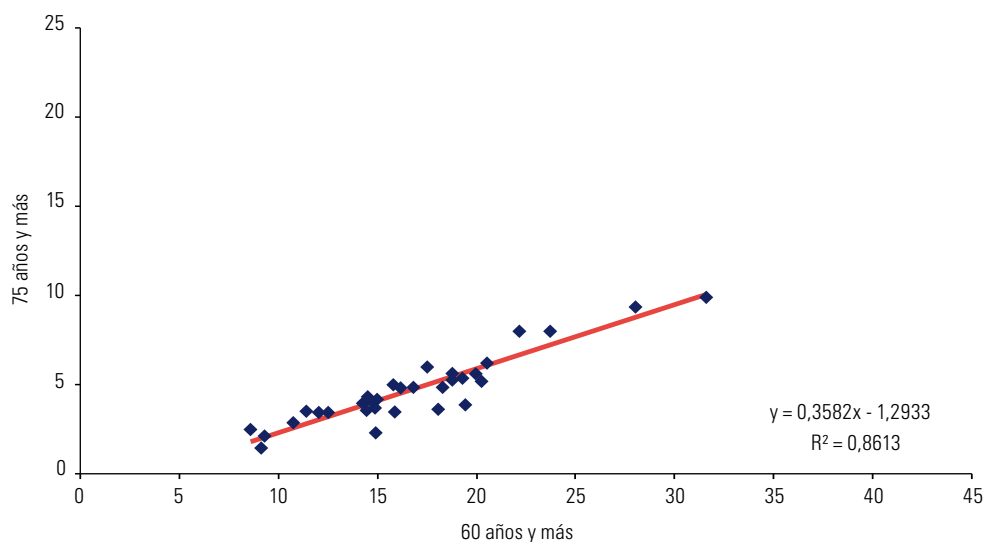


Gráfico I.11

América Latina y el Caribe:
población de 60 años y más
y de 75 años y más, 2030
(En porcentajes)

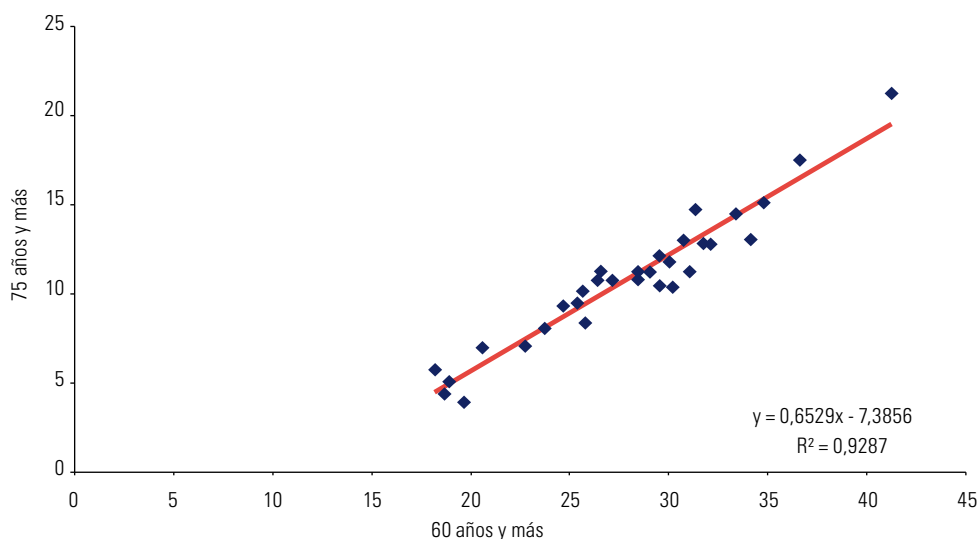
Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

La proyección para 2060 (véase el gráfico I.12) muestra que la proporción de personas mayores se ubicará entre el 18% y el 41%, y la media regional será del 29% de personas mayores. En todos los países de la región aumentará la proporción de personas mayores de 75 años y en algunos este grupo poblacional representará entre un 40% y un 50% de la población total de personas mayores. Cuba seguirá a la cabeza con los mayores porcentajes (41,3% y 21,2%) y muy cerca se ubicarán Chile (36,6% y 17,5%), Costa Rica (34,8% y 15,2%), Barbados (31,3% y 14,7) y el Brasil (33,4% y 12,8%). Los países más rezagados también han aumentado su participación relativa: todos superan el 18% de personas mayores, aunque las proporciones de personas de 75 años y más en algunos casos aún no superen el 6% respecto de la población total.

Es relevante para los países conocer el porcentaje de población de 75 años y más, las características que presenta este subgrupo de población y cuál será su tendencia en las próximas décadas, puesto que estas personas tienden a presentar una menor autonomía y una mayor discapacidad, y, por tanto, suelen demandar más cuidados debido a una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas.

Gráfico I.12

América Latina y el Caribe: población de 60 años y más y de 75 años y más, 2060
(En porcentajes)



Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

2. Las diferencias territoriales

Las cifras relativas de personas mayores a nivel nacional ocultan diferencias territoriales en los países (por ejemplo, según se trate de áreas urbanas o rurales). Esto se debe, en gran medida, a la notable desigualdad en materia de transición demográfica entre áreas urbanas y rurales, que se tradujo en un envejecimiento particularmente acentuado en las primeras. Sin embargo, este resultado no se verifica con mayor nitidez debido al efecto de la migración interna, en particular, de la corriente del campo a la ciudad, que, sin ser la más cuantiosa en la mayoría de los países de la región (la corriente entre ciudades es la principal), sigue siendo más numerosa que la movilidad en sentido inverso y, por ende, implica una transferencia neta de población del campo a la ciudad.

Como la mayor parte de la población que migra desde áreas rurales hacia áreas urbanas se encuentra en edad laboral, el resultado es un envejecimiento prematuro del campo (en rigor, se aprecia una relación de dependencia mucho más elevada que la que tendría en ausencia de la migración campo-ciudad) y un engrosamiento extraordinario de las edades intermedias en las ciudades, junto con una sobrerrepresentación femenina (CELADE, 2003). Esto no significa, en todo caso, que el ámbito urbano esté menos envejecido que el rural. Los datos, de hecho, muestran que en la actualidad el envejecimiento en el ámbito urbano casi coincide con el total nacional. A raíz de la transición demográfica mucho más avanzada en la zona urbana, el porcentaje de personas mayores debería ser más elevado y no lo es por la salida de jóvenes del campo a la ciudad. La selectividad según sexo de la migración interna en América Latina y el Caribe —con mayor movimiento entre las mujeres (Rodríguez, 2004)— se manifiesta en las diferencias entre el envejecimiento urbano y el envejecimiento rural de hombres y mujeres.

El proceso de envejecimiento en la región convive con dos rasgos territoriales: i) un amplio predominio de la localización urbana entre las personas mayores, que influye en sus requerimientos y condiciones de vida, y ii) un envejecimiento prematuro del campo, que influye en el desarrollo y el perfil de demandas del ámbito rural. Esta realidad regional varía de un país a otro, ya que en algunos la población del campo está más envejecida que la urbana (Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, Honduras, México, Panamá

y República Dominicana), mientras que en otros la población rural y urbana tienen un grado similar de envejecimiento o han sido un tanto erráticas (Brasil, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)). En un tercer grupo de países, en tanto, la población urbana es más envejecida que la rural (Argentina, Costa Rica y Cuba) (véase el cuadro I.5).

Cuadro I.5

América Latina (países seleccionados): población de 60 años y más, según área urbana y rural, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

País	Urbana			Rural		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Argentina	13,2	13,6	14,4	10,8	11,8	12,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5,5	5,7	7,7	8,6	9,2	11,7
Brasil	7,4	8,6	10,8	6,9	8,4	11,0
Cuba			19,0			16,0
Costa Rica	-	8,5	10,8	-	7,0	9,5
Ecuador	6,0	8,7	8,7	7,1	9,8	10,2
Honduras	-	5,7	11,9	-	5,9	13,6
México	6,8	7,0	9,1	6,7	8,2	10,4
Panamá	7,8	8,3	10,5	7,4	9,1	10,8
República Dominicana	-	7,7	8,7	-	8,7	10,2
Uruguay	17,5	17,9	18,7	15,5	16,2	18,9
Venezuela (República Bolivariana de)	5,9	7,0	9,1	6,8	7,6	8,6

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, base de datos del proyecto Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2017.

Las ciudades y sus componentes conforman una escala territorial menor para el estudio del envejecimiento. América Latina y el Caribe tiene una gran diversidad de ciudades dado su tamaño, configuración y función. En el cuadro I.6 se presenta información acerca del proceso de envejecimiento de la población en 12 ciudades de la región que tienen 1 millón de habitantes o más. El porcentaje de personas de 60 años y más da cuenta de que, independientemente de la escala geográfica de análisis, el proceso de envejecimiento continúa, con distintas intensidades dependiendo de la etapa de la transición demográfica en que se encuentre cada país.

En el caso de las grandes ciudades el panorama es más heterogéneo (véase el cuadro I.6). El Gran Buenos Aires es la ciudad más envejecida de las seleccionadas; el porcentaje de personas mayores no varió mucho de un censo a otro, pero sistemáticamente ha sido superior al promedio nacional y urbano. Río de Janeiro es la segunda ciudad más envejecida en 2010 y presenta una proporción de personas mayores superior a la media nacional y urbana en ambas fechas. La tercera ciudad es Caracas, donde las personas mayores representan el 12,7% de la población total en 2011, una proporción que aumentó bastante de un censo a otro y continuó siendo superior a la media nacional y urbana. En São Paulo, el porcentaje de personas mayores aumentó un 3% de un censo a otro, aunque en 2000 estaba por debajo de la media nacional y urbana y en 2010 registra valores muy similares al nivel nacional y urbano. Quito presentaba un porcentaje de personas mayores inferior al promedio nacional y urbano en 2001, pero en el último censo (2010), la proporción de población de 60 años y más es superior a la de las áreas urbanas e igual al promedio nacional. Guayaquil, por su parte, es la ciudad menos envejecida, con una proporción de personas mayores del 8,6% en 2000 y del 8,4% en 2010. Las personas mayores que residen en Ciudad de México representan el 9,9% en 2010, una cifra que supera al promedio nacional y urbano. En cambio, el porcentaje de personas mayores en la ciudad de Panamá ha sido similar a la media nacional y urbana durante el período analizado.

Cuadro I.6

América Latina (ciudades seleccionadas): población total, población de 60 años y más e indicadores de envejecimiento, censos de 2000 y 2010

Ciudades	Año del censo	Población		Personas mayores (en porcentajes)	Relación de dependencia en la vejez	Índice de envejecimiento
		Total	60 años y más			
Gran Buenos Aires	2001	12 046 602	1 827 204	15,2	25,3	60,9
	2010	13 578 548	2 091 150	15,4	25,2	65,5
La Paz	2001	1 436 935	85 280	5,9	9,9	17,3
	2012	1 687 426	137 999	8,2	13,0	28,5
São Paulo	2000	17 076 766	1 345 346	7,9	12,6	31,9
	2010	19 459 583	2 079 309	10,7	15,8	48,8
Río de Janeiro	2000	11 056 863	1 158 738	10,5	17,2	44,9
	2010	11 777 368	1 569 295	13,3	20,2	64,0
San José	2000	1 031 817	93 157	9,0	14,3	32,4
	2011	1 202 680	142 381	11,8	17,9	53,9
Quito	2001	1 399 378	117 474	8,4	13,3	29,4
	2010	1 607 734	149 984	9,3	14,6	34,8
Guayaquil	2001	2 159 910	185 799	8,6	13,9	29,2
	2010	2 509 530	210 652	8,4	13,4	29,1
Tegucigalpa	2001	773 978	41 326	5,3	8,9	15,4
	2013	1 055 729	77 694	7,4	12,3	25,1
Ciudad de México	2000	17 506 282	1 220 766	7,0	11,0	23,9
	2010	19 519 434	1 935 139	9,9	15,2	39,8
Panamá	2000	1 212 435	97 460	8,0	12,6	28,8
	2010	1 577 959	158 024	10,0	15,6	38,9
Santo Domingo	2002	2 148 261	157 724	7,3	11,9	23,7
	2010	3 119 494	253 277	8,1	12,9	28,3
Caracas	2001	2 876 858	276 313	9,6	14,9	37,2
	2011	2 901 918	369 677	12,7	19,3	59,8

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, base de datos del proyecto Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2017.

Buenos Aires, Río de Janeiro y Caracas son las ciudades que presentan los índices más altos de dependencia en la vejez y de envejecimiento: en 2010 hay 25, 20 y 19 personas de 60 años y más por cada 100 potencialmente activos en cada una de estas ciudades, mientras que por cada 100 menores de 15 años hay entre 60 y 65 personas mayores. El resto de las ciudades analizadas en la década de 2010 presenta relaciones de dependencia en la vejez menores al 18%. Se destaca Tegucigalpa por presentar la menor relación de dependencia en la vejez (12 personas de 60 años y más por cada 100 potencialmente activos). Una situación similar se observa al analizar el índice de envejecimiento, ya que en esa ciudad hay 25 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

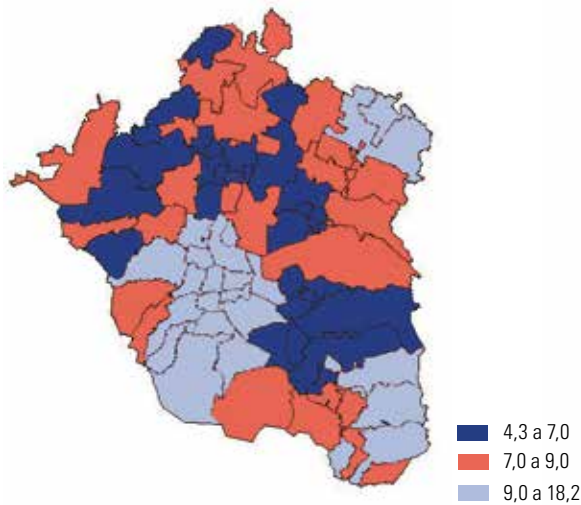
Las acciones de política más directas son las que se realizan a escalas territoriales menores. Debido a que es ahí donde lo local recobra relevancia, es importante contar con información sobre el envejecimiento de la población y las características de las personas mayores a niveles menores. Así, al momento de diseñar un programa de cuidados para las personas mayores, o un programa sobre prevención o mitigación de desastres que contemple a este grupo de población más vulnerable en estas situaciones, es imprescindible conocer, por ejemplo, las áreas más envejecidas de las ciudades, dónde se localizan las personas mayores en las grandes ciudades y qué características sociodemográficas presentan. Con los microdatos censales es posible contar con información sobre el proceso de envejecimiento y las características de las personas mayores a estos niveles de análisis, y de esta manera se puede analizar qué ocurre en los aglomerados metropolitanos.

Un ejemplo de este nivel de análisis es la información del mapa I.2, que presenta la proporción de personas mayores según las divisiones administrativas menores que componen estas grandes ciudades. En los cuatro aglomerados metropolitanos analizados se constata que una mayor proporción de personas mayores se localiza en las áreas céntricas y más antiguas de la ciudad. Por ejemplo, más del 15% de la población de seis municipios centrales de Ciudad de México tiene 60 años y más; en la ciudad de Panamá, los distritos que presentan la mayor proporción de personas mayores (sobre el 10%) son los dos más antiguos (Panamá y San Miguelito); los cantones centrales de San José tienen proporciones de personas mayores superiores al 11% de la población. São Paulo presenta un comportamiento un tanto diferente, ya que varios municipios centrales, como otros localizados más en la periferia de la ciudad, presentan valores superiores al 9,8%.

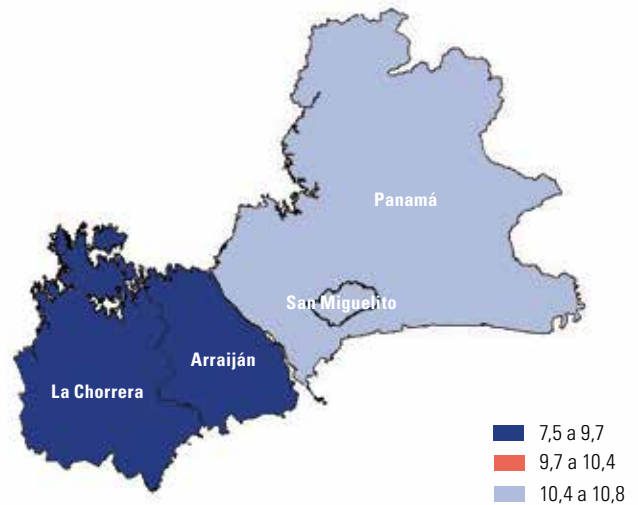
Mapa I.2

América Latina (4 ciudades): población de 60 años y más, según división administrativa menor, censos de la década de 2010
(En porcentajes)

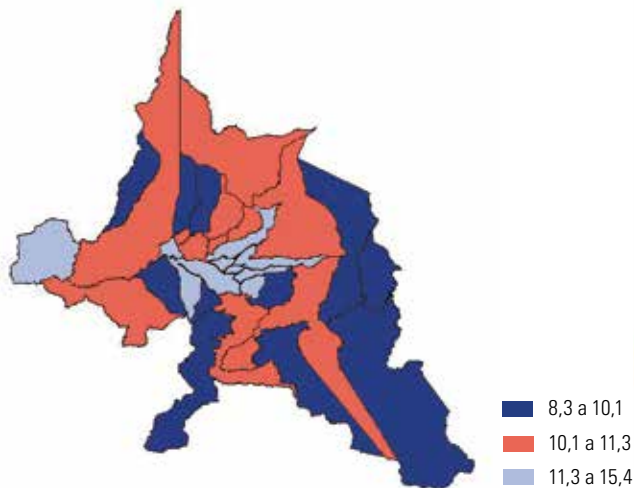
A. Ciudad de México (municipios), 2010



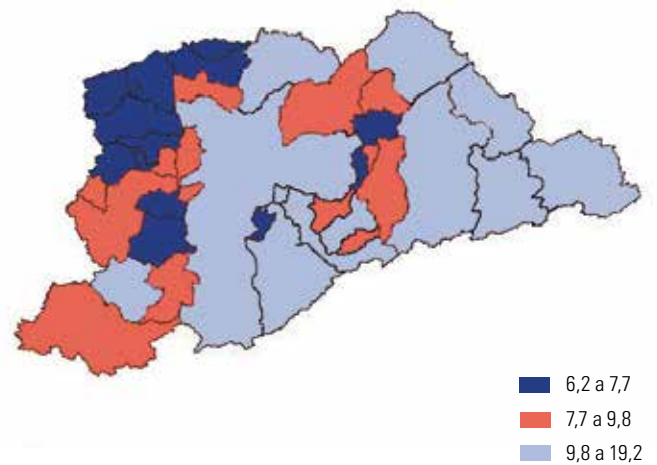
B. Panamá (distritos), 2010



C. San José (cantones), 2011



D. São Paulo (municipios), 2010



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, base de datos del proyecto Distribución Espacial de la Población y Urbanización en América Latina y el Caribe (DEPUALC), 2017.

3. Mayor acceso a la educación formal

En el pasado, un rasgo característico de las personas mayores era su nivel educativo más bajo, fruto de las desigualdades de acceso que este grupo de población había experimentado en su formación. Con el transcurso de las décadas esta situación tiende a cambiar, y un claro ejemplo es la disminución del porcentaje de analfabetismo en las personas mayores (véase el cuadro I.7), tanto porque son cohortes más educadas que disfrutaron de un mayor acceso a la educación formal cuando eran jóvenes o por una alfabetización más tardía, producto de importantes programas de alfabetización puestos en marcha por los Estados. Sin embargo, aún persisten brechas entre un país y otro: mientras que el Uruguay presentaba un porcentaje de analfabetismo del 3% en 2010, en Bolivia (Estado Plurinacional de) y la República Dominicana ese porcentaje era del 30%. Además, en los países persisten brechas entre las áreas urbanas y rurales y entre hombres y mujeres.

Cuadro I.7

América Latina (10 países): población analfabeta, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

País	1990			2000			2010		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Argentina	10,7	12,4	11,6	5,4	6,1	5,8	4,0	4,4	4,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	38,1	67,2	53,5	30,3	62,3	47,5	17,9	40,8	30,2
Brasil	39,3	47,0	43,4	31,2	36,6	34,2	24,9	27,4	26,3
Costa Rica	-	-	-	16,5	16,1	16,3	8,0	8,0	8,0
Ecuador	27,7	38,9	33,5	21,6	29,3	25,6	19,6	28,2	24,1
México	-	-	-	24,1	36,0	30,4	18,7	27,5	23,4
Panamá	28,1	28,7	28,4	22,6	23,0	22,8	16,7	17,2	16,9
República Dominicana	-	-	-	29,8	35,5	32,7	28,8	31,7	30,3
Uruguay	8,5	6,5	7,4	-	-	-	3,8	2,5	3,0
Venezuela (República Bolivariana de)	25,0	32,6	29,1	21,4	29,5	25,8	14,6	18,0	16,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los microdatos censales proporcionados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, procesados con el sistema de Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM).

Es alentador constatar que las cohortes que se incorporan a la población de personas mayores en esta década son más educadas que en décadas pasadas, y probablemente lo seguirán siendo en las siguientes. Las desigualdades territoriales y de género que afectan a las personas mayores permean estos avances, y la reducción de esas brechas se apreciará en varias décadas más.

4. Una vejez femenina acompañada

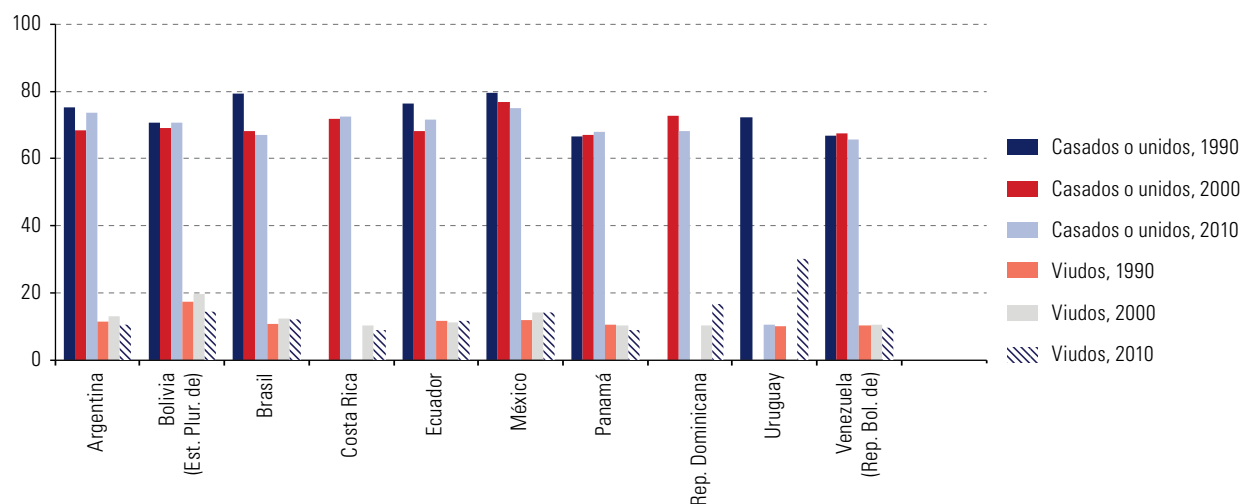
En general, con los censos de décadas anteriores se ha constatado que hay un mayor predominio de viudez en las mujeres, mientras que una alta proporción de hombres continúa casado o unido. Una de las razones esgrimidas para este fenómeno es que las mujeres por lo general se casaron con hombres de mayor edad y estos, al tener una menor esperanza de vida, han fallecido antes que sus compañeras, por lo que ellas han enviudado más jóvenes y, por una razón cultural, no han vuelto a casarse o unirse. Por el contrario, los hombres suelen casarse con mujeres más jóvenes, por lo que al llegar a una edad avanzada siguen unidos a sus compañeras, y, si quedan viudos, suelen volver a unirse o casarse.

En el gráfico I.13 se expone, en parte, esta situación. En el caso de los hombres (véase el gráfico I.13.A), se aprecia una alta proporción de hombres mayores casados (en todos los países superan el 65%), mientras que el porcentaje de viudos mayores no supera el 17%. En el gráfico I.13.B se presenta la situación de las mujeres y se muestra una tendencia que, al parecer, comienza a revertirse. Si bien el porcentaje de viudas continúa siendo relativamente alto (mayor al 30%) en comparación con los hombres viudos, en algunos países este porcentaje empieza a disminuir, y la proporción de mujeres casadas o unidas comienza a aumentar levemente hasta llegar a superar en algunos casos el 40%. Al parecer, las cohortes de mujeres más jóvenes que se han ido incorporando a la población adulta mayor tienden a cambiar el patrón sociocultural de no volver a unirse e intentar nuevas relaciones de pareja a edades mayores o se unen con hombres un tanto menores que tienden a vivir más tiempo.

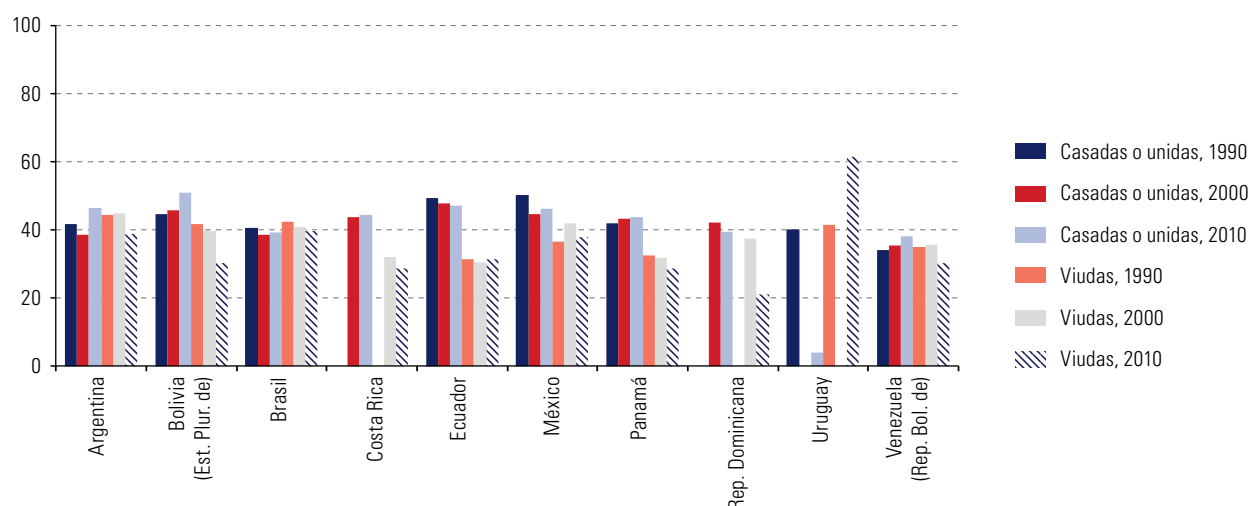
Gráfico I.13

América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas casadas o unidas y viudas, censos de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

A. Hombres



B. Mujeres



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los microdatos censales proporcionados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, procesados con el sistema de Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM).

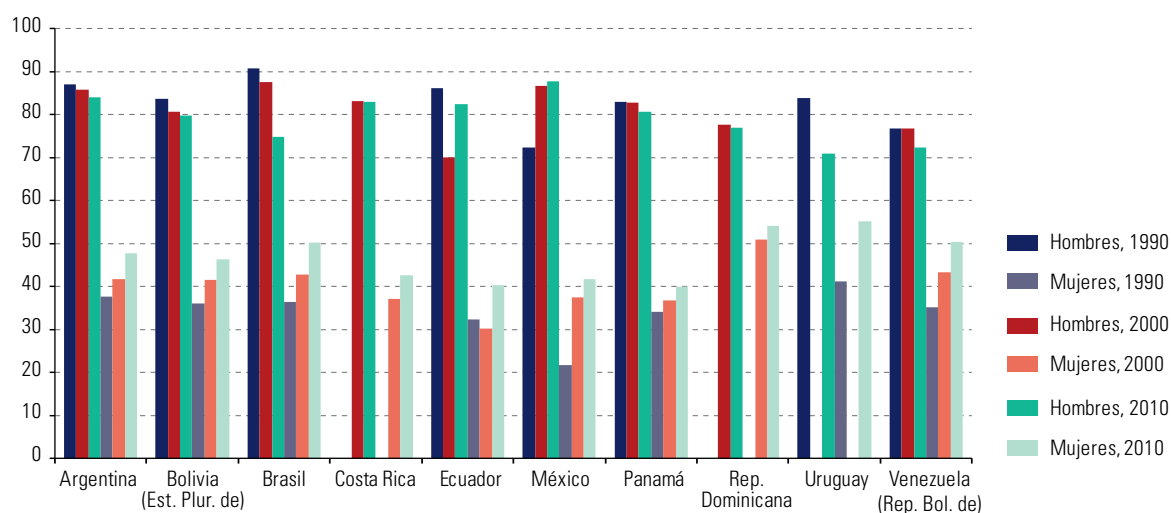
5. Mujeres mayores jefas de hogar

Si bien las tasas de jefatura de hogar siempre han sido más altas entre los hombres, en las últimas décadas se ha observado un aumento en el número de mujeres jefas de hogar. En América Latina y el Caribe hay una alta proporción de personas mayores que sigue ejerciendo la jefatura del hogar. En la mayoría de los países, más del 50% de las personas de edad se encuentra a cargo del hogar en el que vive. Sin embargo, las cifras totales ocultan diferencias de género en el ejercicio de este rol. En este sentido, aunque hay más hombres a cargo del hogar, se aprecia un aumento sostenido de la jefatura femenina y un leve descenso de la proporción de hombres mayores jefes de hogar.

En 1990, menos del 40% de las mujeres mayores ejercía la jefatura de hogar en la región (solo el Uruguay superaba esta cifra). La información de los censos de la década de 2000 expone que esta proporción sigue aumentando, ya que en varios países (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)) la proporción de mujeres mayores jefas de hogar superaba el 40%. Actualmente, casi la mitad de las mujeres mayores ejerce la jefatura de hogar. Se destacan los casos del Brasil, la República Dominicana, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), donde hay más de un 50% de mujeres mayores jefas de hogar (véase el gráfico I.14).

Gráfico I.14

América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas mayores jefas de hogar, según sexo, censos de 1990, 2000 y 2010 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los microdatos censales proporcionados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, procesados con el sistema de Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM).

La jefatura de hogar puede asignarse por tres vías: i) por reconocimiento, cuando se asigna por autodefinición o reconocimiento de otros miembros del hogar; ii) por criterio de autoridad, cuando se asigna en función de la autoridad de un miembro, que lidera los procesos de decisiones y controla el mantenimiento del hogar; o iii) por criterio económico, cuando se define en función del principal aporte económico que uno de los miembros realiza para la mantención del hogar. Una de las razones de la mayor proporción de mujeres mayores jefas de hogar es que estas se ubican en etapas más avanzadas del ciclo familiar, donde una proporción de estas jefas de hogar son viudas. Sin embargo, actualmente son más las mujeres reconocidas como jefas de hogar, y

eso también incluye a las mujeres mayores, incluso cuando viven con su pareja en hogares biparentales. También es importante tener en cuenta que en varios hogares de la región, el ingreso principal es aportado por la persona mayor que vive en ellos, y entonces esa persona es designada como jefe o jefa de hogar.

6. Incremento de la discapacidad

Según los resultados de los censos de la ronda de 2010 para 8 países latinoamericanos, alrededor de 41 de cada 100 personas mayores experimentaban algún tipo de discapacidad (véase el gráfico I.15). La incidencia es más elevada en las mujeres que en los hombres: un 43% frente a un 38,8%. Estos valores a nivel agregado indican que un grupo importante de la población mayor vive con algún tipo de discapacidad, por lo que es necesario conocer sus características sociodemográficas, puesto que esa condición plantea enormes desafíos en términos de salud y cuidado en los hogares.

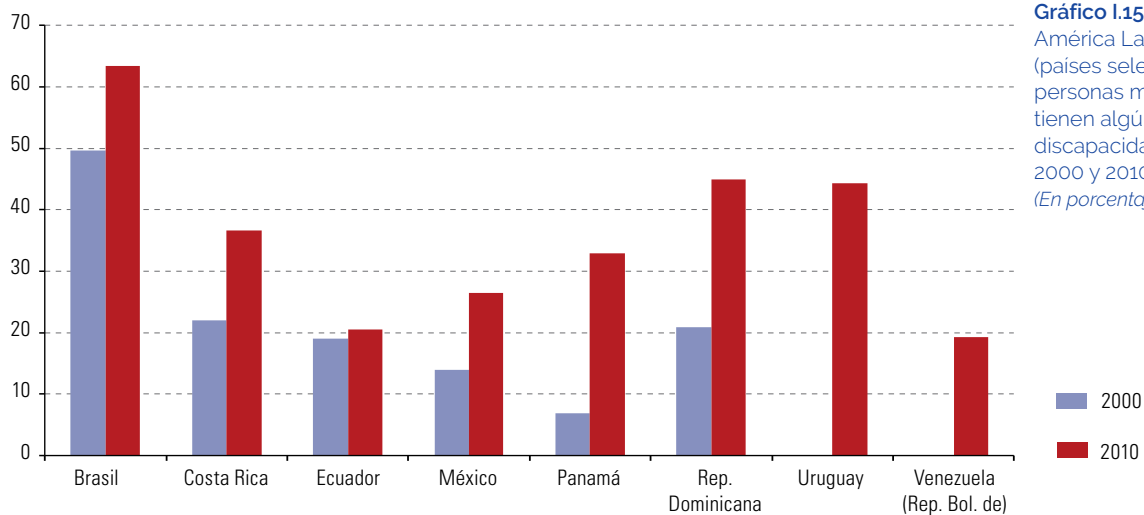


Gráfico I.15
América Latina y el Caribe
(países seleccionados):
personas mayores que
tienen algún tipo de
discapacidad, censos de
2000 y 2010
(En porcentajes)

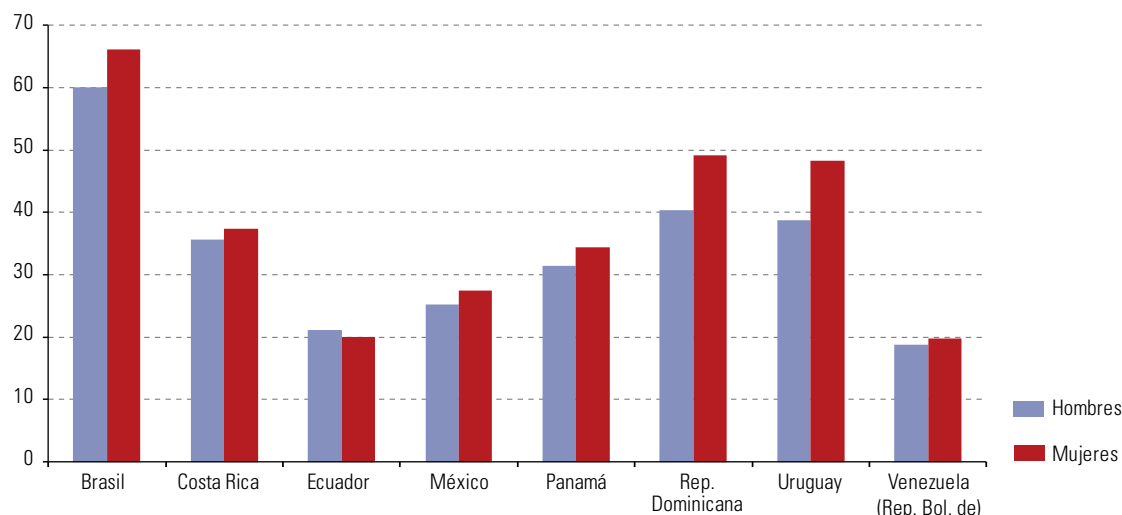
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los microdatos censales proporcionados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, procesados con el sistema de Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM).

Una característica sobresaliente es que las personas con al menos una discapacidad presentan sistemáticamente relaciones de masculinidad inferiores a 100, es decir, hay una mayor presencia femenina. En un estudio de la CEPAL (2013) sobre este tema se indicaba que las mujeres registraban una tasa de prevalencia de discapacidad más alta que los hombres, y que esta situación ocurría en más de la mitad de los países de la región. Las cifras del gráfico I.16 así lo demuestran, ya que se observa que en las personas mayores de todos los países analizados hay una mayor prevalencia de discapacidad en las mujeres. Esto se debe a que la mayor esperanza de vida de las mujeres aumentaría la posibilidad de tener una discapacidad asociada a una enfermedad crónica o a un accidente en etapas avanzadas de la vida.

Gráfico I.16

América Latina y el Caribe (países seleccionados): personas mayores que tienen algún tipo de discapacidad, según sexo, censos de 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los microdatos censales proporcionados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, procesados con el sistema de Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador (REDATAM).

Lo expuesto se puede observar claramente en el caso uruguayo: casi la mitad (48%) de las mujeres mayores presenta algún tipo de discapacidad, mientras que los hombres mayores con discapacidad representan el 38%, según el censo de 2011. El Uruguay es uno de los países más envejecidos de la región y, por tanto, registra un alto porcentaje de mujeres de 60 años y más que, como ya se indicó, estarían más expuestas a padecer algún tipo de discapacidad. Algo similar ocurre en el Brasil y Costa Rica, que, si bien se encuentran en una etapa menos avanzada del envejecimiento, tienen más del 13% de la población en este grupo etario y, por ende, más personas expuestas al riesgo de experimentar alguna discapacidad.

A medida que continúe el avance del proceso de envejecimiento demográfico en los países de la región, es probable que las mujeres tengan una mayor representatividad en el grupo de personas con discapacidad. Esto merece la máxima atención desde la perspectiva de la política pública porque es sabido que la condición de género se interseca con otras variables, como la discapacidad, la edad y la clase social, para generar situaciones de mayor desigualdad. De esta forma, debido a las inequidades sufridas en el transcurso de su vida, las mujeres suelen pasar más años con limitaciones funcionales que los hombres. Para ellas, al igual que para los hombres —aunque en menor medida—, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que generalmente desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin los cuidados necesarios, deteriora de manera notable su calidad de vida en la vejez (véase el recuadro I.1).

Recuadro I.1

Esperanza de vida libre de discapacidad en la vejez

Sobre la base de datos censales de la década de 2010 y tablas de mortalidad elaboradas por las oficinas nacionales de estadística, en el gráfico 1 se muestran los resultados de la aplicación del método de Sullivan para el cálculo de la esperanza de vida libre de discapacidad en algunos países de la región.

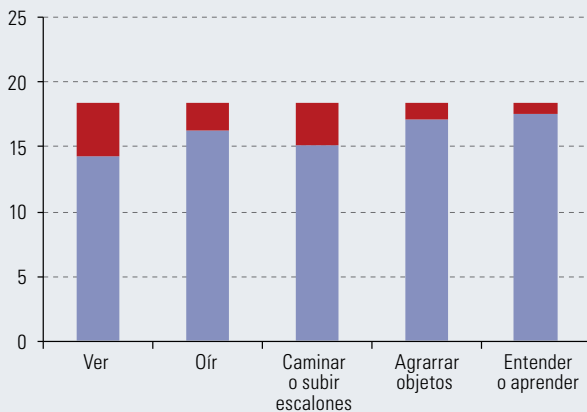
Las dificultades o limitaciones que más afectan a la población de 60 años y más son aquellas para ver, caminar o subir gradas, y oír. Al hacer un análisis por sexo, se observa con claridad que las mujeres son las que viven por más tiempo con alguna dificultad o limitación, lo que incide directamente en su calidad de vida. Cabe destacar que en el caso de la dificultad o limitación para ver, en el Brasil y la República Dominicana la esperanza de vida libre de discapacidad femenina es casi igual a la masculina.

Gráfico 1

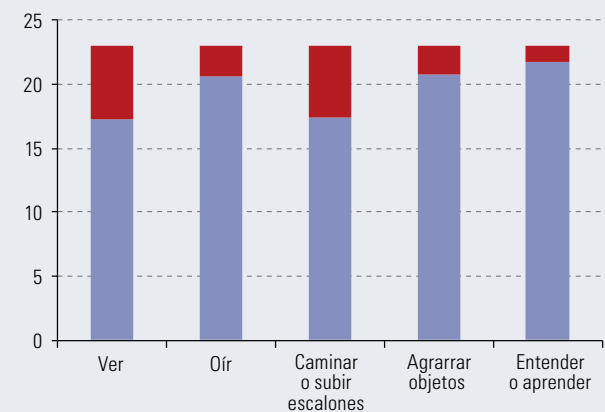
América Latina (5 países): esperanza de vida libre de discapacidad y esperanza de vida con algún grado de discapacidad a los 60 años, por sexo, censos de la década de 2010 (En años)

A. Argentina

Hombres

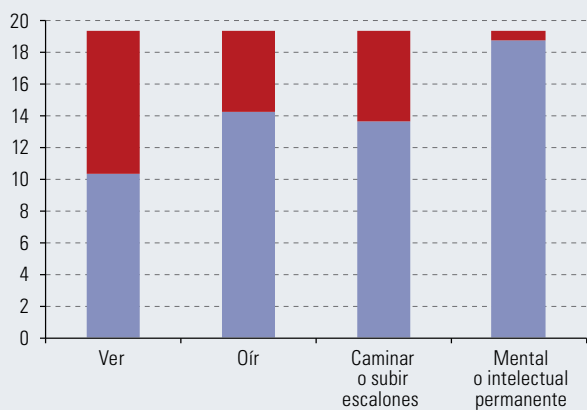


Mujeres

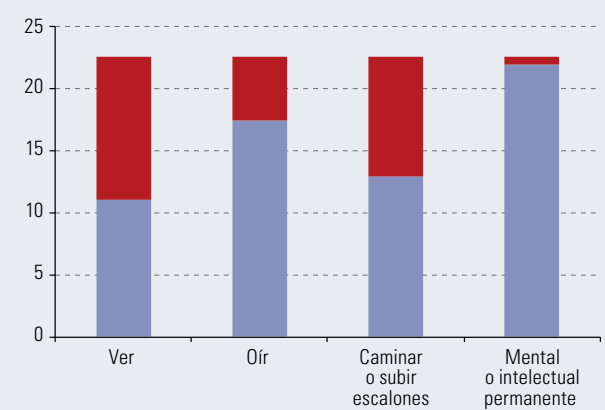


B. Brasil

Hombres



Mujeres

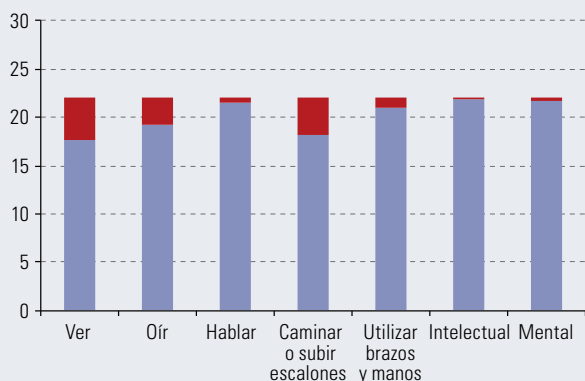


■ Sin dificultad ■ Con dificultad

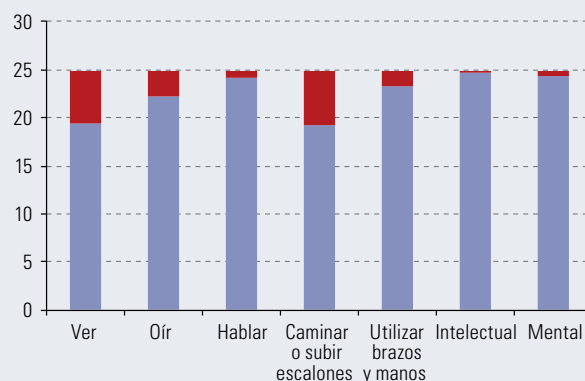
Recuadro I.1 (continuación)

C. Costa Rica

Hombres

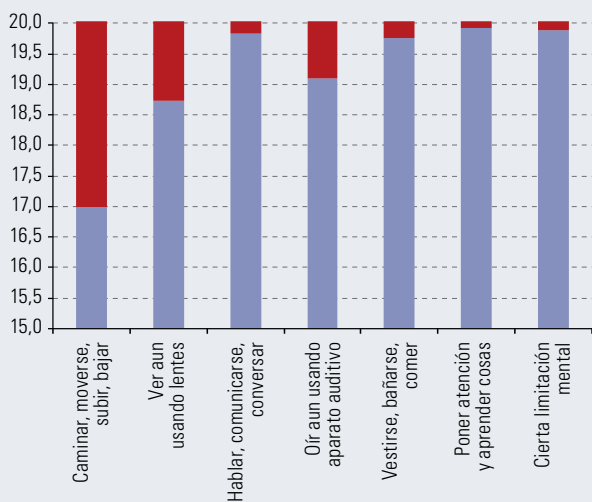


Mujeres

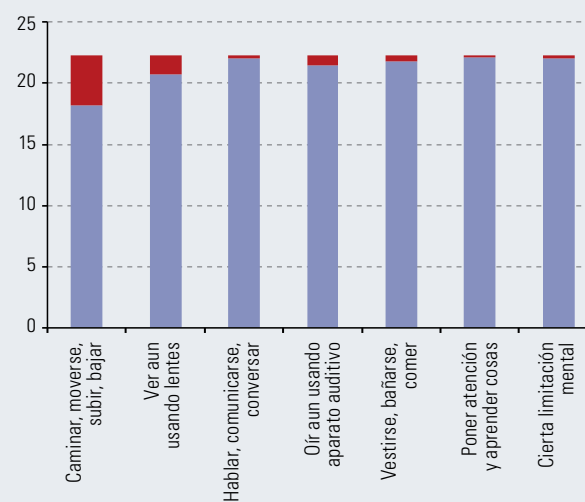


D. México

Hombres

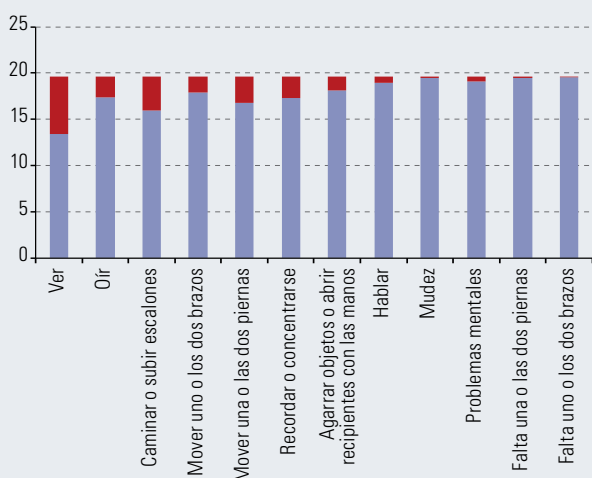


Mujeres

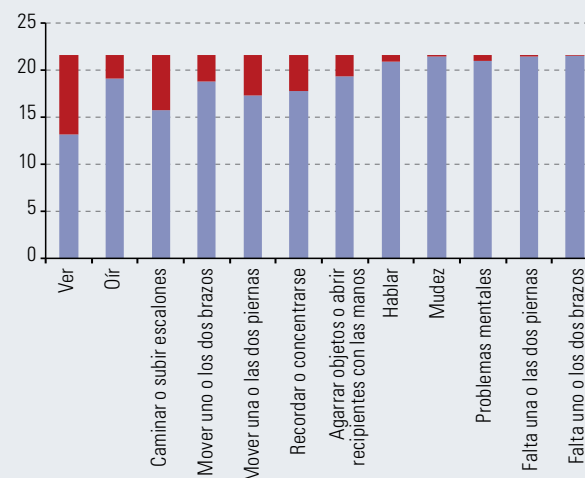


E. República Dominicana

Hombres



Mujeres



■ Sin dificultad ■ Con dificultad

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos censales correspondientes a la década de 2010 y tablas de mortalidad publicados por las oficinas nacionales de estadística de los respectivos países.

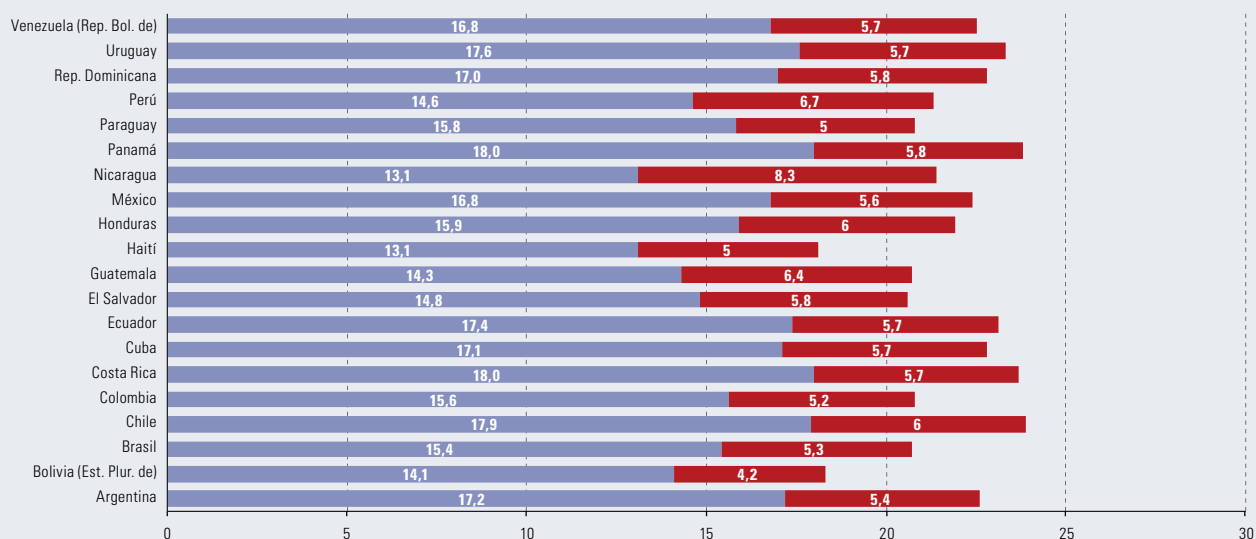
Recuadro I.1 (conclusión)

También se observa que el promedio de años que la población femenina de 60 años y más espera vivir con alguna enfermedad en general se ha incrementado entre 2000 y 2015. En el gráfico 2 se presenta la desagregación de la esperanza de vida a los 60 años en esperanza de vida sana y esperanza de vida carente de buena salud a esa misma edad para ambos períodos. En más de la mitad de los países estudiados hay un aumento del número de años que vivía una persona mayor con alguna discapacidad o limitación. En el Ecuador, la República Dominicana y el Uruguay, la esperanza de vida carente de salud se ha mantenido entre 2000 y 2015, mientras que en la Argentina, Guatemala, Haití, Nicaragua y el Perú se ha registrado un descenso, con una variación de entre 0,1 y 1,9 años.

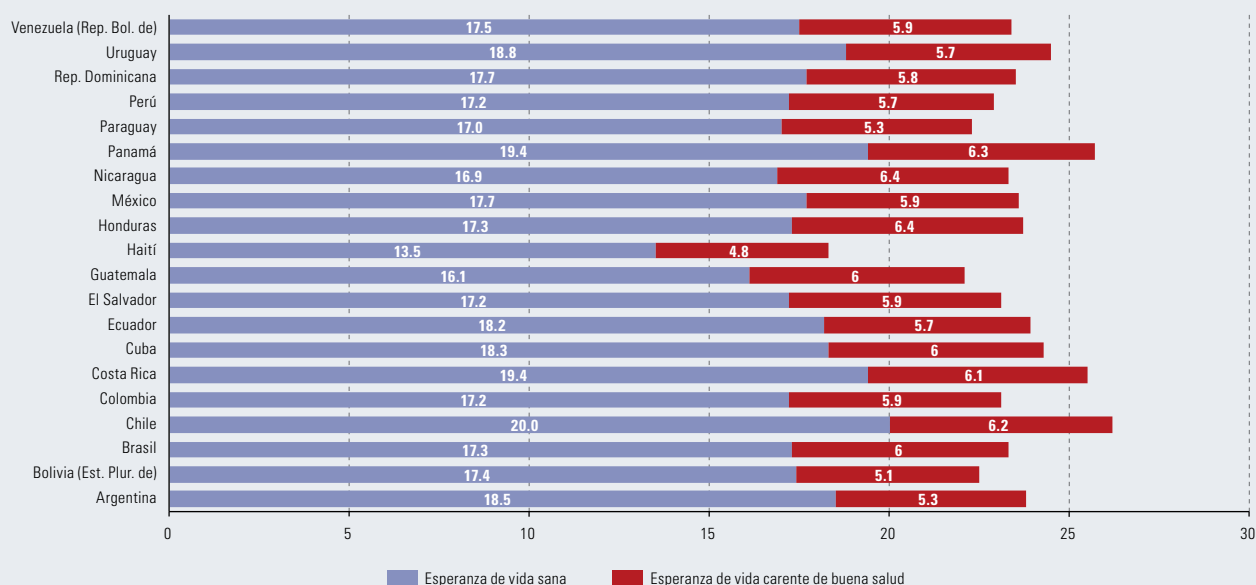
Gráfico 2

América Latina y el Caribe (20 países): esperanza de vida sana y carente de buena salud a los 60 años, 2000 y 2015 (En años)

A. 2000



A. 2015



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos y estadísticas del repositorio de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos censales correspondientes a la década de 2010 datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

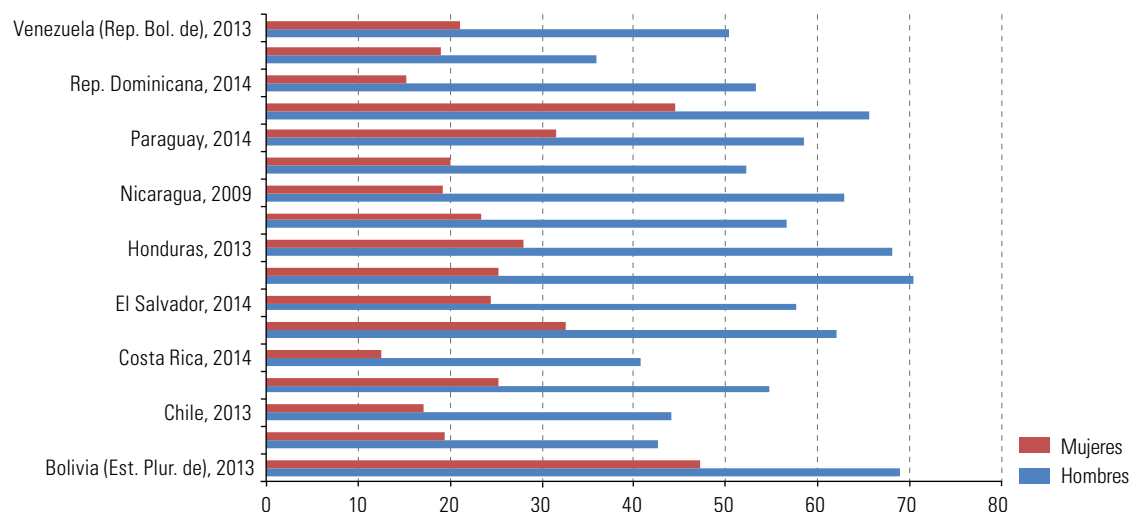
7. Las personas mayores siguen activas económicamente

La participación económica de la población de 60 años y más es heterogénea. En los hombres mayores oscila entre el 35,8% en el Uruguay y el 70,2% en Guatemala, mientras que en las mujeres mayores varía entre el 12,4% en Costa Rica y el 47,0% en Bolivia (Estado Plurinacional de) (véase el gráfico I.17).

Gráfico I.17

América Latina (17 países): tasa de participación de la población de 60 años y más, por sexo, alrededor de 2014

(En porcentajes de la población económicamente activa de 15 años y más)



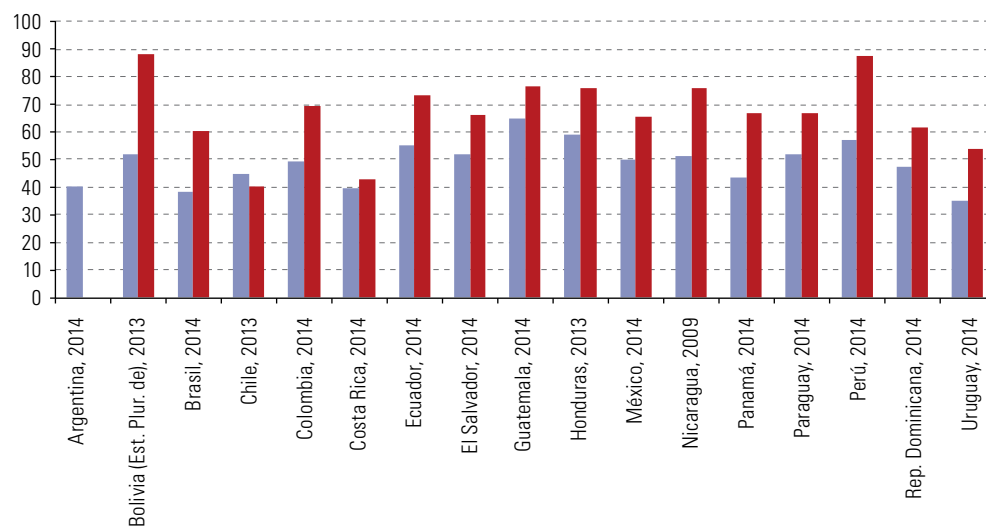
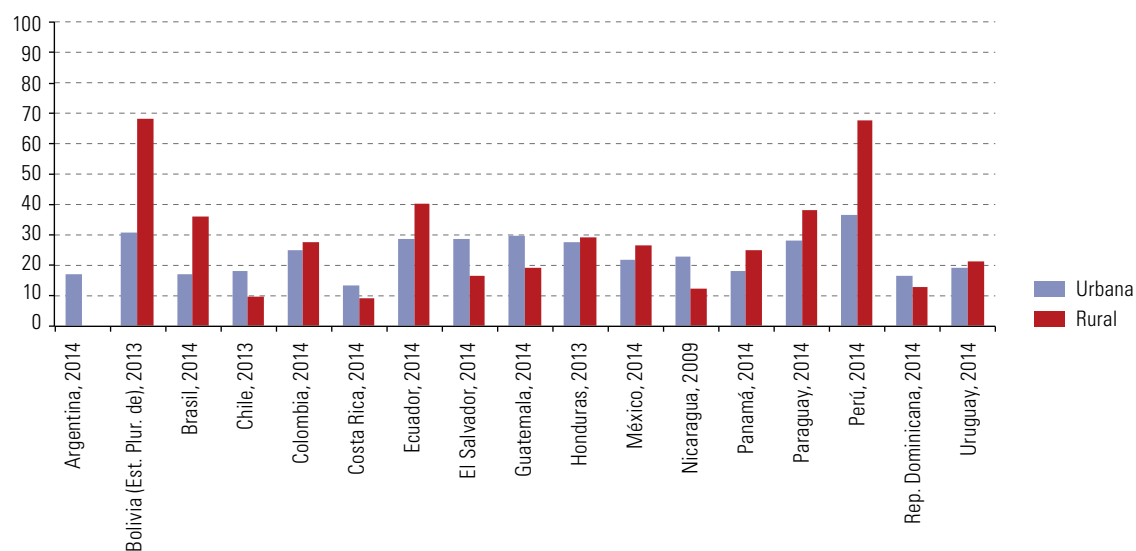
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPALSTAT.

Según el área geográfica, se observa que la mayor participación económica de la población adulta mayor masculina ocurre en el área rural, con la excepción de Chile (véase el gráfico I.18.A)². Entre la población femenina adulta mayor, la situación es heterogénea: mientras que en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Colombia, el Ecuador, Honduras, México, Panamá, el Paraguay, el Perú y el Uruguay la participación económica de las mujeres mayores es más elevada en el área rural, en Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana se aprecia una situación inversa (véase el gráfico I.18.B).

² En el caso de la Argentina solo se dispone de información del área urbana.

Gráfico I.18

América Latina (17 países): tasa de participación de la población de 60 años y más, por área geográfica, alrededor de 2014
(En porcentajes de la población económicamente activa de 15 años y más)

A. Hombres**B. Mujeres**

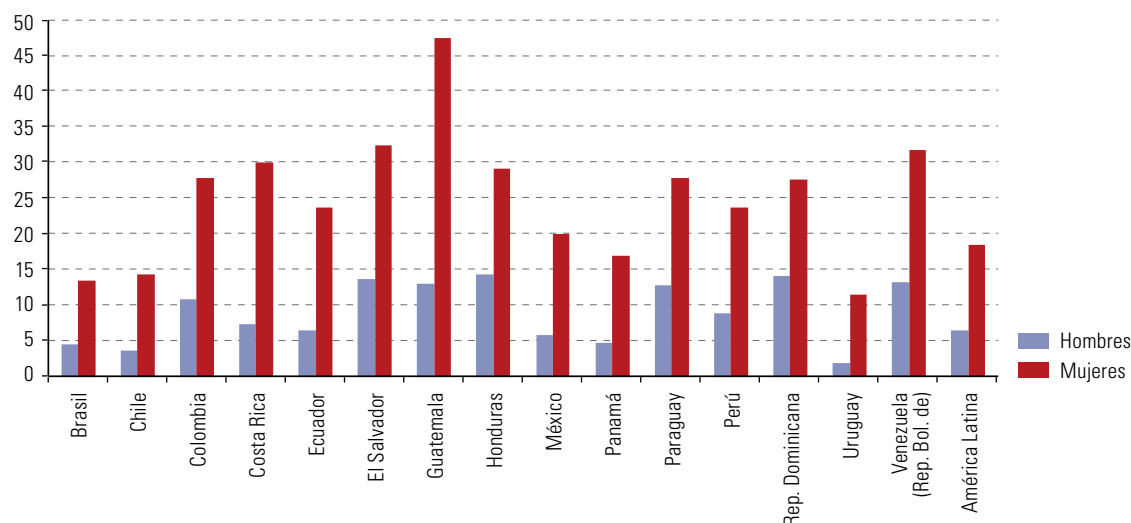
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPALSTAT.

8. Persistencia de las brechas de género en la percepción de ingresos durante la vejez

Las brechas socioeconómicas entre hombres y mujeres mayores también se observan en la percepción de ingresos, donde las segundas se encuentran en amplia desventaja. En el gráfico I.19 se presentan los porcentajes de población de 60 años y más que no reciben ingresos propios, por sexo, para 15 países de la región. En la República Dominicana la brecha es prácticamente igual a dos, mientras que en el Uruguay es igual a seis. Las diferencias por zona geográfica entre las mujeres mayores rurales y urbanas no es significativa, puesto que en ambos casos tiende a la baja.

Gráfico I.19

América Latina (15 países): personas de 60 años y más que no reciben ingresos propios, por sexo, alrededor de 2014^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPALSTAT.

^a Promedio ponderado.

D. Conclusiones

Las transformaciones demográficas que han experimentado los países de América Latina en las últimas cinco décadas se han desarrollado con diferentes tiempos e intensidades, y eso hace que en la región exista una heterogeneidad de situaciones. Sin embargo, las principales consecuencias del descenso de la fecundidad y la mortalidad han sido la reducción del crecimiento poblacional y la transformación de la estructura por edad, que implica el envejecimiento de la población.

Los países en los que la transición demográfica ha sido más tardía aún tienen por delante una buena porción del período de oportunidad demográfica para mejorar los resultados de sus políticas de educación, salud y pensiones. Los países más avanzados en la transición, por su parte, ya han entrado en procesos de envejecimiento acelerado y enfrentan cada vez más exigencias para financiar los sistemas de pensiones, adecuar los sistemas de salud a una epidemiología mixta, crecientemente onerosa, y gestionar sistemas apropiados de cuidado.

Para atender los efectos de los cambios demográficos es necesario contar con una amplia gama de políticas, entre las que destacan las dirigidas a los jóvenes (para ampliar sus oportunidades de educación y empleo), las de salud y las de seguridad social y pensiones. También se necesita crear un sistema público para el cuidado y adecuar las políticas fiscales con el fin de lograr un buen equilibrio intergeneracional de las transferencias. Estas políticas deben recibir un tratamiento integral que incluya la consideración de las tendencias demográficas e incorpore las perspectivas de ciclo de vida, género, interculturalidad, derechos y procesos intergeneracionales de manera apropiada para los contextos nacionales, con un horizonte de largo plazo.

Bibliografía

- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2003), "La situación de las personas mayores", documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago, 19 al 21 de noviembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016), "Los impactos de las tendencias demográficas", *Panorama Social de América Latina*, 2015 (LC/G.2691-P), Santiago.
- (2015), *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe*, 2015 (LC/G.2646), Santiago, septiembre.
- (2013), *Panorama Social de América Latina, 2012* (LC/G.2557-P), Santiago.
- (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe* (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago.
- Di Cesare, M. (2011), "El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones", *Documentos de Proyectos* (LC/W.395), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Naciones Unidas (2015a), "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (A/RES/70/1), Nueva York.
- (2015b), "World Population Prospects: The 2015 Revision", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [DVD Edition].
- Rodríguez, J. (2004), "Migración interna en América Latina y el Caribe: Estudio regional del período 1980-2000", *serie Población y Desarrollo*, N° 50 (LC/L.2059-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Villa, M. y D. González (2004), "Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro", *Revista de Sociología*, N° 18-2004, Santiago, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Anexo I.A1

Cuadro I.A1.1

América Latina y el Caribe: población de 60 años y más según el sexo, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión, país	1965			1980			1995		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	15 224	7 116	8 109	23 753	10 872	12 881	36 701	16 359	20 342
El Caribe	1 587	790	797	2 551	1 232	1 320	3 549	1 659	1 890
Antigua y Barbuda	4	1	2	6	2	3	7	3	4
Bahamas	7	3	4	13	6	7	20	8	11
Barbados	26	9	17	36	15	21	37	15	22
Cuba	647	350	297	1 065	526	539	1 383	652	732
Granada	7	3	4	9	4	5	10	4	6
Haití	245	115	130	361	170	192	478	220	258
Jamaica	142	63	79	200	93	107	247	116	131
República Dominicana	162	85	77	285	148	136	538	272	266
San Vicente y las Granadinas	6	2	4	8	4	5	10	4	5
Santa Lucía	7	3	4	9	4	5	15	7	8
Trinidad y Tabago	52	25	27	87	41	46	109	48	61
Centroamérica	3 225	1 531	1 694	5 007	2 299	2 708	8 367	3 765	4 602
Belice	7	3	4	9	4	5	13	6	7
Costa Rica	80	40	40	146	72	74	267	125	142
El Salvador	164	75	89	248	113	135	410	188	222
Guatemala	214	105	110	329	161	168	579	275	304
Honduras	114	54	61	174	82	93	299	143	157
México	2 489	1 180	1 309	3 835	1 743	2 093	6 354	2 821	3 533
Nicaragua	83	38	46	142	63	79	242	108	134
Panamá	74	38	36	123	61	61	203	98	104
América del Sur	10 412	4 794	5 618	16 194	7 341	8 853	24 785	10 936	13 850
Argentina	2 194	1 073	1 121	3 376	1 510	1 866	4 653	1 985	2 668
Bolivia (Estado Plurinacional de)	258	116	142	327	148	179	528	248	280
Brasil	4 400	1 968	2 432	7 049	3 194	3 856	11 136	4 865	6 270
Chile	682	304	378	969	424	544	1 433	623	810
Colombia	991	445	546	1 560	706	854	2 413	1 077	1 335
Ecuador	351	162	189	482	227	255	761	360	401
Guyana	35	16	19	43	21	22	48	22	26
Paraguay	114	51	63	186	86	101	296	139	157
Perú	643	301	342	969	451	518	1 587	743	844
Suriname	20	10	10	23	11	12	35	16	19
Uruguay	332	153	179	430	191	239	553	233	320
Venezuela (República Bolivariana de)	390	194	196	776	370	406	1 336	621	715

Cuadro I.A1.1 (conclusión)

Región, subregión, país	2015			2030			2045			2060		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	70 922	31 827	39 095	120 959	54 348	66 611	180 447	81 918	98 530	233 842	108 746	125 097
El Caribe	5 745	2 659	3 086	8 946	4 133	4 813	11 400	5 233	6 166	13 346	6 196	7 150
Antigua y Barbuda	10	4	5	21	9	12	27	12	15	32	14	18
Bahamas	49	21	28	90	40	50	122	55	67	152	70	82
Barbados	56	25	32	81	35	45	88	38	50	87	38	48
Cuba	2 215	1 047	1 168	3 552	1 696	1 856	4 030	1 943	2 088	3 951	1 937	2 014
Granada	11	5	6	16	7	9	23	11	12	32	15	17
Haití	755	342	413	1 168	532	635	1 853	842	1 011	2 742	1 244	1 498
Jamaica	357	172	185	537	256	281	695	313	382	872	403	469
República Dominicana	1 023	489	533	1 722	801	921	2 511	1 149	1 362	3 303	1 527	1 776
San Vicente y las Granadinas	12	6	6	21	10	10	26	13	14	31	14	16
Santa Lucía	23	11	13	39	17	21	53	24	29	65	30	35
Trinidad y Tabago	193	87	106	277	120	157	344	144	200	349	144	205
Centroamérica	16 144	7 508	8 636	28 786	13 275	15 510	46 832	21 658	25 174	65 548	31 100	34 449
Belice	21	11	11	42	19	23	73	31	41	118	51	67
Costa Rica	613	290	323	1 111	525	587	1 580	753	827	2 001	969	1 032
El Salvador	703	302	400	1 010	406	604	1 387	541	846	1 921	788	1 133
Guatemala	1 145	519	627	1 834	776	1 058	3 307	1 414	1 893	5 516	2 471	3 045
Honduras	581	278	304	1 044	492	552	1 827	847	980	2 985	1 404	1 581
México	12 177	5 696	6 481	22 094	10 311	11 784	35 909	16 814	19 095	49 128	23 585	25 543
Nicaragua	473	209	264	878	383	495	1 560	693	867	2 324	1 088	1 236
Panamá	430	204	227	773	364	408	1 189	564	625	1 556	744	812
América del Sur	49 033	21 661	27 372	83 227	36 940	46 287	122 216	55 027	67 189	154 948	71 450	83 498
Argentina	6 559	2 753	3 807	8 634	3 687	4 947	11 947	5 294	6 653	15 177	6 955	8 222
Bolivia (Estado Plurinacional de)	988	468	520	1 499	699	800	2 359	1 092	1 268	3 486	1 615	1 870
Brasil	24 392	10 726	13 665	42 879	18 860	24 019	63 803	28 501	35 302	78 815	36 123	42 692
Chile	2 818	1 219	1 598	4 800	2 129	2 671	6 515	2 961	3 554	7 924	3 691	4 233
Colombia	5 226	2 347	2 879	9 721	4 386	5 335	13 872	6 247	7 624	17 146	7 839	9 307
Ecuador	1 602	751	851	2 840	1 333	1 507	4 427	2 083	2 344	6 185	2 960	3 225
Guyana	64	29	34	122	58	64	120	56	64	154	74	80
Paraguay	598	292	306	942	455	487	1 398	666	732	2 082	982	1 100
Perú	3 127	1 440	1 687	5 409	2 464	2 944	8 537	3 976	4 560	11 726	5 629	6 097
Suriname	56	25	31	94	42	52	123	54	69	147	64	83
Uruguay	657	268	389	796	335	461	957	421	536	1 119	513	606
Venezuela (República Bolivariana de)	2 925	1 332	1 592	5 442	2 468	2 974	8 073	3 637	4 436	10 865	4 948	5 917

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Cuadro I.A1.2

América Latina y el Caribe: porcentaje de población de 60 años o más y de 75 años o más, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión, país	Porcentaje de población de 60 años y más							Porcentaje de población de 75 años y más						
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060
América Latina y el Caribe	6,0	6,5	7,5	11,2	16,8	23,3	29,5	1,1	1,4	1,8	3,0	4,8	8,2	12,2
El Caribe	6,9	8,6	9,8	13,3	19,2	23,7	28,2	1,4	2,0	2,8	4,0	5,8	9,4	11,6
Antigua y Barbuda	6,4	7,9	10,8	10,8	19,7	23,8	27,9	1,4	1,6	3,6	3,1	4,2	9,9	10,9
Bahamas	5,3	6,1	7,1	12,5	20,1	25,4	30,3	1,0	1,2	1,6	3,1	5,7	9,8	12,4
Barbados	11,1	14,1	13,9	19,8	27,7	30,9	31,5	2,3	3,9	4,9	6,1	9,2	13,4	14,9
Cuba	8,1	10,8	12,7	19,4	31,6	37,8	41,3	1,6	2,7	4,0	6,3	10,0	18,8	21,3
Granada	7,5	9,7	10,2	10,2	14,3	20,8	30,1	1,7	2,4	3,0	3,3	3,7	6,2	10,3
Haití	5,7	6,3	6,1	7,1	9,3	13,3	18,9	0,9	1,1	1,3	1,6	2,1	3,1	5,1
Jamaica	8,1	9,3	9,9	12,8	18,7	25,1	34,1	1,8	2,5	3,4	4,2	5,5	9,5	13,1
República Dominicana	4,2	4,9	6,8	9,7	14,2	19,2	24,7	0,7	0,9	1,5	2,8	4,0	6,6	9,4
San Vicente y las Granadinas	6,7	8,2	9,0	10,9	18,3	23,8	29,5	1,3	1,9	2,7	3,2	4,3	8,1	10,7
Santa Lucía	6,9	7,7	10,3	12,5	19,1	25,5	32,0	1,4	1,6	3,4	4,0	5,2	9,3	12,8
Trinidad y Tabago	5,7	8,0	8,7	14,2	20,2	26,1	28,5	0,9	1,7	2,2	3,2	5,2	7,7	10,9
Centroamérica	5,4	5,4	6,6	9,3	14,2	20,9	28,0	1,0	1,3	1,6	2,6	4,0	7,0	11,1
Belice	6,4	6,4	6,2	5,9	8,9	12,9	18,8	1,3	1,7	1,7	1,3	1,5	2,8	4,6
Costa Rica	5,0	6,1	7,6	12,8	20,5	27,6	34,8	0,9	1,3	1,8	3,4	6,2	11,1	15,2
El Salvador	5,1	5,4	7,3	11,5	15,8	21,5	31,1	0,9	1,1	1,6	3,4	5,0	7,6	11,3
Guatemala	4,5	4,6	5,6	7,0	8,6	12,6	18,2	0,8	0,9	1,1	1,9	2,5	3,4	5,7
Honduras	4,9	4,8	5,4	7,2	10,7	16,7	25,8	0,9	1,0	1,2	2,0	2,9	4,9	8,4
México	5,6	5,5	6,7	9,6	14,9	22,3	29,6	1,1	1,4	1,7	2,6	4,2	7,6	12,1
Nicaragua	4,0	4,4	5,2	7,8	12,5	20,2	29,0	0,7	0,8	1,1	2,2	3,5	6,3	11,3
Panamá	5,7	6,2	7,4	10,9	16,2	21,9	26,6	1,2	1,4	1,9	3,1	4,9	8,0	11,3
América del Sur	6,1	6,7	7,7	11,7	17,7	24,4	30,3	1,1	1,3	1,7	3,1	5,1	8,7	12,7
Argentina	9,8	12,0	13,3	15,1	17,5	22,1	26,4	1,8	2,7	3,6	4,7	6,0	7,7	10,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6,3	5,8	7,0	9,2	11,4	15,4	20,5	1,2	1,0	1,5	2,7	3,5	4,7	7,0
Brasil	5,2	5,8	6,8	11,7	18,8	26,8	33,4	0,9	1,1	1,3	3,0	5,3	9,6	14,5
Chile	7,9	8,6	10,1	15,7	23,7	30,4	36,6	1,6	2,1	2,7	4,7	8,0	13,6	17,5
Colombia	5,2	5,6	6,4	10,8	18,3	25,2	31,7	0,9	1,2	1,5	2,5	4,8	9,0	12,9
Ecuador	6,7	6,0	6,6	9,9	14,5	19,9	25,7	1,5	1,4	1,7	2,7	4,3	7,0	10,2
Guyana	5,4	5,4	6,6	8,3	14,9	14,7	19,7	1,0	1,2	1,7	1,4	2,3	4,7	4,0
Paraguay	5,2	5,9	6,2	9,0	12,0	16,1	22,7	1,0	1,2	1,5	2,3	3,5	4,8	7,1
Perú	5,5	5,6	6,6	10,0	14,7	20,9	27,1	0,8	1,0	1,5	2,7	4,1	7,0	10,8
Suriname	6,0	6,2	7,8	10,2	15,7	19,8	23,8	1,3	1,7	1,6	2,6	3,4	6,2	8,0
Uruguay	12,3	14,7	17,1	19,1	22,1	26,1	30,7	3,0	3,8	4,9	7,0	8,0	10,3	13,0
Venezuela (República Bolivariana de)	4,0	5,1	6,0	9,4	14,8	19,9	25,4	0,7	0,9	1,3	2,3	3,7	6,7	9,5

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Cuadro I.A1.3

América Latina y el Caribe: relación de feminidad de la población de 60 años o más y de 75 años o más, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión, país	Relación de feminidad de la población de 60 años y más							Relación de feminidad de la población de 75 años y más						
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060
América Latina y el Caribe	114,0	118,5	124,3	122,8	122,6	120,3	115,0	131,3	135,2	148,5	147,9	143,2	139,9	131,3
El Caribe	100,8	107,1	113,9	116,1	116,5	117,8	115,4	112,0	114,4	126,1	133,2	132,7	129,8	131,3
Antigua y Barbuda	191,6	153,0	146,5	124,2	127,2	133,9	126,4	329,0	257,0	157,2	158,4	149,3	151,5	154,4
Bahamas	142,3	126,3	133,8	130,5	125,1	122,3	117,2	170,7	162,4	168,9	171,4	148,5	142,6	133,5
Barbados	182,4	144,9	147,6	129,0	128,4	129,6	126,2	262,1	194,2	168,5	158,3	148,3	148,1	139,8
Cuba	85,1	102,6	112,3	111,5	109,4	107,5	104,0	87,7	99,4	123,0	128,2	123,5	115,8	113,6
Granada	168,2	142,2	149,3	129,0	120,9	113,0	112,7	223,1	188,4	172,0	169,9	145,2	142,7	128,2
Haití	113,0	112,9	117,6	120,9	119,3	120,2	120,4	125,6	117,1	124,9	137,5	137,4	138,9	141,8
Jamaica	125,6	115,1	113,4	107,4	110,1	121,9	116,4	169,4	141,0	135,2	128,0	119,4	125,7	139,7
República Dominicana	91,1	92,2	97,7	109,0	114,9	118,6	116,3	101,2	106,5	103,8	117,0	126,3	132,6	133,3
San Vicente y las Granadinas	164,3	134,3	124,9	112,0	104,2	111,1	115,4	244,8	182,3	139,4	137,5	125,5	121,2	131,1
Santa Lucía	154,2	125,3	114,8	117,1	120,3	124,1	119,6	186,9	155,8	134,2	136,1	139,9	141,2	141,0
Trinidad y Tabago	106,8	112,3	127,3	122,2	131,3	138,3	142,5	116,5	132,2	155,9	164,2	170,9	193,0	189,0
Centroamérica	110,6	117,8	122,3	115,0	116,8	116,2	110,8	118,1	123,9	136,7	132,4	126,2	127,8	122,4
Belice	106,5	106,7	105,3	98,6	116,1	131,8	131,5	114,3	114,0	123,3	107,5	129,5	160,3	175,9
Costa Rica	100,2	103,2	113,4	111,5	111,8	109,8	106,4	110,0	111,6	131,6	127,1	123,0	119,9	115,4
El Salvador	119,4	119,5	117,7	132,5	148,8	156,2	143,8	146,6	140,4	139,9	131,5	158,7	174,8	177,1
Guatemala	104,9	104,7	110,4	120,8	136,4	133,9	123,2	110,9	112,9	118,5	126,2	142,6	161,8	149,8
Honduras	113,4	113,1	109,6	109,4	112,3	115,7	112,6	123,4	129,7	128,4	125,0	125,6	129,6	129,4
México	111,0	120,1	125,3	113,8	114,3	113,6	108,3	117,1	124,0	139,0	134,1	123,1	124,0	118,5
Nicaragua	121,3	125,5	124,4	126,2	129,4	125,1	113,6	143,4	147,2	144,0	135,4	142,4	143,9	131,0
Panamá	95,1	100,6	106,1	111,4	112,0	110,9	109,2	100,9	110,1	118,3	120,6	124,7	122,3	117,7
América del Sur	117,2	120,6	126,6	126,4	125,3	122,1	116,9	139,9	144,0	157,9	156,0	150,9	145,8	135,1
Argentina	104,4	123,6	134,4	138,3	134,2	125,7	118,2	126,0	145,3	174,1	188,7	176,3	161,6	141,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	121,6	120,7	113,0	111,2	114,5	116,1	115,8	120,0	123,9	125,7	125,6	127,9	133,6	133,5
Brasil	123,6	120,7	128,9	127,4	127,4	123,9	118,2	150,1	150,4	167,4	155,0	152,2	148,5	136,4
Chile	124,1	128,3	130,0	131,1	125,5	120,0	114,7	146,7	147,0	156,3	165,1	156,3	141,3	134,8
Colombia	122,7	120,9	124,0	122,7	121,7	122,0	118,7	146,9	138,3	142,3	142,4	139,7	139,9	135,9
Ecuador	116,4	112,0	111,4	113,2	113,1	112,5	109,0	135,1	126,7	122,3	126,2	125,2	124,1	118,7
Guyana	119,5	104,8	117,9	116,4	110,7	115,6	109,4	173,4	122,5	148,7	115,7	133,5	128,1	136,2
Paraguay	124,3	117,9	113,3	105,0	107,1	110,0	111,9	148,4	139,3	132,0	123,1	118,9	126,4	128,5
Perú	113,8	114,8	113,7	117,2	119,5	114,7	108,3	126,9	132,2	132,2	136,0	136,0	134,9	120,9
Suriname	107,3	107,5	117,7	126,9	122,1	127,7	129,3	121,2	128,7	139,9	158,5	166,5	158,8	162,7
Uruguay	117,2	125,5	137,6	145,4	137,4	127,4	118,0	148,2	156,5	178,4	203,3	184,0	164,1	143,1
Venezuela (República Bolivariana de)	101,1	109,9	115,1	119,5	120,5	121,9	119,6	117,0	123,4	134,8	149,9	149,6	147,1	143,0

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Nota: Relación de feminidad = (población de mujeres de 60 años y más / población de hombres de 60 años y más) * 100 o (población de mujeres de 75 años y más / población de hombres de 75 años y más) * 100.

Cuadro I.A1.4

América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento y relación de dependencia en la vejez, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión, país	Índice de envejecimiento							Relación de dependencia en la vejez						
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060
América Latina y el Caribe	13,9	16,4	22,1	43,5	79,4	130,6	185,0	11,8	12,1	12,9	17,7	27,0	39,6	54,0
El Caribe	16,6	23,5	30,8	53,0	89,0	126,7	166,7	13,3	15,6	16,7	21,6	32,3	41,1	51,4
Antigua y Barbuda	15,2	23,5	36,6	44,5	93,4	131,3	164,9	12,3	13,4	18,0	16,5	33,2	41,1	50,5
Bahamas	12,2	16,5	22,5	59,9	104,2	153,3	188,2	10,3	10,7	11,5	18,8	33,2	43,8	56,6
Barbados	28,5	47,5	61,0	102,4	155,9	179,7	185,4	22,3	25,2	22,1	32,6	51,0	59,5	61,1
Cuba	21,9	34,2	56,2	119,3	232,1	302,4	331,5	14,9	18,8	19,6	30,3	57,7	76,2	89,2
Granada	15,2	24,3	26,8	38,4	63,2	115,0	189,8	17,6	19,3	19,7	16,0	22,7	34,0	55,7
Haití	13,7	15,5	14,4	20,9	32,7	55,9	91,6	10,9	12,1	11,9	11,9	14,9	21,2	31,2
Jamaica	18,6	23,2	29,4	54,2	87,8	151,7	225,2	16,7	18,5	17,7	20,1	31,3	43,1	67,2
República Dominicana	8,5	11,5	18,4	32,4	57,5	93,0	139,5	8,9	9,3	12,2	16,1	23,4	32,0	42,9
San Vicente y las Granadinas	13,2	18,7	26,2	44,6	92,4	141,0	192,7	15,6	17,0	16,0	17,0	29,6	40,2	53,4
Santa Lucía	14,6	17,5	29,6	54,2	100,8	161,3	221,3	15,0	15,9	18,9	19,5	30,8	43,5	59,7
Trinidad y Tabago	13,0	23,6	28,2	68,4	117,2	160,2	181,6	11,1	13,8	14,3	21,9	32,3	45,2	51,1
Centroamérica	11,5	12,0	17,6	32,7	61,3	110,8	170,9	11,2	10,9	11,8	15,1	22,6	34,6	50,2
Belice	13,7	13,7	14,6	18,3	32,7	57,9	95,9	13,8	13,6	12,2	9,6	14,0	20,0	30,5
Costa Rica	11,2	16,6	22,7	57,2	113,5	180,2	246,5	9,9	10,7	13,0	19,6	33,4	48,4	68,2
El Salvador	11,2	12,4	19,5	42,4	71,4	123,2	205,4	10,4	10,7	13,3	18,7	25,4	35,2	57,7
Guatemala	10,0	10,2	12,6	19,1	27,8	49,1	83,8	9,0	9,3	11,2	12,4	14,1	20,3	30,2
Honduras	10,3	10,2	12,1	22,7	43,3	85,2	155,6	10,1	9,9	10,6	11,8	16,6	26,2	44,7
México	11,9	12,2	18,6	34,7	67,5	124,8	191,0	11,7	11,2	11,8	15,3	23,7	37,2	53,8
Nicaragua	8,2	9,3	12,1	25,9	53,9	110,0	186,6	8,6	9,0	10,1	12,5	19,4	32,9	52,4
Panamá	12,7	15,1	22,0	40,3	69,9	110,4	151,9	11,3	11,7	12,6	17,7	26,6	37,5	47,5
América del Sur	14,5	17,5	23,1	47,6	87,3	140,6	193,6	11,8	12,1	12,9	18,4	28,5	41,8	56,1
Argentina	32,7	39,6	45,6	60,0	78,5	112,0	148,7	16,4	20,8	23,1	25,3	29,0	37,9	47,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14,8	13,8	17,5	28,4	41,1	65,1	100,6	12,5	11,3	13,1	15,8	18,7	25,2	34,8
Brasil	11,9	15,0	21,0	51,0	102,4	172,4	234,6	10,3	10,3	11,3	18,0	29,8	46,6	63,8
Chile	20,2	25,9	35,8	77,9	140,0	206,5	264,0	14,9	14,8	16,4	24,5	39,9	55,4	73,8
Colombia	11,0	13,9	18,8	44,6	95,5	155,1	214,6	10,8	10,5	10,9	16,7	29,2	43,1	59,3
Ecuador	15,0	14,4	18,2	34,2	59,3	96,6	144,6	13,7	11,6	11,7	16,3	23,8	33,3	45,3
Guyana	11,2	12,6	19,0	28,8	56,5	66,4	99,1	11,4	10,6	11,4	13,2	25,4	23,2	32,5
Paraguay	11,0	13,8	15,4	29,9	46,5	74,8	120,6	11,1	11,3	11,6	14,8	19,3	25,8	38,9
Perú	12,4	13,2	18,2	35,7	63,0	107,5	160,9	11,1	10,7	11,6	16,0	23,7	34,9	48,5
Suriname	12,4	15,7	22,7	38,2	69,1	100,1	134,1	13,1	11,5	13,5	16,3	25,6	32,7	40,7
Uruguay	43,9	54,7	68,5	89,4	115,1	151,7	193,1	20,6	25,3	29,6	32,2	37,8	46,1	57,6
Venezuela (República Bolivariana de)	8,5	12,3	16,6	33,5	63,1	99,9	145,2	8,0	9,4	10,4	15,0	24,1	33,0	44,3

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Nota: Índice de envejecimiento = (población de 60 años y más / población de 0 a 14 años) * 100; relación de dependencia en la vejez = (población de 60 años y más / población de 15 a 59 años) * 100.

Cuadro I.A1.5

América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres y relación de apoyo potencial, por subregiones y países, 1965-2060

Región, subregión, país	Relación de apoyo a los padres (por 100)							Relación de apoyo potencial						
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060
América Latina y el Caribe	5,5	7,4	10,2	12,2	16,0	26,1	40,2	8,5	8,3	7,7	5,6	3,7	2,5	1,9
El Caribe	6,0	9,7	12,8	15,1	19,9	31,7	41,5	7,5	6,4	6,0	4,6	3,1	2,4	1,9
Antigua y Barbuda	7,7	8,7	...	10,7	11,0	28,0	37,1	8,1	7,5	5,6	6,1	3,0	2,4	2,0
Bahamas	5,9	7,4	8,6	9,1	17,3	30,5	43,9	9,7	9,3	8,7	5,3	3,0	2,3	1,8
Barbados	8,3	16,1	20,6	17,1	26,4	48,1	56,7	4,5	4,0	4,5	3,1	2,0	1,7	1,6
Cuba	5,4	11,1	14,4	17,4	25,5	59,6	86,4	6,7	5,3	5,1	3,3	1,7	1,3	1,1
Granada	8,4	11,7	...	14,4	14,0	17,3	29,3	5,7	5,2	5,1	6,2	4,4	2,9	1,8
Haití	3,8	5,0	9,2	7,9	8,6	9,3	13,3	9,1	8,3	8,4	8,4	6,7	4,7	3,2
Jamaica	8,2	17,3	17,2	18,2	18,9	27,2	42,1	6,0	5,4	5,7	5,0	3,2	2,3	1,5
República Dominicana	4,4	4,8	9,6	13,3	15,7	23,3	31,6	11,2	10,7	8,2	6,2	4,3	3,1	2,3
San Vicente y las Granadinas	7,1	10,1	...	10,5	12,5	23,9	29,9	6,4	5,9	6,3	5,9	3,4	2,5	1,9
Santa Lucía	7,1	7,3	...	15,7	16,5	26,7	39,7	6,6	6,3	5,3	5,1	3,3	2,3	1,7
Trinidad y Tabago	5,5	8,1	...	9,0	13,8	19,8	29,2	9,0	7,2	7,0	4,6	3,1	2,2	2,0
Centroamérica	6,4	8,7	10,1	12,9	14,2	22,7	36,9	8,9	9,1	8,5	6,6	4,4	2,9	2,0
Belice	6,3	12,7	11,9	6,7	4,9	7,6	11,7	7,2	7,4	8,2	10,4	7,2	5,0	3,3
Costa Rica	5,0	6,9	9,7	12,3	20,5	33,3	50,9	10,1	9,3	7,7	5,1	3,0	2,1	1,5
El Salvador	5,3	5,9	9,6	15,0	19,0	23,7	33,9	9,6	9,4	7,5	5,4	3,9	2,8	1,7
Guatemala	4,9	6,2	8,5	12,8	12,9	13,3	19,2	11,1	10,8	9,0	8,0	7,1	4,9	3,3
Honduras	4,6	7,0	10,2	12,3	12,3	15,0	23,6	9,9	10,1	9,4	8,5	6,0	3,8	2,2
México	6,8	9,4	10,3	12,9	13,9	23,9	40,3	8,5	8,9	8,5	6,6	4,2	2,7	1,9
Nicaragua	4,2	5,3	9,8	11,7	12,7	19,7	34,9	11,6	11,1	9,9	8,0	5,2	3,0	1,9
Panamá	6,8	9,0	11,0	13,9	17,5	28,6	41,7	8,8	8,5	8,0	5,7	3,8	2,7	2,1
América del Sur	5,1	6,7	10,0	11,7	16,3	27,0	41,6	8,5	8,3	7,7	5,4	3,5	2,4	1,8
Argentina	5,4	8,4	14,6	19,6	21,5	27,0	38,7	6,1	4,8	4,3	4,0	3,4	2,6	2,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	4,9	4,2	11,2	15,3	16,3	17,7	23,8	8,0	8,9	7,6	6,3	5,4	4,0	2,9
Brasil	4,5	5,5	8,3	10,1	15,6	28,2	45,3	9,7	9,7	8,9	5,6	3,4	2,1	1,6
Chile	7,4	10,5	11,7	16,2	25,5	44,2	66,7	6,7	6,7	6,1	4,1	2,5	1,8	1,4
Colombia	5,1	7,2	10,3	9,3	14,0	25,5	39,8	9,3	9,6	9,2	6,0	3,4	2,3	1,7
Ecuador	7,5	8,7	10,2	12,3	15,8	24,6	36,2	7,3	8,6	8,6	6,2	4,2	3,0	2,2
Guyana	6,2	7,2	...	3,7	6,0	15,4	10,5	8,8	9,5	8,8	7,6	3,9	4,3	3,1
Paraguay	5,8	6,5	10,8	10,8	14,7	15,7	20,9	9,0	8,8	8,6	6,8	5,2	3,9	2,6
Perú	3,5	5,2	9,4	12,1	14,1	22,3	37,2	9,0	9,3	8,6	6,2	4,2	2,9	2,1
Suriname	8,0	10,2	8,3	9,2	10,5	18,8	23,2	7,6	8,7	7,4	6,1	3,9	3,1	2,5
Uruguay	10,7	11,8	15,7	26,7	28,0	35,8	46,4	4,8	4,0	3,4	3,1	2,6	2,2	1,7
Venezuela (República Bolivariana de)	4,5	5,6	8,2	9,2	13,2	22,0	31,9	12,4	10,7	9,6	6,6	4,2	3,0	2,3

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision [DVD Edition]", Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015.

Nota: Los tres puntos (...) indican que no hay información disponible sobre la población de 80 años y más. Relación de apoyo a los padres = (población de 80 años y más / población de 50 a 64 años) * 100; relación de apoyo potencial = población de 15 a 59 años / población de 60 años y más.

Los derechos humanos en contexto de envejecimiento y la necesidad de ampliar la protección de las personas mayores en las Naciones Unidas

Introducción

- A. La construcción social de la vejez como base de la diferencia y la falta de autonomía
- B. El fundamento y estandarización de los derechos humanos de las personas mayores
- C. Principales problemas relacionados con los derechos humanos de las personas mayores
- D. Disposiciones de especial interés en relación con los derechos humanos de las personas mayores
- E. Lecciones aprendidas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Bibliografía

Introducción

Las personas mayores han seguido, en lo referente a su condición de igualdad con respecto al resto de la sociedad, una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados, como las mujeres o las personas con discapacidad. Esta coincidencia tiene su base en el estándar de normalidad sobre el cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir, en condiciones dignas e iguales, a aquellos que son diferentes. La configuración de este estándar no es neutra y surge a partir de los parámetros de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante (Curtis, 2004).

En la base de la construcción de este estándar de normalidad se ubica el poder, asociado por lo general a un arquetipo viril, blanco, sin deficiencias de ningún tipo y de preferencia joven, a partir del cual se interpreta la existencia humana y que se pretende hacer extensivo al conjunto de los miembros de la sociedad como referencia de lo auténticamente válido. Aquel o aquella que no cumple con estos requisitos se aleja de la normalidad y sufre los efectos del sexismo, el racismo o el edadismo —discriminación por razón de la edad— como prácticas cotidianas (Huenchuan, 2005). En este marco, la diferencia —sea de sexo, de edad, de capacidades o étnica— se transforma inmediatamente en adversidad, y surgen los obstáculos que limitan o impiden una vida libre y autónoma.

En consecuencia, el itinerario social que siguen las personas y los grupos “diferentes” es muy parecido. Desde la construcción inicial de una imagen como seres indeseables —carácter a veces atribuido a un origen mágico religioso— pasan luego a ser objetos del amparo y provocar la necesidad urgente de anular o disfrazar la diferencia, hasta llegar finalmente a ser considerados y erigirse como sujetos plenos. En el ámbito de las políticas, padecen los efectos de intervenciones asistencialistas —muchas de ellas inspiradas en propósitos nobles, elaboradas a partir de la concepción de su diferencia como una carencia, un defecto o una mutilación que debe ser suplida. Están además bajo la sospecha de ser incapaces de gobernar sus vidas, tarea que se confía a otro, superior o experto, ya sea el cónyuge o el padre en el caso de las mujeres, los médicos en el caso de las personas con discapacidad o su cuidador o cuidadora cuando se trata de las personas mayores. La medicalización y la institucionalización son asimismo dos prácticas comunes a las que se ven enfrentadas con demasiada frecuencia tanto las personas mayores como aquellas con discapacidad.

El reconocimiento de quienes forman parte de estos grupos discriminados como sujetos plenos es parte de una lucha más amplia por avanzar hacia sociedades incluyentes y democráticas, que hagan de la diferencia parte de la riqueza humana y no un motivo de segregación. El logro de este objetivo, sin embargo, es de largo aliento y está plagado de obstáculos de diversa índole, pero es alcanzable al menos en su expresión formal, que representa un paso fundamental para su materialización futura.

La reflexión, el debate y las soluciones relativas a los problemas contemporáneos de las personas mayores y sus derechos se ubican en este marco. No es un asunto centrado únicamente en la persona de edad avanzada; es una cuestión de la sociedad en que viven. Se trata de una interpelación a la supuesta homogeneidad de la sociedad y al rechazo frente a aquello que es distinto, que recuerda la otredad siempre presente y amenazante de la identidad. Quizás por la misma profundidad del cuestionamiento personal y colectivo que implica la etapa vital de la vejez, el debate sobre los derechos de las personas mayores suele ser tan complejo de abordar, tanto en el plano político como académico y también en el ámbito cotidiano.

En este capítulo no se pretende abordar todos los elementos relacionados con los derechos humanos de las personas mayores que se discuten en la actualidad. Lo que se pretende es refrescar el debate y aportar algunos elementos para reflexiones futuras.

A lo largo de estos años, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha seguido de cerca el debate sobre los derechos humanos de las personas mayores en la región. Al comienzo se trataba de una tímida demanda, que fue afirmándose con el paso del tiempo y que atrajo simpatizantes provenientes de distintos ámbitos relacionados con las políticas sociales, la población, la medicina y la actividad legislativa. Este posicionamiento no estuvo exento de dificultades y su aceptación tampoco fue fácil. Para ello se realizaron numerosas reuniones, seminarios y talleres que abonaron la construcción de un consenso. Igualmente, se fueron construyendo y afianzando liderazgos en distintos países que dieron su apoyo decidido a la aplicación de la perspectiva de los derechos humanos a los asuntos de las personas mayores.

Hoy, cuando los derechos humanos de este grupo social están protegidos en los ámbitos interamericano y africano, y los argumentos relacionados con la dispersión de los derechos de las personas mayores en distintos instrumentos internacionales y la consecuente dificultad para su implementación parecen estar parcialmente posicionados en el debate, surgen antiguos cuestionamientos ante los que se requiere una renovada reflexión y nuevas ideas para continuar avanzando en el mismo sentido en las Naciones Unidas.

Se necesitan argumentos que faciliten una comprensión más profunda de los derechos humanos en contexto de envejecimiento. Esa elaboración académica y literaria que se produjo a propósito de la formulación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es todavía incipiente en el asunto que aquí se trata.

Aunque hay adelantos en los distintos estamentos relacionados con los derechos humanos —como, por ejemplo, la creación de un procedimiento especial en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas—, estos no son suficientes para comprender a cabalidad la esencia y el fundamento que sustentan el reconocimiento de las personas mayores como titulares de derechos en el ámbito de las Naciones Unidas, más aún cuando los titulares de derechos del sur del mundo no se han sumado a las discusiones sobre el tema.

En este capítulo no se pretende abordar todos los elementos relacionados con los derechos humanos de las personas mayores que se discuten en la actualidad. Esa es una tarea de una envergadura mucho mayor. Lo que se pretende es refrescar el debate y aportar algunos elementos para reflexiones futuras.

A. La construcción social de la vejez como base de la diferencia y la falta de autonomía

Un primer asunto que debe plantearse en relación con la protección de los derechos humanos de las personas mayores es qué es lo que las hace distintas del resto. John Williams (2011) plantea que las personas mayores son adultos y, como tales, tienen derecho a la autonomía; por lo tanto, el desafío es garantizar que esta sea respetada de la misma forma que ocurre en el caso de otros adultos.

El autor establece una comparación entre dos grupos que, sobre la base de una condición común —su edad extrema—, son diferentes al resto: los niños y las personas mayores. La edad cronológica es la que determinaría la dependencia en ambos casos, pero expresada de manera distinta: durante la infancia, en la falta de capacidad para decidir de manera independiente y durante la vejez, en la pérdida de la autonomía o la limitación para ejercerla.

La diferencia fundamental entre ambos grupos radica, sin embargo, en la transitoriedad o perdurabilidad de la dependencia que tienen en común. Mientras que en la infancia las personas son protegidas para que logren desarrollar la capacidad de ser autónomas, en la vejez, por el contrario, son despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas a medida que su edad avanza.

La edad es una dimensión fundamental de la organización social; sin embargo, no se establece una relación con los derechos y las responsabilidades que emanan de su construcción social durante cada uno de los períodos del ciclo vital (Neugarten y Neugarten, 1987). En el caso de la vejez, desde hace varias décadas se ha documentado la forma en que, de una u otra manera, la edad avanzada condiciona la posición disminuida que tienen las personas mayores en las sociedades occidentales, lo que con frecuencia restringe su autonomía.

Esta constatación, indiscutible para los activistas en materia de derechos humanos, académicos e incluso responsables del diseño y la implementación de políticas sobre la vejez, parece no ser suficiente todavía para la comunidad internacional. Así como fue necesario realizar distinciones entre deficiencia y discapacidad cuando se hacía referencia a las personas con discapacidad, y entre sexo y género cuando se trataba de las mujeres, hay que hacer ahora el mismo ejercicio respecto de las personas mayores, distinguiendo en este caso entre la vejez y el edadismo.

La edad cronológica o de calendario marca el inicio de una nueva etapa de la vida. En general, este límite etario en la vejez suele estar asociado al momento de la jubilación como un fenómeno “connatural” para todas las personas, aunque en la práctica tiene una relación más estrecha con la edad fisiológica. Ambos cambios —los que marca el calendario y los que evidencia el cuerpo— traen consigo una serie de alteraciones para las personas mayores y quienes las rodean, debido a que existe una visión estereotipada y negativa de la vejez, que subordina a quienes la experimentan.

Surge así, tal como en el caso de las mujeres y de las personas con discapacidad, una relación opresiva entre la sociedad y las personas mayores, aunque basada en causas diferentes: la anatomía impone el destino en el caso de las primeras, la deficiencia hace lo propio con las segundas (Palacios y Bariffi, 2007) y la edad de la vejez repite el mismo patrón con las personas mayores.

No obstante, en la causa que está en la base de la discriminación de las personas mayores radica la complejidad de distinguirla de manera específica y reconocer la particularidad de sus derechos. En efecto, la clasificación por edad se caracteriza por el continuo cambio. Además, como afirma Williams (2011), en la práctica las personas mayores son adultos y, como tales, deberían disfrutar de una igualdad real y formal. Por otra parte, a menos que ocurra una muerte temprana, todos llegarán a la edad de la vejez y corren el riesgo de ser discriminados por ser mayores, con independencia del estatus que hayan logrado en otras etapas de la vida. Si esto es una realidad ineludible, ¿por qué y cómo se alientan los prejuicios negativos hacia las personas mayores?, ¿por qué la autonomía que se adquiere con la adultez se pierde en la etapa del ciclo vital previa a la muerte?

Traxler (1980) definió a las personas mayores como un grupo subordinado a causa de su edad, que ve conculcados sus derechos por la percepción estereotipada y negativa que se tiene de él. A su vez, identificó cuatro factores que intervienen en las actitudes y conductas negativas hacia las personas mayores en la sociedad occidental: el miedo a la muerte, el énfasis en un ideal joven, la productividad medida estrictamente en términos de potencial económico y la concentración en la institucionalización de las personas mayores.

El miedo a la muerte influye en el temor a la vejez. La civilización occidental concibe la muerte como algo que está fuera del ciclo de la vida humana y como una afrenta hacia la propia existencia (Butler y Lewis, 1977). Es por ello que el edadismo reflejaría el profundo malestar de los jóvenes y adultos de mediana edad frente a la inutilidad, impotencia y finitud de la vida que la vejez pone de manifiesto en el imaginario, lo que se expresa a la larga en un rechazo personal y una aversión colectiva hacia las personas mayores. Como el temor a la muerte es algo cultural, mientras no lo han aprendido los niños suelen ser más condescendientes con los mayores.

El énfasis en un ideal joven y un imaginario asentado en la productividad van unidos. La belleza, la lozanía y la sexualidad como atributos de una inacabable juventud constituyen rasgos sobrestimados en la sociedad (Northcott, 1975). Lo mismo ocurre con la acumulación de bienes materiales y la primacía de los proyectos personales, asociados al éxito y al poder. En la vejez, las personas pierden ambos atributos —la juventud y la productividad basada en el empleo— y constituirían, por lo tanto, una carga para la sociedad, a diferencia de los niños, que cuentan con todo el potencial para desarrollarlos (Butler, 1969).

Por último, la vejez suele ser sinónimo de institucionalización, aunque ahora menos que antes. Esta asociación se basa en que una de las formas más antiguas de atención de las personas mayores ha sido su internación en instituciones denominadas hospicios o asilos, cuyas prácticas moralizantes y segregadoras siguen marcando en la actualidad la representación colectiva de la edad avanzada (Guillemard, 1992).

Para tener derechos, las personas, por una parte, deben ser percibidas como individuos diferentes unos de otros y ser capaces de formular juicios morales independientes y, por otra, deben formar parte de la comunidad política y ser competentes para establecer lazos de empatía con los demás (Hunt, 2009), atributos que resulta difícil cumplir cuando se asimila el deterioro fisiológico a la falta de capacidad.

En este sentido, hay que aclarar que no todas las personas mayores se perciben a sí mismas como discriminadas en razón de su edad. Este es un argumento que se suele utilizar para fundamentar que, por lo mismo, no son un grupo social diferenciado, ya que no comparten la experiencia de discriminación como algo común. No obstante, la heterogeneidad intrínseca de todos los grupos sociales no fue obstáculo para alcanzar consensos dirigidos a eliminar la discriminación en el caso de las mujeres, de las personas con discapacidad o por motivos raciales. No deja de ser paradójico que a las personas mayores se les exijan más atributos comunes que a otros colectivos para reconocerles derechos.

B. El fundamento y estandarización de los derechos humanos de las personas mayores

Los derechos humanos precisan de tres cualidades entrelazadas: deben ser naturales, vale decir, inherentes a todos los seres humanos; iguales, esto es, los mismos para todos, y universales, lo que significa que sean válidos en todas partes (Hunt, 2009).

La literatura sobre el tema muestra que fue más fácil aceptar el carácter natural de los derechos humanos, en contraposición a lo divino y lo animal, que su universalidad e igualdad (Hunt, 2009). Prueba de ello han sido las constantes luchas de los grupos discriminados por alcanzar un reconocimiento particular. En todos los casos, el argumento principal es que sus características o necesidades específicas

los ponen en una situación de inferioridad o marginación estructurales con respecto a la sociedad en su conjunto (Rodríguez-Piñero, 2010).

Esta desventaja sería el resultado de una modernidad incapaz de aceptar la diversidad social y proporcionar un trato igualitario a todos los ciudadanos. Desde esta perspectiva, distintos autores han afirmado que la concepción de una igualdad ciega a las diferencias sociales, la neutralidad del Estado respecto de las concepciones del bien y la buena vida, y la falta de tolerancia para garantizar el pluralismo han impuesto una homogeneidad social lacerante que discrimina a los diferentes y oprime a los grupos desaventajados. Por el contrario, el reconocimiento de un conjunto de derechos para estos grupos sociales podría evitar estos males y remediar ese olvido (Rodríguez Abascal, 2002).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) señala que “el principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos. Este principio, tal como se destacara inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se ha reiterado en numerosos convenios, declaraciones y resoluciones internacionales”¹.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, por ejemplo, se dispuso que todos los Estados tenían el deber, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (Naciones Unidas, 2008). Pese a este amplio reconocimiento, no siempre hay acuerdo sustancial respecto del significado y los alcances de la universalidad, por lo que algunos autores afirman que esta noción se ha constituido en un lugar común, del que muchos hablan pero que en realidad pocos manejan con propiedad (Gutiérrez, 2011).

El debate sobre los derechos humanos de las personas mayores no está ajeno a ello. Son usuales las referencias a la universalidad de los derechos hechas tanto por aquellos que opinan que su protección jurídica debería ser más enérgica por parte de la comunidad internacional como por quienes declaran que lo que falta es concentrarse en la implementación efectiva de los instrumentos existentes para cautelarlos. Al margen de ello, el rasgo de la universalidad reclama que los derechos humanos constituyen un mínimo ético asumible por toda la humanidad en el presente, por lo que una vez superada la discusión sobre su fundamento, hay que concentrarse en su catálogo (Lema Añón, 2011).

Las personas mayores, en teoría, deben disfrutar de los mismos derechos que todos los seres humanos, pero antes de que lo logren es indispensable reforzar su constitución como titulares. En efecto, en los debates en curso sobre los derechos humanos de las personas mayores todos los involucrados concluyen que, desde su dimensión ética, la universalidad de los derechos también incluye a las personas mayores. No obstante, el estrecho vínculo que existió entre el envejecimiento y la beneficiencia llevó a la fácil conclusión de que las personas mayores solo necesitaban de atención sociosanitaria para vivir con dignidad².

Por otra parte, si los derechos humanos de las personas mayores se refirieran únicamente a un ideal de conducta —como ocurre de hecho con los actuales Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, aprobados en virtud de la resolución 46/91 de la Asamblea General—, no sería tan complejo su reconocimiento por parte de la comunidad internacional. El disenso surge por la necesidad de que los derechos

¹ Véase [en línea] <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>.

² El Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa ha llamado la atención sobre este punto al afirmar que, aunque la preocupación por las personas mayores no es algo nuevo para el Consejo de Europa —y ello se demuestra en la amplitud de temas abordados en decisiones y resoluciones del Consejo de Ministros y el Parlamento—, generalmente ellas fueron tratadas como un grupo que requería protección, pero no como titulares de derechos.

humanos estén reconocidos en un instrumento jurídico vinculante como un requisito *sine qua non* para que la conducta en relación con ellos sea exigible (Gutiérrez, 2011).

El debate actual en el ámbito internacional se concentra en este ámbito. Se trata de establecer si el actual catálogo de derechos humanos de las Naciones Unidas es realmente útil o no para proteger los derechos de las personas mayores. Varios países latinoamericanos, africanos e incluso algunos europeos han manifestado que no es suficiente y, sin impugnar la concepción universal de los derechos humanos, proponen su interpretación por medio de un instrumento particular³.

Lo anterior significa que los estándares de derechos humanos no deben entenderse de manera dogmática, como si la moralidad que les dio origen fuera estática. La insistencia en la especificación de los derechos humanos en contexto de envejecimiento quiere decir que los instrumentos vigentes y creados en décadas pasadas no son infalibles ni inalterables (Hunt, 2009).

El mismo Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ya lo entendió así a propósito de su Observación general núm. 6 de 1995, cuando afirmó que “ni en el Pacto ni en la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace explícitamente referencia a la edad como uno de los factores prohibidos. En vez de considerar que se trata de una exclusión intencional, esta omisión se explica probablemente por el hecho de que, cuando se adoptaron estos instrumentos, el problema del envejecimiento de la población no era tan evidente o tan urgente como en la actualidad” (Naciones Unidas, 1995).

C. Principales problemas relacionados con los derechos humanos de las personas mayores

En los últimos años, los informes del Secretario General de las Naciones Unidas y de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos han hecho sendas contribuciones para visibilizar los problemas y limitaciones que enfrentan las personas mayores para llevar a la práctica sus derechos. En 2013, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizó una amplia consulta sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas de edad. Se obtuvieron respuestas de Estados Miembros de las Naciones Unidas de todo el mundo, incluidos Gobiernos, instituciones nacionales de derechos humanos y académicas y organizaciones de la sociedad civil.

El análisis de la información disponible sobre 34 países⁴ pone de manifiesto los principales asuntos que preocupan a los Gobiernos y las oficinas nacionales de derechos humanos en relación con este tema. Del total de respuestas analizadas de ambos estamentos, en el 41,2% se identificó como una de las principales problemáticas el cuidado, en el 35,3% se señaló la falta de toma de conciencia sobre la realidad y los derechos de las personas mayores, en el 32,4% la salud, en el 26,5% las pensiones, en el 21% la discriminación y el maltrato, y en el 17,6% el trabajo (véase el gráfico II.1).

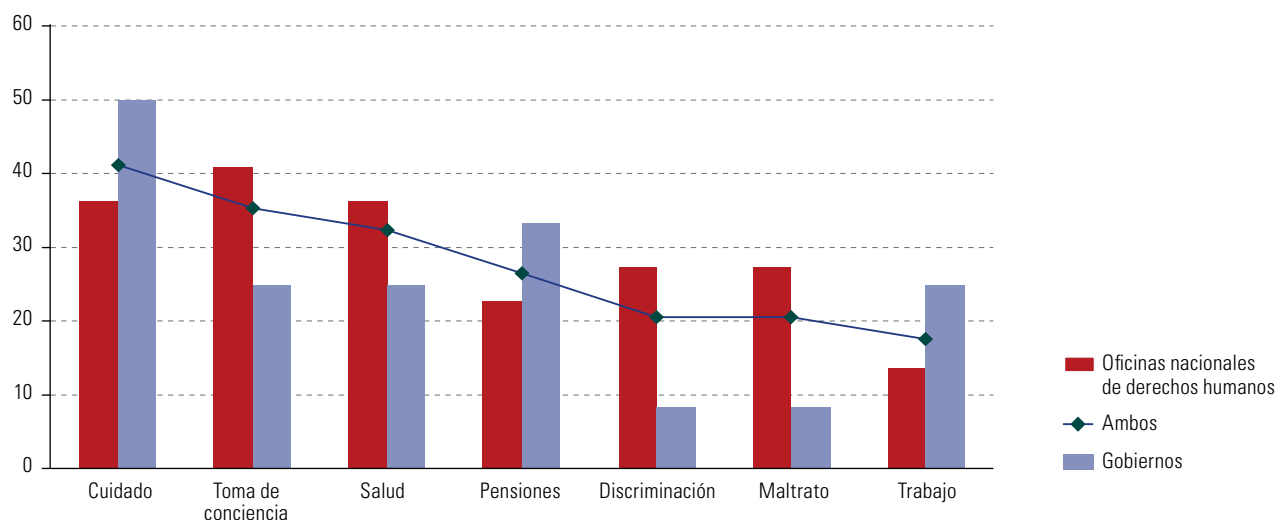
³ Un ejemplo de la adaptación de los principios de los derechos humanos a contextos específicos ocurrió en momentos previos a la aprobación de una convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuando los expertos y la sociedad civil advirtieron que, si bien los valores básicos que sustentan los derechos humanos constituían los cimientos de un sistema de libertades fundamentales que protege contra el abuso de poder y crea un espacio para el desarrollo del espíritu humano, para que estos fueran útiles debían ser pensados concretamente en contexto de discapacidad (Quinn y Deneger, 2002).

⁴ Aunque en total respondieron 37 Estados, en este análisis no se incluye a aquellos cuyo informe no estuvo disponible en ninguno de los idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

Gráfico II.1

Ámbitos en que se presentan los principales problemas relacionados con los derechos de las personas mayores según los Gobiernos y oficinas nacionales de derechos humanos de 34 países, 2013

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), "Public consultation on the human rights of older persons", 2013 [en línea] <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/Consultation15April2013Submissions.aspx>.

Específicamente para los Gobiernos de los Estados Miembros, el mayor problema que afrontan las personas de edad es el relativo al cuidado, seguido en orden de prioridad por los problemas en materia de las pensiones, el trabajo, la falta de toma de conciencia, la salud, la discriminación y el maltrato. Para las oficinas nacionales de derechos humanos, por su parte, el problema principal es la falta de toma de conciencia, seguido por los problemas relativos al cuidado, la salud, la discriminación, el maltrato, las pensiones y el trabajo. Con independencia del lugar en que se ubique cada uno, estos son identificados como los siete ámbitos más importantes en que se requiere una acción positiva para incrementar el ejercicio de los derechos de las personas mayores.

1. Cuidado

La mención del tema del cuidado fue independiente del hecho de que fuese un país desarrollado o en desarrollo el que estaba respondiendo la consulta. La oficina nacional de derechos humanos del Reino Unido, por ejemplo, puso de manifiesto que las personas mayores que reciben cuidados de largo plazo experimentan dificultades para ejercer sus derechos. Apoyándose en un estudio reciente, el organismo sostuvo que la opinión de este grupo sobre la forma en que quería vivir era ignorada y que a menudo estas personas confundían las opciones de las que disponían. La mayoría de las personas mayores consideraron que la discriminación por edad y el estigma asociado a la vejez eran muy frecuentes en el trato que recibían por parte del personal que les brindaba atención, y que se les concebía más como una mercancía que como consumidores con derechos. La atención domiciliaria tampoco está exenta de problemas. Una investigación llevada a cabo por la misma oficina arrojó que la mitad de las personas mayores entrevistadas estaban insatisfechas con los servicios, eran maltratadas y no tenían suficiente apoyo para alimentarse o beber, que no se les dedicaba el tiempo

suficiente para atender todas sus necesidades y que con frecuencia se ignoraban sus requerimientos. Se quejaron de la falta de intimidad y el escaso respeto a su autonomía personal. Asimismo, a diferencia de lo que ocurre con el cuidado de los jóvenes, la atención domiciliaria de las personas de edad en escasas ocasiones incluye el apoyo para actividades sociales. La investigación reveló que ello les genera un sentimiento de aislamiento y soledad que afecta su bienestar físico y su confianza personal.

En el informe de Serbia se mencionaron las debilidades que tiene el Estado para facilitar el acceso a los servicios de cuidado de largo plazo, sobre todo en las zonas rurales. Se indicó que, debido al impacto de la crisis económica, en los últimos años se ha incrementado la exclusión de las personas mayores, a pesar de los buenos resultados de los programas durante el período anterior. La oficina nacional de derechos humanos del Afganistán hizo referencia a las dificultades que enfrentan las familias para brindar cuidado a las personas mayores, tarea que de acuerdo con la cultura islámica es una responsabilidad de los hijos, y advirtió que debido a la alta tasa de desempleo cada vez hay menos posibilidades de proveer el servicio.

2. Toma de conciencia

La necesidad de toma de conciencia fue un tema recurrente en las respuestas de los países. La mayoría insistió en la necesidad de fomentar actitudes positivas hacia las personas de edad y una mayor concienciación sobre sus derechos humanos. En el informe de Costa Rica se mencionó que era evidente la falta de mecanismos apropiados para promover que las personas mayores conozcan los derechos que las protegen y los exijan, y para que las instituciones responsables hagan efectivo su cumplimiento, una conclusión similar a la de Irlanda. En la respuesta de Chipre se aludió a la necesidad de luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas de edad. La República Dominicana puso énfasis en la necesidad de tomar conciencia de las capacidades de las personas mayores y el aporte que ellas hacen a la sociedad, lo mismo que los Gobiernos de Haití y Rumania, entre otros.

3. Salud

La salud fue otro tema frecuentemente resaltado. Algunos países se concentraron en la salud mental, otros en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y crónicas. En el informe de la República Bolivariana de Venezuela se indicó que era necesario facilitar el acceso de las personas mayores a una salud integral. En el de la oficina nacional de derechos humanos de Australia se aludió también a ese tema y se mencionó la creciente demanda de recursos para atender las necesidades de salud de las personas de edad. La oficina nacional de derechos humanos de Malasia hizo referencia a que la escasez de profesionales de la salud, en particular en el área de geriatría, en el país puede afectar la prestación de servicios de calidad a las personas mayores. La oficina correspondiente de Marruecos señaló que gran parte de las personas de edad no cuentan con un seguro de salud. Uganda, mediante la respuesta de la oficina nacional de derechos humanos, se refirió a factores determinantes de la salud, específicamente el acceso al agua y el saneamiento básico. En el informe se sostiene que en ese país las personas mayores no pueden recorrer largas distancias en busca de agua, y se citó un estudio realizado por el Gobierno en 2002 según el cual el 41,8% de las personas de edad utilizaban pozo, mientras que el 59,2% empleaban agua de otras fuentes. En el documento de Haití se afirma que la situación de salud de las personas mayores del país es muy deficitaria. Hay serias dificultades de acceso a los servicios de salud, sobre todo en las zonas rurales, donde la falta de movilidad impide a las personas mayores recorrer grandes distancias para atender sus dolencias. También se advirtió que el país carece de personal médico capacitado para atenderlas.

4. Seguridad social

La seguridad social fue otro de los temas mencionados en las respuestas de varios países. En el informe de Francia se lo abordó desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema de pensiones, tal como lo hizo Rumania. En el del Perú se aludió a la necesidad de contar con una política previsional que facilite el acceso a las pensiones no contributivas. La oficina nacional de derechos humanos del Afganistán sostuvo que, de acuerdo con la Constitución del país, el Estado tiene la obligación de proporcionar pensiones a sus ciudadanos, pero debido a la muy mala situación económica estas solo se brindan a los empleados gubernamentales. La oficina nacional de derechos humanos de Australia informó que las personas de edad avanzada de ese país son muy vulnerables a la pobreza. Detalló que las pensiones son su fuente más común de ingreso, pero que muchas personas atraviesan un largo período de desempleo antes de alcanzar la edad de jubilación. Citó que en junio de 2010 un total de 140.750 australianos mayores de 50 años estaban desempleados, lo que minaba sus posibilidades de acceder a una jubilación. La oficina nacional de derechos humanos de Malasia también expresó su preocupación por este punto. Declaró que el país no cuenta con un sistema de seguridad social universal, integrado y coherente, y que lo que existe se limita únicamente al sector formal de la economía, excluidos los trabajadores informales.

5. Discriminación

El tema de la discriminación surgió en los informes de varios países, vinculado específicamente a la discriminación por edad en el trabajo. En el informe de Chipre se indicó que se ha hecho un importante esfuerzo por sensibilizar a la población en relación con el derecho a la no discriminación por edad en el espacio laboral. Sin embargo, se aprecia que, pese a conocerse el problema, no se presentan muchas quejas ante las autoridades competentes con el fin de rectificar la situación. Persisten los estereotipos y prejuicios en relación con las características y competencias de las personas mayores, así como aquellos que dificultan el logro de una verdadera igualdad en el lugar de trabajo. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México de 2010, presentados por ese país, las personas mayores están expuestas a elevados niveles de exclusión por la falta de reconocimiento que las afecta y por la obstaculización que enfrentan para ejercer sus derechos y contar con oportunidades fundamentales. El 27,9% de las personas de edad entrevistadas consideraron que sus derechos no habían sido respetados por razón de su edad. En la República de Moldova también existen dificultades para acceder al mercado laboral y persiste el riesgo de perder el empleo por razones de edad. Suiza manifestó asimismo que la discriminación por este motivo era un problema frecuente en el país, lo mismo que la República Bolivariana de Venezuela.

La oficina nacional de derechos humanos de Australia añadió que la discriminación por edad era un obstáculo importante para que las personas mayores desarrollaran plenamente su potencial. En el trabajo, esta problemática se expresa en actitudes negativas del empleador, así como en políticas y leyes discriminatorias. En este informe se indicó que en el período comprendido entre julio y diciembre de 2012 las áreas en las cuales la oficina recibió una mayor cantidad de quejas por discriminación fueron el empleo (63%) y, en segundo lugar, el suministro de bienes, servicios e instalaciones (21%). La oficina nacional de derechos humanos de Malasia explicó que el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias sobre el envejecimiento y la vejez son un problema significativo en el país.

6. Maltrato

El maltrato también apareció en varias ocasiones como un tema de preocupación. La oficina nacional de derechos humanos del Reino Unido, por ejemplo, puso de manifiesto su inquietud por la incidencia del maltrato en los servicios de cuidado de largo plazo a partir de dos investigaciones independientes realizadas en febrero de 2010 y febrero de 2013. Indicó que el informe de la primera investigación dejó en evidencia la mala atención, la negación de la intimidad, la dignidad y el respeto, así como el sufrimiento innecesario experimentado por los pacientes de edad avanzada hospitalizados. Dentro de estas instituciones también se encontraron serias dificultades para que las personas mayores se alimentaran o para que recibieran los medicamentos que les habían sido prescritos. En la segunda investigación se trató de identificar las razones por las que estos problemas no se habían denunciado con anterioridad. Al respecto, se hallaron deficiencias en el sistema de seguridad social, incluida la incapacidad para escuchar las quejas de los pacientes y tomar medidas para protegerlos. La investigación responsabilizó de estas fallas a la cultura institucional, que antepuso imperativos de negocio a la protección de las personas mayores.

La oficina nacional de derechos humanos de Uganda hizo referencia a que ciertas expresiones de los sistemas culturales y tradicionales de las comunidades, como la falta de apoyo o la necesidad de aprobación de los familiares de las mujeres mayores viudas para que vuelvan a casarse, viola sus derechos y puede dar lugar a compromisos sexuales secretos que las exponen a la transmisión del VIH. Debido a las dificultades económicas, los sistemas de apoyo tradicionales de la comunidad no funcionan, lo que ha llevado a las personas mayores al aislamiento, el abuso, el estrés, la pobreza crónica y al abandono. En el informe de Francia se indicó que, a pesar de las dificultades para medir la incidencia del maltrato, se trata de una realidad que afecta a un vasto sector de la población de personas mayores. Se estimó que alrededor de 600.000 personas de edad han sido víctimas de maltrato en el país.

En el informe de Haití se manifestó la preocupación por el abuso físico que los cuidadores cometen contra las personas mayores. Además, se señaló que a menudo se las infantiliza y no se les permite tomar ninguna decisión sobre sus necesidades. Algunos estudios mencionan incluso que las personas mayores son sometidas a tratos degradantes y que se las suele asociar con la locura, lo que en algunos casos puede derivar en su muerte.

7. Trabajo

Si bien la discriminación por razones de edad es uno de los factores que más fuertemente afectan el trabajo de las personas mayores, también se enfrentan a otras situaciones negativas en el ámbito laboral. La oficina nacional de derechos humanos de Uganda indicó que el 85% de las personas mayores activas de su país se dedican a la agricultura de cultivos, que se caracteriza por las fluctuaciones de los precios, la falta de regularidad de los ingresos y los bajos retornos al trabajo. Su carga económica se ve agravada por la necesidad de cuidar a los huérfanos y otros niños vulnerables que dejan los jóvenes que han fallecido por el VIH/SIDA. Todo esto repercute en la posibilidad de las personas mayores de trabajar y alcanzar la seguridad de ingresos. La oficina nacional de derechos humanos de los Países Bajos indicó que la tasa de empleo de los trabajadores mayores es relativamente baja, y que su posición en el mercado laboral es menos favorable que la de los jóvenes. Cuando una persona mayor pierde su puesto, con seguridad no tiene posibilidades de volver a trabajar.

La oficina nacional de derechos humanos de Australia señaló que el 34% de las personas mayores del país tienen dificultades para acceder a un empleo en razón de su edad. La falta de flexibilidad en el lugar de trabajo es un problema para muchos trabajadores mayores. En la República de Moldova, las personas de edad tienen dificultades para acceder al mercado laboral. Al mismo tiempo, sus necesidades financieras se incrementan debido al deterioro de su salud. Algunos estudios muestran que la mayoría de los jubilados requieren ingresos adicionales a la pensión que otorga el Estado, con independencia de su lugar de residencia o su actividad económica. La insuficiencia de las pensiones obliga a las personas mayores a trabajar, pero estas no encuentran posibilidades para hacerlo.

8. Otros ámbitos de preocupación

A todas estas dificultades se suman otras igualmente importantes. Entre ellas se mencionaron la inseguridad alimentaria (Gobierno de Haití y oficina nacional de derechos humanos del Afganistán), el acceso a la justicia (Gobiernos de Costa Rica y Trinidad y Tabago, y oficina nacional de derechos humanos de Panamá), la vivienda (oficinas nacionales de derechos humanos del Afganistán y Australia), la accesibilidad de los espacios públicos (oficina nacional de derechos humanos del Afganistán), el acceso a la información y a la adopción de decisiones (oficina nacional de derechos humanos de Australia), la participación (Santa Sede, Gobierno de la República Dominicana y oficina nacional de derechos humanos de Australia) y la identidad (oficina nacional de derechos humanos del Estado Plurinacional de Bolivia).

También se reconocieron las dificultades específicas que enfrentan algunos grupos dentro de la población de personas mayores, que requieren medidas especiales para ejercer sus derechos. Se mencionó a las personas mayores migrantes (Gobierno de México), a las personas mayores de las áreas rurales (Gobiernos de México y Serbia), a las que viven en zonas remotas (Gobierno de Serbia y oficinas nacionales de derechos humanos de Colombia y Australia), a las mujeres mayores (Gobiernos del Perú y Rumania, y oficinas nacionales de derechos humanos de Australia y Uganda), a las personas mayores indígenas (oficina nacional de derechos humanos de Australia), a las personas mayores lesbianas, gais, bisexuales y transgénero (LGBT) (oficina nacional de derechos humanos de Australia), a aquellas en situación de cárcel (oficina de derechos humanos de Colombia) y en situación de emergencia (Gobierno de Haití).

D. Disposiciones de especial interés en relación con los derechos humanos de las personas mayores

Existen algunas disposiciones generales sobre derechos humanos que son particularmente relevantes para las personas mayores y hay medidas específicas que deben ponerse en práctica para remover los obstáculos que les impiden su pleno goce (CDDH, 2013b). A partir del debate en curso en distintas partes del mundo, así como de las respuestas que los países brindaron a la consulta planteada en 2013 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas mayores, presentadas en el apartado anterior, es posible identificar aquellas áreas en las que se necesita reforzar la protección de este grupo social y aquellas en las que es preciso implementar medidas para que se respete su autonomía.

1. Identificación y definición de los titulares de derechos

Para la especificación de las personas mayores como titulares de derechos se podría precisar de una definición acerca de quiénes componen este grupo social, aunque hay que dejar sentado que ello no es indispensable.

Una definición de las personas mayores como sujeto al que se protege en un instrumento internacional implicaría necesariamente circunscribir las definiciones de vejez —ya sea cronológica, fisiológica o social—. La tarea es extremadamente compleja, puesto que una característica propia de este grupo social, como de toda la humanidad, es su marcada heterogeneidad.

Estas distinciones no están ausentes del ámbito regional. Aunque se aplique únicamente un criterio cronológico, suelen existir diferencias con respecto a la frontera que marca el inicio de la vejez. Solo en América Latina, por ejemplo, la definición en términos cronológicos del comienzo de esta etapa vital establecida legalmente difiere entre un país y otro.

La frontera cronológica no es la única que puede demarcar la vejez respecto de las etapas anteriores de la vida; también se puede trazar una distinción basada en el nivel de funcionalidad. Sin embargo, no se sabe con certeza cuándo comenzará la pérdida de funcionalidad y menos aún se puede afirmar que ese inicio sea el mismo para hombres y mujeres, para personas de distinto origen étnico o para grupos definidos según otra base de diferenciación social. Por otra parte, sentar un límite funcional como base de una definición de la persona mayor sería el equivalente a decir que el sexo es el que define la posición discriminada de las mujeres o que la deficiencia lo hace en el caso de las personas con discapacidad.

Lo óptimo pareciera ser aplicar una forma de definir la vejez que tenga como base la discriminación de la que son objeto las personas mayores. El Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores del Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2013) señala al respecto que una definición de persona mayor debería referirse a la condición de vulnerabilidad que el envejecimiento conlleva para todos los seres humanos, la que deriva de las actitudes, percepciones sociales negativas u otros factores que originan barreras que se expresan en la forma de discriminación, limitación o impugnación del ejercicio de los derechos humanos.

Más allá de discutir acerca del uso del concepto de vulnerabilidad en esta definición⁵, aceptar una definición de este tipo permitiría poner en el centro de la discusión la discriminación que afecta a este colectivo humano en razón de la etapa de la vida en que se encuentra. Junto con ello, ayudaría a desplazar el problema desde el individuo de edad avanzada hacia la sociedad, lo que supondría concentrarse en los obstáculos sociales y no en el funcionamiento de la persona, criterio que ya se utilizó en el caso de las personas con discapacidad (Etxeberria, 2008).

En ese caso, se trata de reconocer que la sociedad, que está conformada de tal modo y que desarrolla tales dinámicas, margina a quienes tienen determinadas características, impidiendo la realización plena de sus capacidades. Vale decir que no es la vejez la que dificulta el ejercicio de los derechos humanos: es la concepción de la vejez la que niega el goce de esos derechos (Megret, 2011).

⁵ Robin Allen (2012) realiza un análisis detallado del tema y propone una definición según la cual entre las personas mayores se incluyen aquellas que, porque tienen o se percibe que tienen una edad avanzada, encuentran barreras para participar plena y efectivamente en la sociedad en una base de igualdad con los demás.

A pesar de lo conveniente de adoptar esta definición, cabe mencionar que solo ha sido utilizada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en su recomendación CM/Rec(2014)2. En la Organización de los Estados Americanos (OEA), para circunscribir el ámbito de aplicación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se definió a la persona mayor como aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna del país determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años⁶, y en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África se definió a la persona mayor como aquella de 60 años o más.

2. El carácter multifacético de los derechos humanos en la vejez

La CEPAL (2010) afirmó que debido a la multiplicidad de las fuentes normativas existentes y a la diversidad de su categoría jurídica, su alcance regional o su contenido, existe una amplia variedad en lo referente a la definición de los derechos mínimos de las personas mayores en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Esta divergencia implica una serie de dificultades prácticas relevantes para los titulares de deberes, y en particular para los Estados, que son los responsables últimos de la adopción de medidas legislativas y normativas para promover los derechos de las personas mayores. Esa situación también afecta a los titulares de derechos y a otras partes interesadas, que desempeñan un papel fundamental en su protección y en la promoción de su respeto.

En la actualidad, a pesar de la existencia del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África y de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, todavía no hay acuerdo acerca de cuáles son los contenidos mínimos de un estándar internacional de derechos de las personas mayores en el ámbito de las Naciones Unidas.

Persisten distintos puntos de vista, lo que por cierto tiene consecuencias sobre las obligaciones que derivarían de la posible expresión de tales derechos en una norma positiva. En algunos casos, lo que se busca es repetir el catálogo de derechos humanos de los pactos internacionales, haciendo explícita la referencia a la situación particular de las personas mayores en cada uno de ellos. En ocasiones, este ejercicio suele asemejarse mucho a la elaboración de un plan de acción pormenorizado y en la práctica se pierde el objetivo de identificar la esencia y el fundamento de los derechos humanos en contexto de envejecimiento.

En otros casos, se afirma que hay que avanzar en la identificación de medidas dirigidas a eliminar la discriminación de la que es objeto este colectivo. Se señala que el principio de igualdad y no discriminación es la justificación principal de la necesidad de contar con instrumentos internacionales específicos sobre los derechos de este grupo de la población. En ese caso, cabría pensar que más que un instrumento sobre los derechos de las personas mayores, lo que se requiere es un instrumento internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas mayores (Rodríguez-Piñero, 2012).

Por último, una tercera posición parte de la base de que las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas mayores son, de alguna forma, de naturaleza diferente a las que afectan a otras personas y que su falta de consideración es la que torna inadecuados los instrumentos de derechos humanos destinados a garantizar su plena

⁶ OEA, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015 [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

protección. En este marco, como ocurrió en el caso de las personas con discapacidad, pareciera que lo que se necesita es, por una parte, profundizar el significado que los derechos humanos existentes tienen para las personas mayores y, por la otra, aclarar las obligaciones de los Estados con respecto a la promoción y protección de esos derechos en contexto de envejecimiento. De esta manera, un estándar de derechos humanos serviría para desnaturalizar algunas prácticas y dar contenido político a otras (Megret, 2011).

En efecto, junto con las medidas para proteger a las personas mayores frente a la discriminación, se deben favorecer las condiciones para que puedan ser autónomas e independientes. Esto ha quedado de manifiesto en las respuestas a la consulta realizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos, analizadas en el apartado anterior. Algunos problemas allí identificados se relacionan con prácticas discriminatorias, pero muchos otros se vinculan con un nivel de vida adecuado⁷.

En definitiva, el principio de igualdad y de no discriminación es sin duda una justificación para la adopción de un instrumento internacional, pero no es el único. Otros valores de derechos humanos como la dignidad y la solidaridad son igualmente esenciales; por lo tanto, cualquier iniciativa destinada a proteger los derechos de las personas mayores debe estar destinada a garantizar los derechos económicos, sociales y culturales, así como su autonomía y participación⁸.

3. Asuntos específicos relacionados con la protección de los derechos humanos de las personas mayores

a) La realización de la dignidad en la vejez

La dignidad es un valor básico de los derechos humanos. Todas y cada una de las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante y todas las personas son fines en sí mismas. Esto significa que deben ser valoradas con independencia de su capacidad económica o de cualquier otro atributo que sea ajeno a su condición de ser humano (Quinn y Deneger, 2002).

En la resolución 67/139 “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”, aprobada por la Asamblea General en diciembre de 2012, se incorpora la dignidad como un elemento central de un instrumento internacional sobre los derechos de las personas mayores. Lo mismo se hizo en su momento en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Este hecho no es una mera coincidencia; lamentablemente ambos grupos de personas comparten el menoscabo de su dignidad por medio de prácticas que minan el respeto de su condición humana, como la compasión o la invisibilización.

⁷ Es probable que en la discusión sobre los derechos de las personas mayores se repita lo que ocurrió en el debate respecto de las personas con discapacidad, cuando algunos Estados solicitaron un instrumento mucho más restrictivo que el que finalmente fue aprobado, concentrándose en su carácter antidiscriminatorio y débil en cuanto a las obligaciones de los Estados.

⁸ Por otra parte, urge superar el enfoque de la vulnerabilidad al abordar los asuntos de las personas mayores. En derecho, el adjetivo “vulnerable” se utiliza para referirse a aquellas personas que necesitan ser protegidas porque tienen características propias que les impiden ser autónomas. El ejemplo más claro lo constituyen los niños, que en razón de su edad —vale decir, una característica personal— no disfrutan de la misma autonomía que los adultos y, en consecuencia, no se les reconoce su capacidad legal, aunque sí son protegidos por el principio del interés superior del niño. Entender a las personas mayores como un grupo vulnerable lleva implícita la idea de que siempre lo serán y requerirán protección, con independencia de las circunstancias que las rodeen. La definición de un instrumento sobre los derechos de las personas de edad debe hacerse desde otra perspectiva. Ante todo, se deben identificar las condiciones exógenas como consecuencia de las cuales ellas requieren medidas especiales en su favor, e intervenir de manera particular sobre esas condiciones con la finalidad de que logren su autonomía. En las discusiones en curso sobre los derechos de las personas mayores es evidente que el enfoque de la vulnerabilidad sigue presente. Pero tales derechos deben protegerse, promoverse y respetarse por la dignidad inherente de las personas mayores. Esos derechos no son un instrumento para integrarlas al resto de la sociedad, asumiendo implícitamente que el problema de la falta de inclusión es de las propias personas de edad, porque no ejercen sus derechos. Muy por el contrario, son fines en sí mismos y su valor debe reconocerse como tal.

Tal como está organizada la sociedad, no todas las personas pueden desarrollarse plenamente hasta el final de sus vidas. Hay obstáculos que favorecen las ofensas y humillaciones en contra de las personas de edad, que les impiden vivir con libertad y autonomía. De ahí se desprende la necesidad de que en un instrumento internacional de derechos humanos, cualquiera sea su naturaleza, se establezca que el Estado tiene una responsabilidad con respecto a la dignidad de las personas mayores y debe considerar, por una parte, las condiciones personales existentes, para construir a partir de ellas y, por la otra, los obstáculos del medio social y físico, para eliminarlos (Etxeberría, 2008).

b) El reconocimiento de la autonomía de las personas mayores

En los últimos 20 años, muchos países han reformado las normas sobre capacidad jurídica y las leyes de custodia para pasar de un modelo médico, que se centraba solo en un diagnóstico de incapacidad, a otro en que se trata de evaluar la capacidad de los individuos funcionales (ACNUDH, 2012). Sin embargo, por medio de medidas de tutela, las personas mayores a menudo siguen siendo despojadas de manera arbitraria de su capacidad de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, hacer elecciones y lograr sus metas, lo que limita cualquier posibilidad de que autocontrolen sus vidas (CDDH, 2013b).

Con frecuencia no se hace una distinción entre la autonomía moral y la autonomía fáctica⁹. De este modo, frente a una ausencia de esta última, se restringe de inmediato la capacidad de las personas mayores para tomar sus decisiones. Se hace caso omiso de que, de acuerdo con lo que dicta el derecho internacional, cualquiera sea la limitación, nunca debe considerarse como absoluta de una vez y para siempre¹⁰.

En el caso de las personas mayores, su capacidad debe ser juzgada permanentemente en relación con la tarea o las circunstancias específicas en que se ejerce (CDDH, 2013a). El acento debe ponerse entonces en fortalecer los mecanismos que favorezcan que la persona continúe ejerciendo su autonomía por el mayor tiempo posible, antes que recurrir a figuras que la reemplacen en sus decisiones.

Esto significa que cualquier instrumento sobre los derechos de las personas mayores debe, en primer lugar, garantizarles la posibilidad de ser autónomas para gestionar sus proyectos vitales en su dimensión privada o civil, de modo que puedan llevar una vida independiente en su entorno familiar durante el tiempo que quieran y puedan, así como para participar activamente en la dimensión pública y política de la organización de la sociedad (Etxeberría, 2008; CDDH, 2013b).

c) Medidas especiales de protección de grupos específicos

En los “Lineamientos para una convención sobre los derechos de las personas mayores”¹¹, elaborados por los países de América Latina y el Caribe que participaron en la Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, realizada en Santiago en octubre de 2009, se identificó, como grupos que requieren medidas especiales de protección, a las mujeres mayores, las personas mayores indígenas, las personas mayores pertenecientes a minorías étnicas o nacionales, lingüísticas o religiosas, y

⁹ La primera relativa a la capacidad racional para tomar decisiones de las que se puede ser responsable y la segunda concerniente a la posibilidad de llevar a cabo las decisiones (Etxeberría, 2008).

¹⁰ En la doctrina internacional de derechos humanos, las disposiciones fundamentales del derecho relacionado con la capacidad legal y la toma de decisiones en pie de igualdad de las personas con discapacidad con las demás personas se definen en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En el artículo 12 se establece la obligación del Estado de “reconocer que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida” y de “adoptar las medidas apropiadas para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”, mientras que en el artículo 17 se dispone que “toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental”. Estas protecciones han generado un viraje hacia la adopción de decisiones con apoyo como alternativa a la tutela, haciendo hincapié en la autonomía e independencia de la persona en lugar de en su dependencia e incapacidades.

¹¹ Véase [en línea] scm.oas.org/pdfs/2012/CP27862S.doc.

las personas de edad en situaciones de riesgo y emergencia humanitaria. El Uruguay quiso incorporar además a las personas mayores en situación de cárcel, pero no contó con el respaldo suficiente para hacerlo.

En la base de la identificación de estos grupos específicos como resultado del consenso entre 26 países que participaron en esta Reunión se hallaba la necesidad de proteger de manera particular a aquellos individuos que forman parte de grupos en los que la edad se suma a otras causas de discriminación, o que suelen estar expuestos con mayor frecuencia al riesgo de invisibilidad o conculcación de sus derechos. No fueron grupos establecidos de forma somera, sino que se definieron como resultado de una respetuosa negociación que se inició en la Segunda Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, efectuada en Buenos Aires en mayo de 2009. Los Lineamientos sirvieron como base para la elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Esta decisión fue coherente con los procesos llevados a cabo en África y Europa. En el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África se incluye la protección especial de grupos específicos de personas mayores y se establecen las obligaciones de los Estados al respecto. Entre ellos se encuentran las mujeres mayores, las personas de edad que tienen a su cuidado huérfanos y niños vulnerables, aquellas con discapacidad y las personas en situaciones de conflicto o desastres (Misión Permanente de Sudáfrica ante las Naciones Unidas, 2013). En el caso de la recomendación CM/Rec(2014)2 sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad adoptada por el Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa, se incluye a las personas mayores en situación de cárcel, y en su informe explicativo se llama la atención acerca de la situación específica de las mujeres mayores, de los inmigrantes de edad avanzada y de las personas mayores con discapacidad (CE, 2014).

Los criterios tanto de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos como del Comité Director de Derechos Humanos del Consejo de Europa se condicen con los aplicados por las Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en que se incluyen medidas de protección específicas para las mujeres con discapacidad (artículo 6) y los niños y niñas con discapacidad (artículo 7), y en la Convención sobre los Derechos del Niño, en que se establecen medidas especiales para los niños privados de su medio familiar (artículo 20), refugiados (artículo 22), impedidos (artículo 23) y de minorías o de pueblos indígenas (artículo 30). En el mismo sentido, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas se establece (artículo 22) que en su aplicación se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de “los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas”¹².

¹² No ocurrió lo mismo en el caso del proyecto de convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores. En febrero de 2013, en el marco de la labor del Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la OEA, a sugerencia de la Presidencia, se suprimió el capítulo sobre grupos específicos con la siguiente exposición de motivos: “Se sugiere eliminar este capítulo relativo a los derechos de grupos específicos ya que al identificar a determinados grupos como víctimas de situaciones de desigualdad estructural o de alta vulnerabilidad como se los llama en el proyecto, se corre el riesgo de dejar por fuera a otros grupos poblacionales que también requieren de una protección especial por parte del Estado. Igualmente, cabe señalar que existen diferencias al interior de cada Estado sobre cuáles son los grupos que requieren de medidas de acción positiva, por lo cual es una tarea de identificación que debe realizarse a nivel interno. Por último, resta señalar que de la revisión de los distintos instrumentos de protección de derechos humanos no surge que se hayan identificado explícitamente los grupos que requieren de medidas especiales de los Estados Partes. Por lo expuesto, sugerimos incluir solamente el artículo 26 sobre medidas afirmativas que es un artículo que reconoce de manera genérica, sin hacer identificaciones, a los grupos que se encuentran en una situación de desventaja y que requieren de una protección específica al interior de cada Estado Parte” (OEA, 2013). En un comienzo, la eliminación de las medidas especiales para grupos específicos fue objetada por el Brasil, apoyado por otras delegaciones, pero primó la sugerencia de la Presidencia y en el proyecto de convención no se incluyó un capítulo dedicado exclusivamente a estos grupos. Debido a la intervención de la República Dominicana, apoyada por otras delegaciones, solo se incluyó la mención de las situaciones de emergencia.

En la discusión internacional sobre la protección de los derechos de las personas mayores hay que considerar todos los puntos de vista y los argumentos a favor y en contra de la adopción de medidas especiales de protección. Sin embargo, nuevamente hay que velar para que la protección sea de amplio alcance e incorpore los requerimientos particulares de ciertos grupos de personas mayores que en razón de la combinación de la edad con otras causas de discriminación sufren de forma extrema la violación de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

E. Lecciones aprendidas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Una declaración no siempre es un fin en sí mismo, sino que puede actuar como un mecanismo para avanzar en la construcción de un consenso internacional, como ocurrió en el ámbito de los derechos de las personas con discapacidad. En este caso, 30 años antes de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ya se había elaborado la Declaración de los Derechos de los Impedidos, en la que no solo se reafirmaba que las personas con discapacidad tenían los mismos derechos que todos los seres humanos, sino que además se establecía el derecho a que se les respetara su dignidad humana, a las medidas destinadas a permitirles lograr la mayor autonomía posible, a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso, a participar del progreso, a vivir en el seno de una familia y a no ser obligadas en materia de residencia a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que pudiera aportar y a ser protegidas contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante, entre otros (Naciones Unidas, 1975).

A pesar de la existencia de este instrumento, en la década de 1980 se estimó que el mundo había avanzado muy poco en materia de protección de los derechos de las personas con discapacidad y se planteó la necesidad de una convención específica. Italia preparó un primer esbozo de la convención y lo presentó a la Asamblea General en su cuadragésimo segundo período de sesiones. Suecia también expuso ante la Asamblea General otras propuestas relativas a un proyecto de convención, en su cuadragésimo cuarto período de sesiones. Sin embargo, en ninguna de esas ocasiones se llegó a un consenso sobre la conveniencia de este instrumento. A juicio de muchos representantes, los documentos sobre derechos humanos ya existentes parecían garantizar a las personas con discapacidad los mismos derechos que a las demás personas (Naciones Unidas, 1993).

El siguiente paso fue la aprobación de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, en virtud de la resolución 48/96 de 1993. En opinión de los especialistas, se trata de un documento de contenido notable, en el que se estableció la creación de un mecanismo de supervisión mediante la designación de un Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad por un período de tres años. También se invitó a las organizaciones de personas con discapacidad a formar un grupo de expertos, con el cual el Relator Especial y, cuando procediera, la Secretaría pudieran sostener consultas.

La función del Relator fue examinar la promoción, aplicación y supervisión de las Normas Uniformes, comunicar los resultados, proporcionar asesoramiento y sugerencias al respecto a los Estados, y presentar sus informes en el marco de la Comisión de Desarrollo Social. Aunque el hecho de que el Relator Especial informara a esta Comisión

en Nueva York y no a la Comisión de Derechos Humanos¹³ en Ginebra mantuvo el tema de las personas con discapacidad en el ámbito de la política social y no en el de los derechos humanos, las Normas Uniformes permitieron avanzar en su visibilidad.

Como se aprecia, tomó mucho tiempo llegar a contar con un instrumento de carácter vinculante para proteger los derechos de las personas con discapacidad. No fue sino hasta 2001, cuando el Presidente de México entonces en ejercicio hizo de este tema una prioridad internacional de su administración, que el curso de la acción cambió. Ese año, México propuso una resolución dirigida a preparar un borrador de un instrumento vinculante. Como deferencia al mandatario recién electo, la Unión Europea no vetó la resolución, y se optó por crear un mecanismo específico que considerara las propuestas de una convención. Se pensaba que, de ese modo, una vez que las propuestas fueran analizadas, por lo menos en la Asamblea General de las Naciones Unidas no se seguiría adelante con el tema, pero ocurrió de otra manera y se logró avanzar a paso firme, aunque no siempre todos los Estados estuvieran de acuerdo con ello (Quinn, 2004).

No existe aún una declaración internacional sobre los derechos de las personas mayores similar a la que se elaboró en materia de los derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo, en el proceso que se lleva adelante en la actualidad en el marco de las Naciones Unidas hay mucho que aprender de aquel que se desarrolló en lo referente a las personas con discapacidad, aunque existen diferencias importantes.

Una de ellas, como se mencionó, es que antes de la aprobación de la Convención hubo otras resoluciones de la Asamblea General en que se abordaron de una u otra manera los derechos de las personas con discapacidad. Otra diferencia se refiere al rol de la sociedad civil y las instituciones académicas, que en el caso de los derechos de las personas con discapacidad desempeñaron un papel notable durante todo el proceso, incluso por medio de la producción de informes contundentes sobre el tema, hecho que aún no se observa en materia de los derechos de las personas mayores, sobre todo entre las organizaciones y académicos de países en desarrollo.

Asimismo, el contexto en que se iniciaron formalmente las negociaciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad era distinto. En la actualidad, dos regiones del mundo cuentan con instrumentos de carácter vinculante sobre los derechos de las personas mayores: África y las Américas. En 2013 el Consejo de Derechos Humanos aprobó la resolución 24/20, en la que decide nombrar a un Experto Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, quien, en su informe de 2016, advirtió sobre la necesidad de ampliar la protección de sus derechos (Naciones Unidas, 2016). Por último, existe en las Naciones Unidas un Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, que en su séptimo período de sesiones, celebrado en diciembre de 2016, resolvió iniciar la redacción de contenidos de un futuro instrumento internacional. Estos mandatos son complementarios y han permitido llegar a conclusiones similares, entre las que se destaca la necesidad de ampliar la protección de los derechos y la dignidad de las personas mayores.

Todo indica que se ha dado inicio a un camino, a lo largo del cual se pueden obtener lecciones del proceso que se desarrolló en materia de los derechos de las personas con discapacidad, en particular en lo referente al fortalecimiento de la participación de los titulares de derechos, en especial de aquellos que viven y envejecen en el sur del mundo.

¹³ Reemplazada en 2006 por el Consejo de Derechos Humanos.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2012), *Normative standards in international human rights law in relation to older persons. Analytical Outcome Paper*, agosto.
- Allen, R. (2012), "How to define 'older people' in the context of global human rights legislation", *Legal Issues for Strengthening International Legislation on the Rights of Older Persons*, Discussion Papers [en línea] <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/LegalIssuesforStrengtheningInternationalLegislationonRightsofOlderPersonsAgeUK.PDF>.
- Bobbio, N. (1991), "Derechos del hombre y filosofía de la historia", *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema.
- Butler, R. N. (1969), "Age-ism: Another form of bigotry", *The Gerontologist*, vol. 9, N° 4.
- Butler, R. N. y M. I. Lewis (1977), *Aging and Mental Health*, St. Louis, C. V. Mosby.
- Cangemi, D. (2011), "Strengthening the European standards for the protection of the human rights and the dignity of the elderly", speeches from the panel "Rights of elderly persons in Europe, 5th Warsaw Seminar on Human Rights, Varsovia, 29 de septiembre a 1 de octubre, Comité Director de Derechos Humanos.
- CDDH (Comité Director de Derechos Humanos) (2013a), "Comments of Age-Platform Europe (AGE) on the draft recommendation of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons", Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores, Estrasburgo, 6 de mayo.
- (2013b), "Meeting report. 4th meeting, Monday 23 September (9.30 a.m.) – Wednesday 25 September 2013 (1 p.m.), Council of Europe, Agora – Room G06" (CDDH-AGE(2013)R4), Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores [en línea] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/Web_CDDH-AGE%282013%29R4_en.pdf.
- (2012a), "Draft preliminary study on the promotion of the human rights and dignity of the elderly: existing standards and outstanding issues" (CDDH(2012)002), 84th meeting of the CDDH-BU, Estrasburgo, 18 de enero.
- (2012b), "Selection of relevant Council of Europe texts concerning the human rights of the elderly", Grupo de redacción sobre los derechos humanos de las personas mayores (CDDH-AGE(2012)02), Estrasburgo, 29 de febrero.
- (2012c), "Drafting Group on the Human Rights of the Elderly (CDDH-AGE), Meeting report", 23 de marzo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), "Informe sobre la aplicación de la Declaración de Brasilia y de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento", Santiago, 24 de abril.
- (2010), *Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad* (LC/L.3220(CEP2010/5), Santiago, mayo.
- CE (Consejo de Europa) (2014), "Explanatory Memorandum of Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons" [en línea] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/Explanatory_report_Rec_Age_definitive_EN.pdf.
- (1996), *Carta Social Europea (revisada)*, Estrasburgo, 3 de mayo.
- Curtis, C. (2004), "Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003", *Jueces para la Democracia*, N° 51.
- Elder, Ch. y R. Cobb (1993), "Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos", *Problemas públicos y agenda de gobierno*, L. F. Aguilar (ed.), Ciudad de México, Miguel Porrúa.
- Etxeberría, X. (2008), *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*, Bilbao, Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto.
- Fericgla, J. (1995), *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Madrid, Anthropos.
- Guillemaud, A. (1992), *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).

- Gutiérrez, F. (2011), *Universalidad de los derechos humanos. Una revisión a sus críticas*, Getafe – Madrid, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.
- Huenchuan, S. (2010), “Envejecimiento y derechos humanos”, presentación en el Seminario Internacional del MERCOSUR Ampliado sobre Buenas Prácticas en Políticas Gerontológicas, Buenos Aires, 16 a 18 de junio [en línea] http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/sandrahuenchuan_1.pdf.
- (2005), “Pobreza en la vejez y desigualdad de género en América Latina”, *Revista Perspectivas*, N° 15.
- (2004), “Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 51 (LC/L.2115-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hunt, L. (2009), *La invención de los derechos humanos*, Barcelona, Tusquets Editores S. A.
- Le Mesurier, N. (2011), “Supporting Older People in Prison: ideas for practice”, Age UK [en línea] http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/government-and-society/older%20prisoners%20guide_pro.pdf?dtrk=true [fecha de consulta: 15 de septiembre de 2015].
- Lema Añón, C. (2011), “Notas sobre la universalidad de los derechos humanos”, *Papeles el Tiempo de los Derechos*, N° 6, Huri-Age, Consolider-Ingenio.
- Megret, F. (2011), “The human rights of older persons: a growing challenge”, *Human Rights Law Review*, vol. 11, N° 29 de enero.
- Misión Permanente de Sudáfrica ante las Naciones Unidas (2013), “Guidelines for the international convention to promote and protect the rights and dignity of older persons”, cuarto período de sesiones del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, 12 a 15 de agosto.
- Murphy, M. (2011), *International human rights law and older people: Gaps, fragments and loopholes*, Londres, HelpAge International.
- Naciones Unidas (2016), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. Nota de la Secretaría (A/HRC/33/44)*, Consejo de Derechos Humanos.
- (2012), *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (E/2012/51)*, Nueva York.
- (2010), *Vigilancia y cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Guía para los observadores de la situación de los derechos humanos*, serie Capacitación Profesional, N° 17 (HR/P/PT/17), Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- (2009), *Nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/2009/II/WP.1/R)*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 12 de mayo.
- (2008), *Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas en el ámbito de los derechos humanos. Un manual para la sociedad civil (HR/PUB/06/10/Rev.1)*, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- (1995), *Observación General N° 6 “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores” (E/C.12/1995/16/Rev.1)*, Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- (1993), “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, resolución 48/96 de la Asamblea General.
- (1975), “Declaración de los Derechos de los Impedidos”, resolución 3447(XXX) (A/RES/30/447), diciembre.
- Neugarten, B. L. y D. A. Neugarten (1987), “The changing meanings of age (Life Flow)”, *Psychology Today*, vol. 21, mayo.
- Northcott, H. C. (1975), “Too young, too old. Age in the world of television”, *The Gerontologist*, vol. 15, N° 2.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2013), “Artículos considerados durante la reunión celebrada el 11 y 12 de febrero de 2013” (OEA.Ser.G. CAJP/GT/DHPM-37/12 add. 6 rev.), Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

- _____(1988), Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador") [en línea] <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.
- Palacios, A. (2008), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Grupo editorial CINCA.
- Palacios, A. y F. Bariffi (2008), *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Grupo Editorial Cinca, S. A.
- Quinn, G. M. (2004), "Disability rights: an American invention, a global challenge", presentación en "11th Annual Valerie Gordan Human Rights Lecture", Northeastern Law School, 1 de abril.
- Quinn, G. M. y T. Deneger (2002), *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- Rodríguez Abascal, L. (2002), "El debate sobre los derechos de grupo", *Estado, justicia, derechos*, E. Díaz y J. L. Colomer (eds.), Madrid, Alianza.
- Rodríguez-Piñero, L. (2012), "Igualdad y no discriminación en la vejez", Foro Internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores, organizado por el Gobierno de la Ciudad de México y el CELADE-División de Población de la CEPAL, Ciudad de México, 26 a 28 de marzo.
- _____(2010), "Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad", *Documentos de Proyecto*, N° 305 (LC/MV.305), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Traxler, A. J. (1980), *Let's get gerontologized: Developing a sensitivity to aging. The multi-purpose senior center concept: A training manual for practitioners working with the aging*, Springfield, Department of Aging.
- Unión Africana (UA) (2003), *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa* [en línea] http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf.
- _____(1981), *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos* [en línea] <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297>.
- Williams, J. (2011), "An international convention on the rights of older people?", *Emerging Human Rights in the 21st Century*, M. Odello y S. Cavandoli (eds.), Routledge.



El valor y la importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Introducción

- A. El proceso de elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
- B. Búsqueda de consenso sin retroceder en el ámbito interamericano
- C. La triple dimensión de los derechos protegidos en la Convención
- D. Proceso de ratificación de la Convención
- E. Los derechos emergentes de la Convención Interamericana y contribuciones para su interpretación

Bibliografía

Introducción

El 15 de junio de 2015 la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, convirtiéndose en el primer organismo intergubernamental que acoge un instrumento jurídicamente vinculante en esta materia.

El objetivo de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad¹.

La Convención recuerda en su preámbulo que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos se aplican a las personas mayores, pero, como afirma más adelante, la discriminación que sobrelleva la vejez suele impedir que los disfruten plenamente. Para tal efecto, la Convención define la discriminación por edad en la vejez como cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

Este nuevo tratado rectifica una omisión del derecho internacional de derechos humanos con relación a este grupo social y estandariza garantías muy relevantes que ningún otro instrumento internacional vinculante había considerado anteriormente de manera explícita en el caso de las personas mayores, como la conjunción entre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, o el derecho a la independencia y la autonomía.

En este capítulo se brinda un panorama general acerca del proceso de elaboración y contenidos de la Convención para reafirmar su importancia y promover la acción por parte de las partes interesadas, en particular los titulares de los derechos. Asimismo, se ofrecen ejemplos de las formas de implementar la Convención por parte de los Estados.

A. El proceso de elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

El interés y la voluntad de los Gobiernos por impulsar un tratado internacional para proteger los derechos humanos de las personas mayores se pronunció de manera formal en la Declaración de Brasilia (CEPAL, 2011), aprobada en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento de América Latina y el Caribe que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Gobierno del Brasil llevaron a cabo en 2007.

En dicha Conferencia, los representantes gubernamentales analizaron a fondo el tema. La propuesta inicial del Brasil era lograr el compromiso de crear una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores. Tras horas de diálogo y consultas con sus

¹ Véase OEA, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015 [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

Hacia 2009, la protección de los derechos de las personas mayores se encontraba instalada en el discurso de las instituciones rectoras del tema, y varias estaban colaborando con sus Ministerios de Relaciones Exteriores para aproximar posiciones favorables a una convención.

respectivas capitales, los participantes finalmente acordaron un texto que posteriormente tenía que ser consultado con los Gobiernos antes de su puesta en práctica².

En cumplimiento con el párrafo 26 de la Declaración de Brasilia, las instituciones nacionales de personas mayores fueron más allá de las consultas oficiosas y el acuerdo se transformó en un hilo conductor que ayudó a concienciar sobre la necesidad de ampliar la protección de las personas mayores en el derecho internacional a través de un instrumento jurídicamente vinculante³. Con este propósito, la CEPAL realizó tres reuniones de seguimiento de la Declaración de Brasilia⁴. En dos de ellas se trabajó en una propuesta de lineamientos para la elaboración de una convención sobre los derechos de las personas mayores que finalmente sirvió de base para el proyecto de convención interamericana (CEPAL, 2009c).

En 2009, la protección de los derechos de las personas mayores se encontraba instalada en el discurso de las instituciones rectoras del tema, y varias de ellas (en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, México, el Uruguay y otros países) estaban colaborando con sus Ministerios de Relaciones Exteriores para aproximar posiciones favorables a una convención en la OEA y las Naciones Unidas. Esto allanó el camino para que, en la Declaración de Compromiso de Puerto España de abril de 2009, las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas se comprometieran a realizar, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la CEPAL, un examen sobre la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores. A partir de este momento, los Estados miembros de la OEA iniciaron un diálogo que se reflejó en sus decisiones de la Asamblea General de esta organización⁵.

En primer lugar, el Consejo Permanente de la OEA convocó una reunión de expertos (en octubre de 2010), para que los Estados miembros de la organización y especialistas de organismos internacionales y de la sociedad civil analizaran la posibilidad de elaborar un tratado interamericano⁶. Casi un año después (en septiembre de 2011), se constituyó el Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores⁷, con el mandato de preparar un informe en que se analizara la situación de este grupo social en el continente americano, así como la efectividad de los instrumentos universales y regionales vinculantes de derechos humanos con relación a la protección de sus derechos⁸. Una vez efectuada la primera tarea, el Grupo de Trabajo debía preparar un proyecto de convención interamericana.

Con la presidencia a cargo de la Argentina, el Grupo realizó seis reuniones formales de trabajo para elaborar la primera versión del proyecto de convención interamericana sobre los derechos humanos de las personas mayores, y luego la elevó al Consejo Permanente de la OEA. La OPS y la CEPAL brindaron su apoyo técnico durante este período y de forma constante hasta que la labor del Grupo de Trabajo hubo finalizado en 2015.

² Véase el párrafo 26 de la Declaración de Brasilia, que establece lo siguiente: "Nos comprometemos a realizar las consultas pertinentes con nuestros gobiernos para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas".

³ Para ser eficaces en el compromiso asumido en la Declaración de Brasilia, las instituciones y organizaciones de personas mayores iniciaron un proceso de capacitación sobre el tema de los derechos humanos en general, así como sobre la forma de impulsar de manera efectiva la elaboración de una convención internacional.

⁴ Las reuniones fueron organizadas por la CEPAL en conjunto con el Gobierno del Brasil (2008), el Gobierno de la Argentina (2009) y el Gobierno de Chile (2009). Véase más información en: CEPAL (2008) (2009b) y (2009a).

⁵ Como hizo notar la Comisión Interamericana de Derechos Humanos durante la discusión de los contenidos de la Convención, es pertinente afirmar que en el sistema interamericano ya existían algunas disposiciones y obligaciones aplicables exclusivamente a las personas mayores. Por ejemplo, el artículo 4, numeral 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el artículo 9, numeral 1, y el artículo 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales.

⁶ Véanse las siguientes resoluciones de la Asamblea General de la OEA: AG/RES. 2455 (XXXIX-O/09), aprobada el 4 de junio de 2009 y AG/RES 2562 (XL-O/10), aprobada el 8 de junio de 2010 (OEA, 2009 y 2010).

⁷ El Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores sesionó durante cuatro años. No obstante, para cada período se requería un nuevo mandato de la Asamblea General de la OEA; dicho mandato fue extendiéndose hasta lograr un texto consensuado que pudiera ser sometido a la aprobación de este órgano.

⁸ Véase la siguiente resolución de la Asamblea General de la OEA: AG/RES 2654 (XLI-O/11), aprobada el 7 de junio de 2011.

A efectos de análisis, las negociaciones del proyecto de convención se pueden dividir en tres etapas. La primera ronda de negociaciones duró siete meses (desde septiembre de 2012 hasta mayo de 2013). Se celebraron 19 reuniones formales y 8 reuniones informales del Grupo de Trabajo. Se analizó el proyecto de convención artículo por artículo y, en varias ocasiones, hubo que revisar la redacción y el contenido. Durante este período, el Grupo examinó gran parte de los párrafos; para algunos se llegó a un acuerdo y otros eran del consenso de la mayoría de las delegaciones, pero quedaron pendientes varios en los que no se había logrado acuerdo. Es por ello que durante la 42ª Asamblea General de la OEA se extendió el mandato del Grupo de Trabajo para que prosiguiera con la negociación del proyecto de convención⁹.

La segunda etapa de negociaciones (del 5 de septiembre de 2013 al 9 de mayo de 2014) se caracterizó por examinar detenidamente los contenidos del proyecto de convención y ordenar el debate del texto. Con la presidencia a cargo del Representante Alternativo de Panamá se realizaron 12 reuniones formales y 2 informales. Además, se dispuso que el Departamento de Derecho Internacional de la OEA y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) comentaran el proyecto de convención que estaba en discusión¹⁰.

En mayo de 2014 se habían aprobado 23 títulos, 11 artículos y 161 párrafos y se habían acordado 3 títulos, 3 artículos y 78 párrafos¹¹. Sin embargo, a pesar del avance de las negociaciones, había preocupación en algunos países (Chile, Colombia y el Perú, principalmente) por la presunta duplicidad de contenidos dentro del proyecto de convención y con respecto a la Convención Americana de Derechos Humanos, así como otros tratados internacionales¹².

La tercera etapa se inició el 17 de octubre de 2014, con la presidencia del Representante Alternativo de Chile, y concluyó el 15 de mayo de 2015, con la presidencia del Representante Alternativo de Panamá. En este período se trabajó sobre la base de un texto que procuraba subsanar las duplicaciones identificadas en la etapa anterior y así facilitar la pronta aprobación del proyecto en la Asamblea General de la OEA en Asunción. Para discutir esta nueva propuesta se realizaron 19 reuniones formales, 2 reuniones informales y una reunión de expertos celebrada el 20 y 21 de abril de 2015 en la sede de la OEA en Washington D.C. Al finalizar el período, todos los artículos del proyecto de convención quedaron cerrados y aprobados, a pesar de que algunos de ellos se mantuvieron *ad referendum* de algunos Estados¹³.

El 19 de mayo de 2015, el Consejo Permanente estableció el Comité de Redacción (compuesto por el Brasil, Haití, Jamaica y Panamá) para revisar el texto en los cuatro idiomas oficiales de la OEA. Un mes más tarde, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores fue aprobada por la Asamblea General del órgano americano.

⁹ Véase la siguiente resolución de la Asamblea General de la OEA: AG/RES. 2726 (XLII-O/12), aprobada el 4 de junio de 2012.

¹⁰ El 16 de agosto de 2013 el Departamento emitió su opinión, en la que se concentró principalmente en el mecanismo de seguimiento del proyecto de convención y sus medios de protección. La Comisión presentó un informe el 8 de noviembre de 2013 en el que se refirió, entre otros, a los siguientes contenidos: principio de igualdad y no discriminación, capacidad jurídica, consentimiento informado y autonomía de las personas mayores y sus derechos a vivir de forma independiente y en la comunidad.

¹¹ Se consideraba una materia o parte del proyecto acordada cuando se lograba un consenso al respecto en una reunión con el quórum reglamentario para sesionar, pero no para decidir, y aprobada, cuando se alcanzaba un consenso y se contaba con el quórum reglamentario para adoptar decisiones.

¹² Por ejemplo, el artículo 9, párrafo 2, indicaba: "Los Estados tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo y de otra índole para evitar que la persona mayor sea sometida a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes". Esta redacción se consideraba similar al artículo 2 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

¹³ *Ad referendum* significa que un Estado puede estar de acuerdo con la propuesta, a falta de la aprobación de los organismos políticos nacionales relevantes (LeBlanc, 1977). Los contenidos y países que quedaron *ad referendum* son: el artículo 6, "Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez", *ad referendum* de Nicaragua (todo el artículo) y párrafo 1 *ad referendum* de Guatemala; el artículo 7, "Derecho a la independencia y a la autonomía", literal a, *ad referendum* de Guatemala; el artículo 19, "Derecho a la salud", literal c, *ad referendum* de Nicaragua y el Paraguay, y el artículo 36, "Sistema de peticiones individuales", los párrafos 1, 2 y 4 *ad referendum* de la República Bolivariana de Venezuela y el párrafo 3 *ad referendum* de Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela.

B. Búsqueda de consenso sin retroceder en el ámbito interamericano

La elaboración de la Convención exigió varias decisiones por parte del Grupo de Trabajo; entre ellas, una de las más importantes fue el enfoque de la redacción. Huenchuan (2012) identificó tres opciones: la primera era reiterar el catálogo de derechos humanos de los pactos internacionales, haciendo explícita la referencia a las personas mayores en cada uno de ellos; la segunda era identificar las medidas dirigidas a eliminar la discriminación de la que es objeto este colectivo¹⁴, y la tercera era profundizar en el significado que los derechos humanos existentes tienen para las personas mayores y a la vez aclarar las obligaciones de los Estados con respecto a la promoción y protección de esos derechos en el contexto del envejecimiento (Huenchuan, 2012).

La OEA ya había utilizado el segundo enfoque para la elaboración de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada en 1999; sin embargo, en el caso de las personas mayores, el Grupo de Trabajo procedió de manera diferente y aplicó el tercer enfoque de redacción.

Otra decisión importante durante las negociaciones del proyecto de convención era si se crearían o no derechos nuevos. Dentro del Grupo de Trabajo se afirmaba que eso no formaba parte del objetivo de la convención, pero a medida que se fue ahondando en el texto resultó evidente que no era suficiente agregar a la persona mayor de forma expresa en la redacción de los derechos humanos vigentes. Como consecuencia, el texto ofrece nuevas interpretaciones y amplía los contenidos de los derechos establecidos en los tratados para adaptarlos a las necesidades y reivindicaciones que surgen del envejecimiento de la sociedad¹⁵.

Un último elemento que el Grupo de Trabajo tuvo que ponderar fue la concordancia del proyecto con los principios y derechos reconocidos en otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Si bien en el artículo 1 se establece que lo dispuesto en la Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o adicionales a favor de la persona mayor ya reconocidos por el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados partes, en la práctica cualquier error en ese sentido podría generar confusión, retrasando o limitando la implementación de otros instrumentos internacionales, especialmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Hasta junio de 2012, varios artículos del proyecto de convención adolecían de ambigüedades con respecto a la CDPD. Uno de los más discutidos fue el de la capacidad legal: permitía restricciones al ejercicio de ese derecho¹⁶, lo que contradecía

¹⁴ El principio de igualdad y no discriminación es la justificación principal para la necesidad de instrumentos internacionales específicos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos han señalado reiteradamente que el derecho a la igualdad y a la no discriminación constituye el eje central y fundamental del sistema interamericano de derechos humanos.

¹⁵ Por ejemplo, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores realiza nuevos aportes en el ámbito de los cuidados paliativos al codificarlos como un derecho. Así lo estimó la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) en conjunto con otras organizaciones interesadas, apoyando la redacción de algunos artículos de la Convención relacionados específicamente con esta cuestión (ALCP y otros, 2013, pág. 4).

¹⁶ En la versión de abril de 2012 del proyecto de convención, el artículo 33, "Garantías judiciales en los procesos de determinación de la capacidad jurídica de las personas mayores", abría la posibilidad de restringir el ejercicio de esta capacidad. Por ejemplo, se establecía lo siguiente: "Toda restricción de la capacidad jurídica debe estar debidamente fundada, ser limitada en el tiempo, estar sujeta a revisiones periódicas y ser aplicada únicamente a las decisiones específicas para las cuales se haya determinado la falta de aptitud y necesidad de un consentimiento subrogado". Esta redacción, en opinión de algunos organismos —entre los que se incluyen la CEPAL y la CIDH— legitimaba la creencia de que las personas mayores no eran capaces de cuidar de su propio bienestar, por lo que eran injustamente despojadas de su capacidad jurídica mediante medidas de tutela que reducían su posibilidad de tomar decisiones sobre cualquier aspecto de su vida. Más adelante este texto se corrigió. Actualmente corresponde al artículo 30.

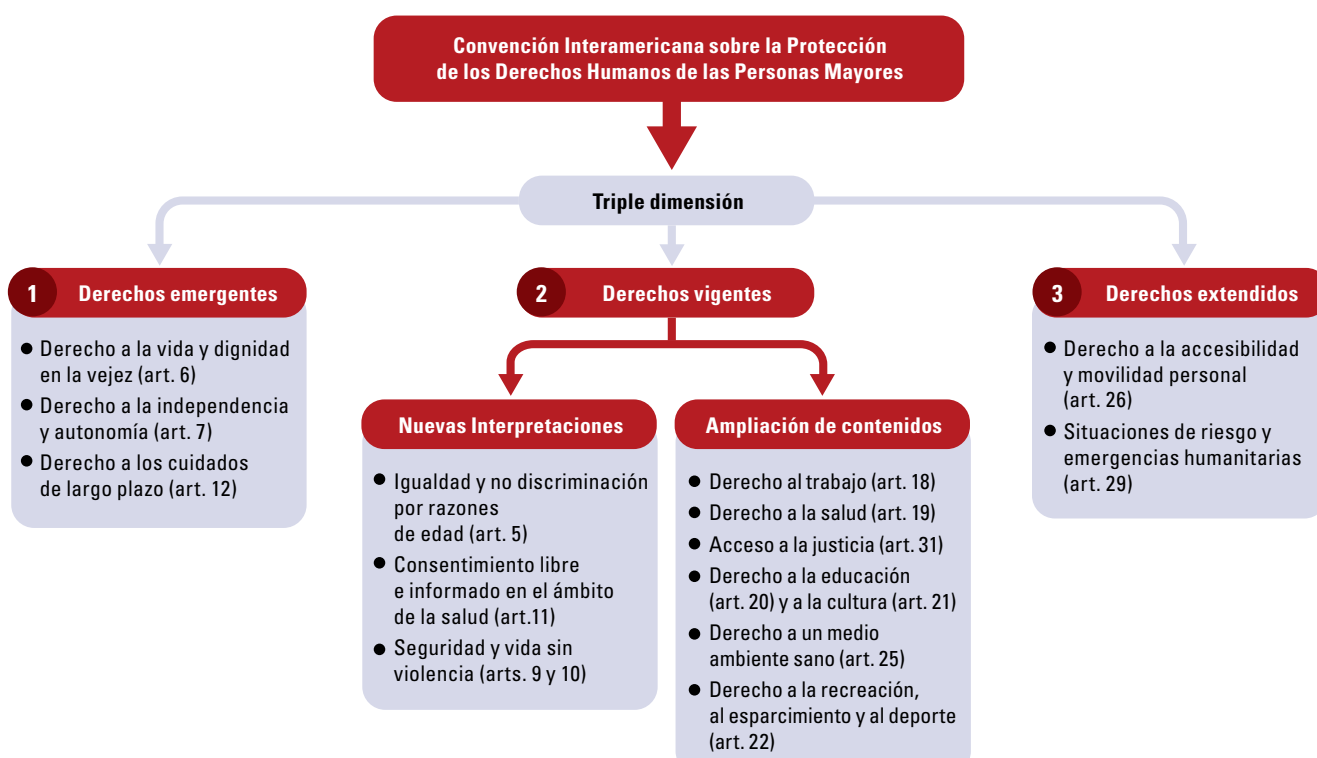
lo dispuesto en la CDPD¹⁷, que favorece la toma de decisiones en pie de igualdad¹⁸. En el texto aprobado en junio de 2015, algunas de estas dificultades fueron superadas gracias a los comentarios de, entre otros, la organización no gubernamental Sociedad y Discapacidad (SODIS) del Perú —que presentó un contundente informe al respecto—, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la CEPAL y la OPS¹⁹.

C. La triple dimensión de los derechos protegidos en la Convención

A efectos de este capítulo, los contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores se dividirán en tres categorías: derechos emergentes, derechos vigentes y derechos extendidos (véase el diagrama III.1).

Diagrama III.1

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de E. Dussel, "Derechos vigentes, nuevos derechos y derechos humanos", *Crítica Jurídica. Revista Latinoamericana de Política, Filosofía y Derecho*, N° 29, junio de 2010.

¹⁷ En el artículo 12 de la CDPD se fija la obligación del Estado de reconocer "que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida" y de "adoptar las medidas apropiadas para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica", mientras que en el artículo 17 de la CDPD se dispone que "toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás".

¹⁸ La CDPD instauró un cambio hacia la toma de decisiones con apoyo como alternativa a la tutela, lo que hace hincapié en la autonomía e independencia de la persona en lugar de su dependencia e incapacidad. Véase ACNUDH (2012).

¹⁹ La versión del 17 de abril de 2012 del proyecto de convención establecía en su artículo 33, "Garantías judiciales de las personas mayores institucionalizadas", que la persona mayor tenía la posibilidad de designar un defensor que la representara en todo procedimiento judicial o administrativo relacionado con su situación de institucionalización, y si la persona mayor no obtenía esos servicios, se pondría a su disposición un defensor. Esta redacción fue corregida posteriormente y ese artículo pasó a denominarse "Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo" (artículo 12).

- Los derechos emergentes son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente.
- Los derechos vigentes son aquellos ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o mediante la ampliación de su contenido.
- Los derechos extendidos está dirigidos específicamente a colectivos que hasta entonces no habían disfrutado de ellos, por omisión o discriminación (Dussel, 2010).

1. Derechos emergentes

La Convención contiene tres derechos que corresponden a esta categoría. Se trata del derecho a la vida y la dignidad en la vejez (artículo 6), el derecho a la independencia y autonomía (artículo 7) y el derecho a los servicios de cuidado a largo plazo (artículo 12).

El primero implica una innovación interesante: se refiere al derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta la muerte sin discriminación de ningún tipo, para lo que garantiza, entre otros aspectos, los cuidados paliativos. El segundo derecho vuelve a colocar el acento en la integridad y la dignidad de la persona, específicamente en lo que se refiere a la toma de decisiones conforme a sus tradiciones y creencias. El tercer derecho, al que se hará referencia más adelante, puede provocar tensión entre la protección de las personas que viven en residencias frente al reconocimiento del derecho de las personas mayores a vivir de manera independiente, pero en la práctica es una respuesta a los abusos que con frecuencia se producen en las residencias.

2. Derechos vigentes

En la subcategoría de nuevas interpretaciones se ubica la igualdad y la no discriminación (artículo 5), el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11) y la seguridad y la vida sin violencia (artículos 9 y 10).

La Convención aporta nuevos elementos a estos tres derechos para establecer las obligaciones específicas de los Estados con respecto a las personas mayores: se prohíbe la discriminación por edad en la vejez; se indican los requisitos para que la persona mayor brinde su consentimiento libre e informado y se obliga a los Estados a crear mecanismos para que la persona mayor manifieste de manera expresa su voluntad anticipada y las instrucciones respecto de las intervenciones en materia de salud a las que deba someterse, incluidos los cuidados paliativos, y se protege la integridad y dignidad de la persona mayor, sin discriminación de ningún tipo.

Aunque estos tres artículos forman parte de otros instrumentos internacionales —como la CDPD—, es la primera vez que se aborda de manera más precisa la situación de las personas mayores con relación a cada uno de estos derechos.

En la subcategoría de ampliación de contenidos se ubican, en general, los derechos económicos, sociales y culturales. Considerando que estos derechos están reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y que todas sus disposiciones se aplican a las personas mayores, la Convención hace una adaptación a la situación particular de este colectivo. Aquí se ubicarían el derecho al trabajo, el acceso a la salud, el derecho a la educación y otros.

3. Derechos extendidos

En esta categoría se han considerado dos derechos en particular: el de accesibilidad y movilidad de las personas y el relacionado con las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias. Si bien ambos derechos están recogidos en la CDPD, las personas mayores están ausentes en dicho instrumento, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres y los niños, ya que no se agregó un artículo específico. La Convención subsana esta ausencia al especificar estos derechos (Quinn, 2009).

D. Proceso de ratificación de la Convención²⁰

La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de 1969, establece que la ratificación de un tratado designa el acto internacional mediante el cual un Estado indica su consentimiento en obligarse a su cumplimiento²¹. De este modo, “al pasar a ser partes en los tratados internacionales, los Estados asumen las obligaciones y los deberes de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos”²². Estas tres obligaciones son el marco de la implementación de los tratados internacionales.

Una vez ratificada la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte del Uruguay y de Costa Rica y tras ser depositada su ratificación en la sede de la OEA, el tratado entró en vigor el 12 de enero de 2017. El 21 de diciembre de 2016, el Estado Plurinacional de Bolivia, mediante la Ley núm. 872, fue el tercer Estado que ratificó la Convención y actualmente está gestionando su depósito ante la OEA.

El 28 de julio de 2016 Costa Rica se convirtió en el primer Estado en ratificar la Convención. El 8 de septiembre firmó la Ley núm. 9394 en la que se ratificaba la Convención, aunque no depositó su ratificación en la OEA hasta el 12 de diciembre de 2016.

En el Uruguay, el 8 de septiembre de 2016 se promulgó la Ley núm. 19.430 por la que se aprobaba la Convención Interamericana. El proceso se inició el 22 de diciembre de 2015, cuando el Poder Ejecutivo solicitó al Parlamento la aprobación de dicho tratado. El trámite duró seis meses desde su distribución el 24 de febrero de 2016, y el 24 de agosto del mismo año la Convención fue aprobada por unanimidad. Fue el primer país en realizar el depósito de su ratificación, el 18 de noviembre de 2016, lo que hizo que se convirtiera en el Presidente de la Conferencia de Estados Partes, de la que se hablará a continuación.

El documento de la Convención establece que su mecanismo de seguimiento estará compuesto por una Conferencia de Estados Partes y un Comité de Expertos que se conformará una vez recibido el décimo instrumento de adhesión o ratificación.

²⁰ Los primeros países en firmar el documento de la Convención fueron la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay. Esta firma indica la intención del Estado de adoptar medidas para expresar su consentimiento a someterse a las obligaciones del tratado en una fecha posterior. La firma crea también la obligación, en el período que se extiende hasta la ratificación, aceptación o aprobación, de abstenerse de buena fe de actos en virtud de los cuales se frustran el objeto y el fin del tratado. Ahora corresponde que los parlamentos de cada uno de estos países ratifiquen el instrumento.

²¹ Véanse el artículo 2, párrafo 1, apartado b; el artículo 14, párrafo 1, y el artículo 16 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de 1969.

²² Véase [en línea] <http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>.

La Conferencia de Estados Partes es el principal mecanismo de seguimiento de la Convención. Está integrado por los países y entre sus funciones está examinar el avance nacional en el cumplimiento de los compromisos emanados del tratado y promover el intercambio de experiencias, buenas prácticas y cooperación técnica entre los países.

El Comité de Expertos está integrado por especialistas designados por cada uno de los Estados partes de la Convención. Es el responsable de realizar el análisis técnico de los informes periódicos relativos al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Convención que presentan los Estados, entre otras funciones. El primero de estos informes se realizará transcurrido un año del establecimiento del Comité, y posteriormente se elaborarán con una periodicidad de cuatro años.

El capítulo VI de la Convención Interamericana, sobre los mecanismos de seguimiento y medios de protección, es sin duda una de sus fortalezas, ya que crea un mecanismo de control y de diálogo con el fin de dar seguimiento a los compromisos adquiridos por los Estados partes y promover su efectiva implementación.

Cualquier derecho, aun reconocido internacionalmente, que carezca de un mecanismo de protección es un derecho imperfecto, ya que no existe ningún proceso que garantice y reivindique su cumplimiento. Mediante los mecanismos propuestos por la Convención, que entrarán en funcionamiento con la décima ratificación, se pondrá en marcha una labor de interpretación progresiva de las normas internacionales en materia de derechos de las personas mayores que permitirá esclarecer y precisar aún más el significado y alcance de los derechos contenidos en el tratado.

La Conferencia de Estados Partes y el Comité de Expertos analizarán y formularán recomendaciones sobre la base de los informes presentados por los Estados partes, un esfuerzo conjunto que se traduce en un círculo virtuoso para la vigencia de los derechos que integran la Convención y, sobre todo, en una herramienta fundamental para la comprensión de las medidas legislativas, políticas, programáticas y de otra índole que se requieren de cada Estado parte para garantizar esos derechos en el ámbito nacional.

E. Los derechos emergentes de la Convención Interamericana y contribuciones para su interpretación

Al tomar la decisión soberana de ser parte de un tratado internacional, los Estados asumen una serie de responsabilidades y obligaciones (respetar, proteger y realizar los derechos). En algunos casos, como ya se mencionó anteriormente, estas obligaciones implican que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, proteger de abusos y de violaciones de esos derechos tanto en el ámbito individual como colectivo y, finalmente, adoptar medidas de carácter legislativo, político, programático y de otra índole para la realización de esos derechos, tal como lo establece la Convención en su artículo 1²³.

Estas obligaciones son el marco de implementación de un tratado internacional y, por ende, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

²³ "Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en esta Convención no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Parte se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades" (artículo 1 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores).

Las medidas a adoptar deben ser ideadas, elaboradas e implementadas sobre la base de un enfoque de derechos, es decir, en torno a los derechos políticos, civiles, culturales, económicos y sociales exigibles que, en su conjunto, contribuyen al desarrollo humano. Esto significa utilizar los principios y normas de derechos humanos para analizar, planificar, implementar y monitorear la legislación, las políticas y los programas con el objetivo de mejorar la situación de las personas y lograr el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos.

Dicho de otra forma, los principios y normas de derechos humanos informan el contenido de las actividades en materia de buen gobierno, guiando la elaboración de marcos legislativos, políticas, programas, asignaciones presupuestarias y otras medidas.

En materia de adopción de medidas para la implementación de la Convención, este novel tratado internacional presenta algunos desafíos en términos de los “nuevos” derechos que plantean una ruptura con el orden jurídico actual de los Estados de la región respecto a las personas mayores. Se trata de los aquí denominados derechos emergentes o vigentes, por la innovación que implica en el primer caso o por la nueva interpretación que se propone de derechos ya reconocidos por otros tratados y normas internacionales en materia de derechos humanos, en el segundo caso.

Los “nuevos” derechos son aquellos que, en general, han sido ignorados por el derecho vigente en el ámbito interno de los Estados y que posiblemente seguirán siéndolo, poniendo en entredicho la legitimidad de ese derecho a medida que crece la legitimidad del nuevo paradigma (Dussel, 2010). La creación y entrada en vigor de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores da paso a una etapa en que esos nuevos derechos, al ser reconocidos por el conjunto de la comunidad política ampliada, se convierten en la nueva legitimidad vigente, mientras que la legitimidad y la legalidad del antiguo derecho quedan anuladas, al menos desde el punto de vista de las normas internacionales. Este contexto presenta el desafío de que estos “nuevos” derechos adquieran la plena legalidad y aplicabilidad, es decir, que se transformen en el nuevo derecho vigente en el ámbito interno de los Estados.

Dado lo reciente de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, se deben buscar referencias en otros procesos similares para determinar cuáles serían las formas de implementación de estos nuevos derechos a nivel interno de los Estados. En tratados de derechos humanos que han recorrido ya buena parte de ese camino de legitimización se pueden encontrar una serie de pautas para su implementación en forma de legislaciones, políticas y prácticas de los Estados; recomendaciones de los mecanismos convencionales y no convencionales para el seguimiento del cumplimiento (observaciones finales y observaciones generales de los comités, entre otros), e incluso jurisprudencia del sistema interamericano y europeo de derechos humanos.

La referencia más inmediata de este proceso de implementación lo constituye la CDPD, que tanto por ser la más reciente en materia de derechos de un grupo particular de la población como por compartir algunas similitudes en materia de derechos emergentes y vigentes, puede servir en cierta medida de guía para interpretar la forma más adecuada de implementación de algunos de los “nuevos” derechos que plantea la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

Como se menciona a lo largo de este capítulo, entre los derechos vigentes y emergentes que aporta la Convención se encuentran el derecho a la vida y la dignidad en la vejez (artículo 6), el derecho a la independencia y autonomía (artículo 7), el derecho a los cuidados de largo plazo (artículo 12), la igualdad y no discriminación (artículo 5) y el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11).

A continuación se pone la atención en algunos de ellos, por su carácter innovador, sin perjuicio del resto de los derechos que integran la Convención.

1. La igualdad y la no discriminación

La característica principal de los derechos humanos es su universalidad. Esto significa que los derechos humanos son aquellos que tienen todas las personas por el solo hecho de ser humanos, sin distinción de origen nacional, pertenencia a un grupo étnico, religión y condición social, cultural, económica o cualquier otra. El principio de no discriminación se complementa con el principio de igualdad, como lo estipula el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

Los conceptos de igualdad y no discriminación no son nuevos, ya que están presentes en todos los tratados de derechos humanos, así como en la mayoría de los textos constitucionales y de la legislación interna de los Estados. Conforme a ellos, se puede afirmar que todos los derechos reconocidos en los tratados de derechos humanos tanto de carácter universal como americano son plenamente aplicables a las personas mayores. La prohibición de discriminar por edad tampoco es nueva, ya que es el fundamento principal de la necesidad y existencia de la Convención sobre los Derechos del Niño.

El aporte indudable y novedoso de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores es la prohibición de discriminación por edad de las personas mayores de 60 años, lo que queda establecido en su preámbulo con la afirmación de que los Estados tienen la obligación de eliminar todas las formas de discriminación por dicha razón.

Al igual que sucede con la Convención sobre los Derechos del Niño, el principio de no discriminación e igualdad es transversal y fundamental en toda la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores; es el eje vertebrador de este proceso de progresiva especificación, que no tiene otro objetivo que avanzar hacia la materialización de la igualdad y la remoción de las barreras sociales e institucionales que impiden su realización efectiva.

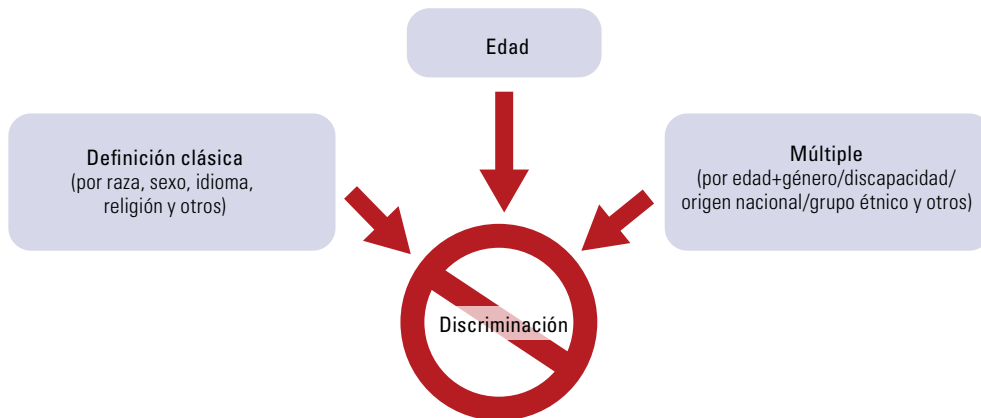
Prueba de su importancia es el hecho de que, en la Convención, el término “discriminación” es empleado en 18 ocasiones y el término “igualdad”, en 26 ocasiones —incluso, la mayoría de esas veces, se usa la expresión “igualdad de condiciones”—. Así, el principio de igualdad y no discriminación está íntimamente relacionado con todas las demás disposiciones sustantivas de la Convención, dado que los Estados partes tienen la obligación de garantizar que todos los derechos consagrados en la Convención se respeten, protejan y realicen en igualdad de condiciones y sin discriminación.

En la Convención, el derecho a la no discriminación contiene tres aspectos diferentes y complementarios. Primero, la definición clásica de “discriminación”: cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos. En segundo lugar, el aspecto innovador que implica la especificidad de que esa distinción, exclusión o restricción esté basada en la edad (en este caso, avanzada) y, por último, la definición de “discriminación múltiple” como aquella que está fundada en más de un factor de discriminación (véase el diagrama III.2).

Además de establecer el deber de no discriminación como principio (artículo 3), la Convención también recoge la obligación para los Estados partes de adoptar medidas afirmativas y realizar los ajustes razonables necesarios para el ejercicio de los derechos por parte de los titulares, incluso aquellas medidas de carácter temporal que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor (artículo 4, literal b).

Diagrama III.2

Elementos del derecho a la no discriminación en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

En el artículo 5 se establece específicamente la prohibición de discriminación por edad y se indica que los Estados partes deberán desarrollar enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple.

Como se puede apreciar de lo antedicho, la prohibición de discriminación tiene un vasto campo de aplicación. Incluso el uso en la Convención de las palabras “medidas” y “ajustes razonables” es amplio y discrecional. La posible ambigüedad de estos términos no debe ser interpretada como un aspecto negativo del texto convencional; por el contrario, esa amplitud significa, por un lado, que el Estado posee una relativa discrecionalidad de medios para satisfacer las obligaciones que impone la Convención y, por el otro, que no debe sujetarse a una sola fórmula en el cumplimiento de sus obligaciones, sino que más bien debe proteger a la persona mayor frente a cualquier forma de discriminación adoptando todas las medidas que sean necesarias.

La obligación de respetar los derechos humanos de las personas mayores requiere que los Estados partes se abstengan de elaborar leyes, políticas, normas, programas, procedimientos administrativos y estructuras institucionales que, ya sea de forma directa o indirecta, priven a las personas mayores del goce de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. La obligación de proteger esos derechos requiere que los Estados partes protejan a las personas mayores frente a la discriminación por parte de actores privados y que adopten medidas directamente orientadas a eliminar las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que alimenten los prejuicios y perpetúen la noción de inferioridad o dependencia de las personas mayores. La obligación de cumplir con los derechos requiere que los Estados partes adopten una amplia gama de medidas (incluidas medidas especiales de carácter temporal, cuando proceda, de conformidad con el artículo 4, literal b, de la Convención) para asegurar que las personas mayores gocen *de jure* y *de facto* de esos derechos.

En este sentido, el artículo 4 recoge que la adopción por los Estados partes de medidas afirmativas y ajustes razonables encaminados a acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor no se considerará discriminatoria. Este artículo es fundamental y plantea la igualdad sustantiva. Es decir, los Estados no deben tender solo a la igualdad formal, traducida en normas que no discriminen, sino a la obligación de

garantizar y fomentar la igualdad sustantiva; es necesario establecer puntos de partida más justos. Esta igualdad sustantiva tiene como correlato necesario la implementación de las denominadas medidas especiales de carácter temporal.

Como se afirma en el capítulo anterior, se debe tener en cuenta que la causa principal de la discriminación radica en el estándar de normalidad a partir del cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir en condiciones dignas e igualitarias a aquellos que son considerados diferentes. Se podría afirmar que las diferencias en sí mismas no son la causa de las desigualdades entre las personas, ni las justifican; es la cultura la que interviene, instaurando un sistema que establece y normaliza las desigualdades. Para superar el entramado de desigualdades y lograr una igualdad sustantiva y no meramente formal, por lo tanto, es necesario intervenir a través de una asignación diferencial de recursos, servicios y protecciones que privilegie a quienes experimentan mayores grados de exclusión o necesidad y de un diseño también diferencial de estrategias que se adapten a las características particulares de tales grupos. La igualdad de resultados es la culminación lógica de la igualdad sustantiva.

Evidentemente, también debe tenerse en cuenta que las personas mayores, además de sufrir discriminación por su edad, también pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por su raza, origen étnico, religión, condición de incapacidad, clase, casta u otros factores.

Una idea de la compleja y exigente tarea que se espera por parte de los Estados surge de la propia Convención, que requiere de forma expresa que se asegure la igualdad de condiciones, no discriminación o igualdad de trato y oportunidades respecto al derecho a la vida y a la dignidad (artículo 6); en el ámbito de la participación y las actividades en la comunidad (artículo 8, literal a); en situaciones de privación de libertad (artículo 13); respecto a la libertad de expresión y acceso a la información (artículo 14); respecto a la circulación, residencia y nacionalidad (artículo 15); en el ámbito laboral (artículo 18); en el ámbito de la salud (artículo 19); en el ámbito de la educación y la cultura (artículo 20 y 21); respecto a un medio ambiente sano (artículo 25); en cuanto a la accesibilidad y movilidad (artículo 26); con relación a la participación en la vida política y pública (artículo 27); en lo que atañe a la capacidad jurídica (artículo 30), y respecto al acceso a la justicia (artículo 31).

Como puede observarse, no basta con la adopción de una ley general que prohíba la discriminación o la incorporación de una cláusula antidiscriminación en una legislación específica de personas mayores o en un plan nacional de envejecimiento. La tarea que tienen por delante los Estados es multidimensional y extensa. Se requiere identificar de forma progresiva las posibles brechas en materia de derechos de las personas mayores presentes en la totalidad del cuerpo normativo y político nacional e ir eliminando y enmendando las referencias, condiciones y requisitos, entre otros, que puedan implicar discriminaciones directas o indirectas en las normas, políticas y programas que afecten los derechos de las personas mayores.

La discriminación indirecta hace referencia a esas leyes, políticas o prácticas que en apariencia son neutras, pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos de las personas por motivos prohibidos relacionados con la discriminación (Naciones Unidas, 2009).

A esta tarea de revisión normativa, política y programática se le deben sumar otros esfuerzos complementarios para combatir la estigmatización en razón de la edad que se da en la sociedad: en general, mediante la adopción de medidas de difusión de la Convención; en el ámbito de las prácticas de la administración pública, a través de la elaboración de códigos de conducta para los funcionarios públicos; en el poder judicial, mediante la capacitación de los funcionarios para asegurar que en las decisiones judiciales se apliquen las disposiciones de la Convención, y por medio de programas

específicos de educación y capacitación sobre los principios y las disposiciones de la Convención para todos los organismos gubernamentales y los funcionarios públicos de todos los ámbitos de Estado.

Debe contemplarse la creación de órganos encargados de mantener la vigilancia de la discriminación por motivos de edad y promover su eliminación en todos los ámbitos de la vida pública; estos pueden adoptar diversas formas, como procuradurías de derechos humanos, comisionados parlamentarios o la figura del defensor del pueblo (*ombudsman*). Para hacer realidad el derecho a la no discriminación es necesario establecer también mecanismos de denuncia (Naciones Unidas, 2016a).

Por último, cabe hacer hincapié en el aspecto presupuestario. No podrá aplicarse ningún avance en materia de legislación, políticas y programas internos de los Estados, por muy importante que sea, si no se movilizan los recursos financieros suficientes y si no se asignan y utilizan de manera responsable, eficaz, eficiente, equitativa, participativa, transparente y sostenible.

Respecto a este tema, el Comité de los Derechos del Niño ha elaborado recientemente una observación general sobre la elaboración de presupuestos públicos para hacer efectivos los derechos del niño que puede ser útil a modo de referencia. En ella se establece que los Estados deben adoptar medidas proactivas encaminadas a garantizar resultados positivos movilizando un nivel suficiente de ingresos y asignando y gastando fondos en consecuencia. A fin de lograr la igualdad sustantiva, los Estados partes deben determinar qué grupos reúnen los requisitos para el empleo de medidas especiales y hacer uso de los presupuestos públicos para aplicar tales medidas. En particular, para conseguir presupuestos que contribuyan a mejorar el disfrute de los derechos, se debe hacer frente a las desigualdades examinando y revisando la legislación, las políticas y los programas pertinentes e incrementar o modificar las prioridades de ciertas partidas del presupuesto o mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad de los presupuestos (Naciones Unidas, 2016b).

2. El derecho a la independencia, la autonomía y la capacidad jurídica

La autonomía y la independencia son conceptos interdependientes y términos que se suelen usar indistintamente en los instrumentos y marcos jurídicos. Mientras que la autonomía consiste en la capacidad de ejercer la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan a la propia vida (incluso, si fuera preciso, con la asistencia de otra persona), la independencia consiste en vivir en sociedad sin asistencia, o al menos con un grado de asistencia que no someta a las personas de edad al arbitrio de otros (Naciones Unidas, 2015).

Como expresara Huenchuan (2012), desde una perspectiva de derechos humanos, la autonomía supone, por un lado, una dimensión pública que tiene que ver con la participación activa en la organización de la sociedad y, por otro, una dimensión personal que se expresa en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por uno mismo son la base de su ejercicio.

No son conceptos totalmente nuevos. Entre los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad ya aparece expresamente la independencia y, de forma indirecta, también el tema de la autonomía²⁴. Más recientemente, en el preámbulo de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, se declara que el respeto a la autonomía y la independencia en la toma de decisiones es fundamental. Asimismo, se habla de la autonomía y la independencia con

²⁴ Aprobados en virtud de la resolución 49/61 de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991.

relación al derecho a un consentimiento previo, libre e informado para toda intervención médica, así como a los servicios de cuidados, la mejora de las condiciones de vivienda y entorno y la eliminación de barreras arquitectónicas para promover la accesibilidad de las personas mayores.

La Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad designada por el Consejo de Derechos Humanos cita la recomendación CM/Rec(2014)2 del Consejo de Europa sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad en la que se declara que estas tienen derecho a vivir de manera independiente, libre y autónoma, lo que implica que pueden tomar decisiones independientes en todas las cuestiones que les afecten, como la propiedad, los ingresos, las finanzas, el lugar de residencia, la salud, los tratamientos médicos o los cuidados (Naciones Unidas, 2015).

La autonomía y la independencia de las personas mayores ocupan un importante lugar en la Convención: se identifican como principios generales (artículo 3), aparecen como derechos en sí mismos (artículo 7) y se destacan de manera especial en relación con las personas mayores que reciben servicios de cuidado a largo plazo (artículo 12) y respecto a los derechos de la persona mayor a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte de cara a promover su autonomía e independencia (artículo 22).

El artículo 7 establece que los Estados partes adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce del derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a definir su propio plan de vida y a desarrollar una vida autónoma e independiente.

La autonomía y la independencia están vinculadas, en particular, a tres aspectos de la vida de las personas mayores:

- i) su toma de decisiones y realización de actos;
- ii) la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en lugar de verse obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico, y
- iii) su acceso progresivo a una variedad de servicios de asistencia domiciliar y residencial y a otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.

La autonomía también supone el reconocimiento de las personas mayores como sujetos con personalidad jurídica ante la ley; esto implica la libertad y la capacidad jurídica para adoptar decisiones.

La independencia y la autonomía exigen que se respeten jurídicamente las decisiones propias. Por ello, la negación o la restricción de la capacidad jurídica perjudica directamente la autonomía de las personas de edad, pues ya no serán capaces de ejercer su derecho a adoptar decisiones sobre asuntos civiles, comerciales, administrativos, judiciales o de salud, entre otros, que afecten a su bienestar.

Esto nos lleva a la necesaria interrelación entre el artículo 7 de la Convención y el artículo 30, en el que se reafirma el derecho de la persona mayor a su personalidad jurídica y se establece que los Estados deben asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas. El tipo y la intensidad del apoyo que se ha de prestar variarán notablemente de un caso a otro dada la diversidad de las personas mayores y sus necesidades.

La referencia más inmediata en materia de autonomía y capacidad jurídica se encuentra en la CDPD. El camino ya recorrido por esta Convención puede servir de guía para comprender el alcance del concepto de autonomía y las medidas a adoptar para su implementación práctica. En ese sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su observación general acerca del igual reconocimiento

como persona ante la ley, ofrece a los Estados directrices sobre cómo reformar sus normativas y los exhorta a que reemplacen los regímenes de adopción de decisiones basados en la sustitución por otros basados en el apoyo.

A modo de orientación, se enumera una serie de medidas iniciales y fundamentales que los Estados deben tomar para asegurar el pleno respeto a la autonomía y la independencia de las personas mayores:

- i) Examinar las leyes que regulan la guarda y la tutela y elaborar leyes y políticas por las que se reemplacen los regímenes de adopción de decisiones basados en la sustitución por el apoyo a la adopción de decisiones, de forma que se respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona (Naciones Unidas , 2013a).
- ii) Reemplazar los regímenes de adopción de decisiones basados en la sustitución por otros basados en el apoyo a la adopción de decisiones. Este reemplazo debe ser total y no mantener ambos sistemas de forma paralela (Naciones Unidas , 2013a).
- iii) Asegurar que la necesidad de recibir apoyo y ajustes razonables para adoptar decisiones no se utilizará nunca en la legislación o decisiones de las autoridades administrativas o judiciales para poner en duda la capacidad jurídica de la persona.
- iv) Establecer un régimen y procedimientos basados en el apoyo a la adopción de decisiones, dando siempre primacía a la voluntad y las preferencias de la persona y respetando las normas de derechos humanos (Naciones Unidas, 2013a)
- v) Adoptar regímenes basados en el apoyo a la adopción de decisiones; si bien estos pueden tomar muchas formas, al menos deben estar basados en determinadas pautas esenciales (Naciones Unidas, 2013a):
 - Todas las formas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica deben estar basadas en la voluntad y las preferencias de la persona, no en lo que se suponga que es su interés superior objetivo.
 - El apoyo a la adopción de decisiones no debe utilizarse como justificación para limitar otros derechos fundamentales de las personas (como el derecho de voto, el derecho a contraer matrimonio o una unión civil, el derecho a otorgar su consentimiento para un tratamiento médico y el derecho a la libertad, entre otros).
 - La persona debe tener derecho a rechazar el apoyo y poner fin a la relación de apoyo o cambiarla en cualquier momento.
 - Deben establecerse salvaguardias para todos los procesos relacionados con la capacidad jurídica y el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. El objetivo de las salvaguardias es garantizar que se respeten la voluntad y las preferencias de la persona.

3. El consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud

La autonomía, la independencia y la capacidad jurídica que fueron objeto de análisis en el punto anterior tienen una importancia particular para las personas mayores en lo que respecta a la adopción de decisiones fundamentales relacionadas con la atención de la salud que hayan de recibir, sobre todo las relativas a los tratamientos médicos. A fin de que se respete y fortalezca la autonomía de las personas mayores, estas tienen que ser capaces de brindar su consentimiento a una intervención médica, rechazarla o elegir otra intervención.

La importancia del derecho a dar el consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa en el ámbito de la salud queda reflejada en la decisión de dedicarle un artículo exclusivo dentro de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

Diagrama III.3

Artículo 11 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores: consentimiento libre e informado



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Como manifestó el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona. No se trata de la mera aceptación de una intervención médica, sino de una decisión voluntaria y suficientemente informada. Entran en juego otros derechos aparte del propio derecho a la salud, como el derecho a la libre determinación, el derecho a la no discriminación, el derecho de toda persona a no ser sometida a experimentos sin su libre consentimiento, la seguridad y la dignidad de la persona humana, el reconocimiento ante la ley y la libertad de pensamiento y expresión (Naciones Unidas, 2011).

Los Estados partes tienen la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina (incluidos los profesionales de la psiquiatría) que obtengan el consentimiento libre e informado de los pacientes antes de cualquier tratamiento. Además de proteger el derecho de las personas a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, los Estados tienen la obligación de no permitir que alguien sustituya a una persona en la adopción de decisiones y otorgue el consentimiento en su nombre. También el personal de salud, en la medida de sus posibilidades, debe garantizar que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a los pacientes a la hora de tomar decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellos (Naciones Unidas, 2013a).

En su informe de 2013 sobre la tortura en el contexto de la atención de la salud, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes consideró que la privación de la capacidad jurídica (que acaece cuando una persona se ve despojada de su capacidad para tomar decisiones) constituye una situación de indefensión, en la cual la víctima se encuentra bajo el control absoluto de otra persona. Los tratamientos médicos de carácter invasivo e irreversible, cuando carecen de una finalidad terapéutica, pueden constituir tortura y maltrato si se imponen o practican sin el consentimiento libre e informado del paciente (Naciones Unidas, 2013b).

De igual manera lo ha manifestado el Relator Especial sobre el derecho a la salud al afirmar que la denegación persistente del derecho al consentimiento informado podría constituir una forma de maltrato físico y psicológico de las personas mayores, que están mucho más expuestas a recibir tratamientos y atención médica sin su consentimiento. Esta situación se ve agravada por la discriminación dirigida contra esas personas, cuya capacidad de dar su consentimiento al tratamiento puede encontrarse en algunos casos disminuida (Naciones Unidas, 2011).

Otro aspecto a considerar es que no basta con reconocer el consentimiento informado como derecho en la legislación, sino que debe tenerse en cuenta que el desequilibrio de poder, experiencia y confianza que se da intrínsecamente en la relación entre el médico y el paciente, así como las desigualdades estructurales, pueden hacer peligrar gravemente el carácter voluntario o informado del consentimiento. A fin de proteger los derechos de las personas mayores, los Estados deben establecer mecanismos de apoyo adecuados, incluidos mecanismos participativos y de asesoramiento exhaustivo, que ayuden a superar las dificultades para lograr el consentimiento informado (Naciones Unidas, 2011).

Entre las medidas que los Estados deben tomar para garantizar que se respete plenamente el derecho a prestar el consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa se encuentran las siguientes:

- i) revisar leyes, reglamentos, políticas y protocolos con relación a la prestación de servicios de salud a fin de asegurar que cumplan con las normas internacionales, en particular la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores;
- ii) definir un conjunto claro y armónico de normas sobre el consentimiento libre e informado en el ámbito de la prestación de servicios de salud;
- iii) asegurar que la información sobre las cuestiones relacionadas con la salud esté libremente disponible sobre una base no discriminatoria, accesible de acuerdo con las necesidades de comunicación particulares de la persona y presentada de una manera aceptable desde un punto de vista cultural o de otra índole para que la persona que ha de otorgar el consentimiento pueda comprender todas las implicancias de su decisión;
- iv) instaurar mecanismos de difusión y fomento de la capacidad entre los profesionales de la salud, los cuidadores que no cuenten con una formación en medicina y la sociedad en general en lo que respecta a los derechos de las personas mayores y el derecho al consentimiento informado;
- v) establecer mecanismos de apoyo adecuados que ayuden a superar las dificultades para lograr el consentimiento informado, entre los que se incluyen mecanismos participativos y de asesoramiento exhaustivo;
- vi) incorporar la protección del consentimiento informado como un componente esencial de la evaluación de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos de la salud pública;
- vii) establecer mecanismos de supervisión para detectar las situaciones que ponen en peligro el ejercicio del consentimiento informado y mecanismos de denuncia que sean fácilmente accesibles para las personas mayores, y
- viii) sensibilizar y empoderar a las personas mayores, a fin de fortalecer su participación en la formulación de las políticas de salud y en la creación de redes por medio de las cuales puedan acceder más fácilmente a información sobre la salud.

4. La participación de las personas mayores

La Convención Interamericana es un instrumento legal valioso para los países de la región, sobre todo porque permite que las personas mayores defiendan y hagan respetar sus derechos.

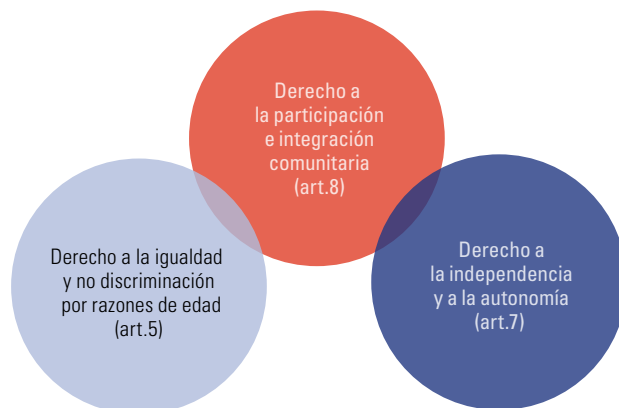
En el caso de la participación, el artículo 8 de la Convención establece que “la persona mayor tiene derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas” e indica que los Estados partes “adoptarán medidas para que la persona mayor tenga la oportunidad de participar activa y productivamente en la comunidad, y pueda desarrollar sus capacidades y potencialidades”.

Es imperativo reflexionar sobre este derecho y cómo se llevará a la práctica de manera que no se convierta en una declaración de intenciones, sino en una obligación que cumplan los Estados para fortalecer la democracia y el pluralismo político, tal como lo ha sostenido la Corte Interamericana de Derechos Humanos en relación con otros tratados de la OEA.

El ejercicio del artículo 8 sobre el derecho a la participación e integración comunitaria es inseparable e interdependiente respecto a otros derechos establecidos en la Convención, por ejemplo, el artículo 5 sobre igualdad y no discriminación o el artículo 7 sobre independencia y autonomía.

Diagrama III.4

Interdependencia de los derechos humanos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Estos tres artículos son fundamentales para que las personas mayores puedan constituirse como titulares de derechos. Por una parte, buscan eliminar las barreras que impiden a estas personas decidir por sí mismas y, por otra, ayudan a erradicar la noción de que una vez que se ha llegado a la vejez, los seres humanos se convierten en perpetuos dependientes.

Las personas mayores y sus organizaciones tienen una extensa tarea por delante en relación con estos tres artículos de la Convención. En el artículo 4, literal f, se indica que se promoverá “la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación” de la Convención.

La Convención identifica en dicho artículo las obligaciones generales de los Estados con respecto a los derechos que en ella se consagran. Si bien se obliga a los Estados a que

brinden prestaciones y servicios, en el caso del literal f del artículo 4 se exige una conducta en ciertos planos que concierne no solo a las autoridades, sino también a los particulares.

Al igual que se ha dicho de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Kanter, 2015), el éxito de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores dependerá de hasta qué punto los países cumplan sus leyes y cambien la actitud de la sociedad hacia las personas mayores.

Por ejemplo, en Costa Rica, las personas mayores ya han hecho uso de la Convención para proteger sus derechos: en el año 2015 se presentaron varios recursos de amparo ante la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia del país. Uno de estos recursos de amparo se interpuso contra el Banco de Costa Rica, por no haber brindado un trato preferencial a las personas mayores de acuerdo con lo establecido en la legislación nacional y en los principios de la Convención Interamericana. El recurso se falló a favor de la persona mayor, y se ordenó a la institución mantener siempre disponible una ventanilla preferencial en su plataforma de servicios para que se pudiera brindar atención especial a las personas con derecho a trato preferencial²⁵. Esta y otras acciones se integran dentro de un proceso de toma de conciencia en el que han participado distintos actores individuales y colectivos del país²⁶ y pasan a formar parte de la jurisprudencia nacional, que podrá utilizarse en casos que afecten los derechos de las personas mayores.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2012), "Normative standards in international human rights law in relation to older persons. Analytical Outcome Paper", agosto [en línea] <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ohchr-outcome-paper-olderpersons12.pdf>.
- ALCP (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos) y otros (2013), "La inclusión de cuidados paliativos en el proyecto de la convención sobre los derechos de las personas mayores. Análisis y recomendaciones" [en línea] <http://scm.oas.org/pdfs/2014/CP32691S.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), Declaración de Brasilia (LC/G.2359), Santiago [en línea] http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/lcg2359_e.pdf.
- _____(2009a), Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia: por los derechos de las personas mayores [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/iii-reunion-seguimiento-la-declaracion-brasilia-derechos-personas-mayores> [fecha de consulta: 28 de abril de 2016].
- _____(2009b), Segunda Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/segunda-reunion-seguimiento-la-declaracion-brasilia> [fecha de consulta: 28 de abril de 2016].
- _____(2009c), "Lineamientos para una convención de los derechos de las personas mayores"; Tercera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia, Santiago, 5 y 6 de octubre, inédito.
- _____(2008), Reunión de seguimiento de la Declaración de Brasilia [en línea] <http://www.cepal.org/es/eventos/reunion-seguimiento-la-declaracion-brasilia> [fecha de consulta: 28 de abril de 2016].
- Dussel, E. (2010), "Derechos vigentes, nuevos derechos y derechos humanos", *Crítica Jurídica. Revista Latinoamericana de Política, Filosofía y Derecho*, N° 29, junio.
- Huenchuan, S. (ed.) (2012), *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación experiencias y desafíos*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Gobierno de la Ciudad de México [en línea] http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico_completo.pdf.

²⁵ Véase el expediente 15-010852-007-CO de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica.

²⁶ Uno de ellos es la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, que, además de trabajar por la ratificación de la Convención Interamericana, ha realizado jornadas informativas y educativas mediante talleres y charlas con expertos sobre los alcances de la Convención a nivel nacional, entre otras actividades que han promovido el conocimiento de este instrumento y su utilización (JUPEMA, 2016).

- JUPEMA (Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional de Costa Rica) (2016), "Acciones realizadas por la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional en apoyo a la aprobación y ratificación de la Convención Interamericana para la protección de los Derechos Humanos de las personas de edad, Ley N°9394", informe presentado en la Segunda Reunión de Expertos para el Seguimiento de la Carta de San José, Santiago, 16 a 18 de noviembre.
- Kanter, A. (2015), *The Development of Disability Rights Under International Law: From Charity to Human Rights*, Londres, Routledge.
- Lang, R. y otros (2011), "Implementing the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities: principles, implications, practice and limitations", *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, vol. 5, N° 3, julio [en línea] <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-80051789770&origin=inward&txGid=D2BCD741DD4F777607D64A60B837F363.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a2>.
- LeBlanc, L. J. (1977), "Inter-American obligations on human rights", *The OAS and the Promotion and Protection of Human Rights*, Amsterdam, Springer.
- Naciones Unidas (2016a), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad (A/HRC/33/44)*, Consejo de Derechos Humanos, 8 de julio.
- (2016b), *Observación general núm. 19 (2016) sobre la elaboración de presupuestos públicos para hacer efectivos los derechos del niño (art. 4) (CRC/C/GC/19)*, Comité de los Derechos del Niño, 21 de julio.
- (2015), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte (A/HRC/30/43)*, 13 de agosto.
- (2013a), *Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/11/4)*, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 25 de noviembre.
- (2013b), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53)*, Consejo de Derechos Humanos, 1 de febrero.
- (2011), *Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover (A/HRC/18/37)*, Consejo de Derechos Humanos, 4 de julio.
- (2009), *Observación general N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en línea] https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN20.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2016), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf [fecha de consulta: 4 de mayo de 2016].
- (2014), *Resultados del ejercicio de revisión para determinar posible duplicidad de elementos en los artículos del proyecto de convención (OEA/Ser.G. CAJP/GT/DHPM-117/13 rev.1)*, Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [en línea] scm.oas.org/doc_public/SPANISH/HIST_14/CP32121S04.doc [fecha de consulta: 20 de abril de 2016].
- (2011), "Protección de los derechos humanos de las personas mayores" (AG/RES 2654 (XLI-O/11)), 7 de junio.
- (2010), "Derechos humanos y personas adultas mayores" (AG/RES. 2562 (XL-O/10)), 8 de junio.
- (2009), "Derechos humanos y personas adultas mayores" (AG/RES. 2455 (XXXIX-O/09)), 4 de junio.
- Quinn, G. (2009), "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Toward a new international politics of disability", *Texas Journal on Civil Liberties & Civil Rights*, vol. 15, N° 1.
- Vásquez, A. (2012), "Documento de trabajo. Propuesta de convención interamericana sobre los derechos humanos de las personas mayores", inédito.

Asuntos emergentes para la protección de los derechos de las personas mayores

Introducción

- A. Igualdad y no discriminación en el acceso al crédito en la vejez
- B. Derecho a los cuidados paliativos al final de la vida y a una muerte digna
- C. Desafíos para la protección

Bibliografía

Introducción

En este capítulo se abordan dos temas a los que el debate regional sobre los derechos humanos de las personas mayores ha hecho aportes significativos, ya sea por medio de su conceptualización, el reconocimiento de derechos o la identificación de las obligaciones por parte de los Estados en cuanto a su promoción, respeto y protección.

Se revisan las coincidencias que existen entre los instrumentos aprobados en los últimos dos años en América, Europa y África: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la recomendación CM/Rec(2014)2 sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad, aprobada por el Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa el 19 de febrero de 2014, y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África, aprobado el 26 de enero de 2016 por la Asamblea de Jefes de Estados de la Unión Africana.

Estos tres instrumentos regionales representan el corpus de los derechos que actualmente se les reconocen específicamente a las personas mayores. Aunque presentan diferencias entre sí —más allá de que la recomendación del Consejo de Europa no sea de carácter vinculante—, se identifican preocupaciones comunes, como la igualdad y no discriminación o el cuidado paliativo al final de la vida.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el único instrumento que trata de manera extensa los derechos de este grupo sobre la base de las tres dimensiones identificadas en el capítulo III de este documento, y el que más refleja las observaciones de los comités de los tratados y las interpretaciones que han hecho otros órganos de derechos humanos.

El Protocolo de la Carta Africana se destaca por la especificidad de los derechos que garantiza para las personas mayores, incluidos algunos que no son incorporados en los otros dos instrumentos, como ocurre con los derechos de grupos específicos. Por su parte, la recomendación del Consejo de Europa se centra en la promoción de los derechos de las personas mayores en algunos ámbitos y su contenido es la base para la política pública.

El acceso al crédito es el primer tema de este capítulo, como un ejemplo de la discriminación que sufren las personas mayores. Internacionalmente se reconoce la importancia del crédito por su contribución al desarrollo económico y a la reducción de las desigualdades, e incluso forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en su Objetivo 1 sobre la erradicación de la pobreza.

Un mejor acceso al crédito permite que las personas gestionen su vida y su actividad económica de manera más apropiada. Entre los beneficios que produce, se encuentran el uso del crédito para aprovechar oportunidades y simplificar el consumo, o para mejorar la calidad de vida de las personas y sus hogares¹.

El crédito representa uno de los servicios financieros más básicos desde el punto de vista de la inclusión financiera, pues además de complementar los ahorros facilita tanto a los hogares como a las personas distribuir en el tiempo los flujos de ingresos y gastos, y obtener bienes y servicios en momentos oportunos dentro de los ciclos financieros, promoviendo una mayor productividad económica.

¹ Por ejemplo, los trabajadores independientes o pequeños empresarios suelen utilizar créditos para hacer inversiones en activos tales como una máquina de coser, refrigeradores o implementos agrícolas que les ayudan en su emprendimiento, mientras que los hogares los pueden utilizar para acceder a la educación o a los servicios de salud (Willacorta y Reyes, 2012).

El acceso al crédito de las personas mayores es un asunto generalmente ignorado, pese a que contribuye a su seguridad e inclusión económica. En este documento, el tema se aborda desde la perspectiva de los derechos humanos, en particular los derechos económicos, sociales y culturales, y el principio de igualdad y no discriminación.

El segundo tema de que trata este capítulo son los cuidados paliativos al final de la vida y la muerte digna. Ambos devienen de una mayor conciencia acerca de que una vida más larga no siempre significa buena salud. Según la Organización Mundial de la Salud, en la región de las Américas la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en 2015 fue de 76,9 años y la esperanza de vida saludable al nacer fue de 67,3 años.

Con el envejecimiento de la población, una proporción cada vez mayor de personas llega a una edad —75 años y más— en la que tiene riesgo de sufrir fragilidad y desarrollar condiciones de multimorbilidad que requieren cuidados específicos sobre una base continua (Consejo de la Unión Europea, 2014). La prevalencia de enfermedades crónicas y progresivas, como el cáncer, la diabetes, los problemas cardiovasculares y el mal de Alzheimer, entre otras, hace más necesario el uso de este tipo de servicios que en épocas anteriores.

En 2012 casi 18 millones de personas en todo el mundo murieron con un dolor innecesario, y se estima que en la región de las Américas 365 de cada 100.000 adultos necesitaron cuidados paliativos, lo que la ubica en el tercer lugar a nivel mundial (Connor y Sepúlveda, 2014). La falta de capacitación del personal de salud, la limitada disponibilidad de medicamentos y la inexistencia de facilidades o apoyo para que los familiares brinden contención a las personas mayores con enfermedades terminales es una realidad cotidiana.

Frente a este panorama, la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha manifestado que los cuidados paliativos ofrecen la oportunidad de recuperar la autonomía porque devuelven a la persona la posibilidad de decidir sobre los tratamientos y su aplicación, así como el derecho a que se respete su voluntad. Lamentablemente, a pesar de su importancia como asunto humanitario, los cuidados paliativos continúan siendo un privilegio y no están asegurados para todos (Bárcena, 2015).

La región de América Latina y el Caribe ha avanzado en los últimos cinco años al conceptualizar la muerte digna como parte del derecho a la vida y la dignidad, y no simplemente como el suicidio asistido. Como señaló el Comité de Derechos Humanos, la discusión sobre la muerte digna es un asunto complejo y el asociarla únicamente a la eutanasia conlleva el riesgo de afrontar de una manera superficial algo tan serio como la muerte de un ser humano². Es por eso que en la Convención Interamericana se reconocen los cuidados paliativos como un asunto de solidaridad e interdependencia, se brinda una definición de ellos y se establecen claramente las obligaciones que le competen al Estado en su acceso e implementación.

² El comentario del Comité de Derechos Humanos se hizo a propósito de la ley de los Países Bajos que autoriza la eutanasia. En particular, el Comité consideró que la aplicación de la ley conlleva el riesgo real de afrontar de manera superficial algo tan decisivo como la muerte de la persona humana. Parcialmente despenalizada en 1994, a partir del 1 de enero de 2002 la eutanasia se hizo legal en los Países Bajos. El organismo de las Naciones Unidas reconoce que se trata de una cuestión muy compleja, planteada en buena parte por la evolución de la medicina, pero al mismo tiempo confiesa que siente el deber de pronunciarse cuando un Estado “trata de disminuir la protección jurídica en relación con un acto deliberado para poner fin a la vida de una persona” (Naciones Unidas, 2001).

A. Igualdad y no discriminación en el acceso al crédito en la vejez

De aquí a 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos y acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de la tierra y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la microfinanciación (meta 1.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 1).

1. El acceso al crédito en el marco de los derechos humanos

De acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos, el acceso al crédito financiero sin discriminación es un derecho, vinculado al derecho fundamental a un nivel de vida adecuado, y los Estados deben adoptar medidas especiales para asegurarlo.

Así se desprende de uno de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que establece en su artículo 13 que: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en otras esferas de la vida económica y social a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular: (...) b) El derecho a obtener préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito financiero” (Naciones Unidas, 1979).

a) El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Desde 2001 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha incorporado la temática del acceso al crédito en sus exámenes del cumplimiento de los países, solicitando información a los Estados partes y formulando recomendaciones relativas a la garantía del acceso al crédito sin discriminación³. El Comité ha destacado cuatro aspectos vinculados a este tema: en primer lugar, la relación entre la falta de acceso al crédito y la extrema pobreza; en segundo término, la discriminación *de facto* que sufren las mujeres en el acceso al crédito; en tercer lugar, la importancia de los microcréditos para la superación de la pobreza, y por último, el acceso específico al crédito para la vivienda, como medida relacionada con el derecho a la vivienda.

En sus observaciones finales, el Comité ha destacado la falta de acceso al crédito como uno de los factores que incide en la extrema pobreza y ha instado a crear planes de crédito accesibles. Así lo señala en su informe de 2008 sobre la India, cuando en el párrafo 29 alude a su especial preocupación por la extrema pobreza causada por la falta de acceso al crédito⁴, recomendando la adopción de medidas para corregir esa situación. Similar observación realizó en el examen del informe presentado por las Islas Salomón, indicando: “El Comité recomienda al Estado Parte [...] la creación de planes de crédito accesibles”⁵. En tanto, en el examen de Senegal el Comité instó al Estado a que ofreciera “facilidades de crédito a tipos de interés razonablemente bajos”⁶.

³ Véanse sus observaciones finales sobre los exámenes de: Senegal (E/C.12/1/ADD.62 (CESCR, 2001)), Benin (E/C.12/1/ADD.78 (CESCR, 2002)), Islas Salomón (E/C.12/1/ADD.84 (CESCR, 2002)), Brasil (E/C.12/1/ADD.87 (CESCR, 2003)), Guatemala (E/C.12/1/ADD.93 (CESCR, 2003)), Ecuador (E/C.12/1/ADD.100 (CESCR, 2004)), India (E/C.12/IND/CO/5 (CESCR, 2008)), Nicaragua (E/C.12/NIC/CO/4 (CESCR, 2008)), Chad (E/C.12/TCD/CO/3 (CESCR, 2009)), Sri Lanka (E/C.12/LKA/CO/24 (CESCR, 2010)), Gabón (E/C.12/GAB/CO/1 (CESCR, 2013)) y El Salvador (E/C.12/SLV/CO/35 (CESCR, 2014)).

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, India” (E/C.12/IND/CO/5), 8 de agosto de 2008.

⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Islas Salomón” (E/C.12/1/Add.84), 19 de diciembre de 2002.

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Senegal” (E/C.12/1/Add.62), 24 de septiembre de 2001.

Un aspecto clave del enfoque de los derechos humanos aplicado a la temática del crédito es la discriminación en el acceso, como una expresión de violación del principio de igualdad y no discriminación. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado la desigualdad de acceso entre hombres y mujeres, criterio que es aplicable a otras dimensiones de la discriminación, como la edad. En su informe sobre el Ecuador señaló: “El Comité expresa preocupación por la desigualdad *de facto* que existe entre los hombres y las mujeres [...]. Esa desigualdad se refleja en [...] el limitado acceso al crédito”⁷. También hizo observaciones semejantes en su examen de Guatemala, indicando: “El Comité pide al Estado Parte que vele por la igualdad de hombres y mujeres en todas las esferas de la vida, en particular tomando medidas eficaces para luchar contra la discriminación en [...] el acceso [...] al crédito”⁸.

b) El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha desarrollado un análisis permanente y sistemático de la discriminación en el acceso al crédito, en este caso por razones de género. En la Recomendación general núm. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal, el Comité “recuerda a los Estados Partes que las medidas especiales de carácter temporal deberán adoptarse para acelerar la modificación y la eliminación de prácticas culturales y actitudes y comportamientos estereotípicos que discriminan a la mujer o la sitúan en posición de desventaja,” e incluye entre esas medidas especiales a los créditos y préstamos (Naciones Unidas, 2004).

En sus exámenes, el Comité ha aplicado el artículo 13 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, formulando observaciones y recomendaciones relativas a la no discriminación en el acceso al crédito⁹.

⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Ecuador” (E/C.12/1/Add.100), 7 de junio de 2004.

⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observaciones finales, Guatemala” (E/C.12/1/Add.93), 12 de diciembre de 2003.

⁹ Véanse las observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre los exámenes de: Tailandia (A/54/38/REV.1(SUPP) (CEDAW, 1999)), Burkina Faso (A/55/38(SUPP) (CEDAW, 2000)), Nicaragua (A/56/38(SUPP) (CEDAW, 2001)), Suriname (A/57/38(SUPP) (CEDAW, 2002)), Argentina (A/59/38(SUPP) (CEDAW, 2004)), Paraguay (A/60/38(SUPP) (CEDAW, 2005)), Camboya (CEDAW/C/KHM/CO/3 (CEDAW, 2006)), Malí (CEDAW/C/MLI/CO/5 (CEDAW, 2006)), Togo (CEDAW/C/TGO/CO/5 (CEDAW, 2006)), Turkmenistán (CEDAW/C/TKM/CO/2 (CEDAW, 2006)), Guatemala (CEDAW/C/GUA/CO/6 (CEDAW, 2006)), Bosnia y Herzegovina (CEDAW/C/BIH/CO/3 (CEDAW, 2006)), Malawi (CEDAW/C/MWI/CO/5 (CEDAW, 2006)), Cuba (CEDAW/C/CUB/CO/6 (CEDAW, 2006)), Georgia (CEDAW/C/GEO/CO/3 (CEDAW, 2006)), Filipinas (CEDAW/C/PHI/CO/6 (CEDAW, 2006)), India (CEDAW/C/IND/CO/3 (CEDAW, 2007)), Perú (CEDAW/C/PER/CO/6 (CEDAW, 2007)), Suriname (CEDAW/C/SUR/CO/3 (CEDAW, 2007)), Nicaragua (CEDAW/C/NIC/CO/6 (CEDAW, 2007)), Viet Nam (CEDAW/C/VNM/CO/6 (CEDAW, 2007)), Azerbaiyán (CEDAW/C/AZE/CO/3 (CEDAW, 2007)), Namibia (CEDAW/C/NAM/CO/3 (CEDAW, 2007)), Mauritania (CEDAW/C/MRT/CO/1 (CEDAW, 2007)), Sierra Leona (CEDAW/C/SLE/CO/5 (CEDAW, 2007)), Vanuatu (CEDAW/C/VUT/CO/3 (CEDAW, 2007)), Mozambique (CEDAW/C/MOZ/CO/2 (CEDAW, 2007)), Níger (CEDAW/C/NER/CO/2 (CEDAW, 2007)), Serbia (CEDAW/C/SCG/CO/1 (CEDAW, 2007)), Pakistán (CEDAW/C/PAK/CO/3 (CEDAW, 2007)), Guinea (CEDAW/C/GIN/CO/6 (CEDAW, 2007)), Indonesia (CEDAW/C/IDN/CO/5 (CEDAW, 2007)), Nueva Zelanda (CEDAW/C/COK/CO/1 (CEDAW, 2007)), Hungría (CEDAW/C/HUN/CO/6 (CEDAW, 2007)), Brasil (CEDAW/C/BRA/CO/6 (CEDAW, 2007)), Belice (CEDAW/C/BLZ/CO/4 (CEDAW, 2007)), Estonia (CEDAW/C/EST/CO/4 (CEDAW, 2007)), Burundi (CEDAW/C/BDI/CO/4 (CEDAW, 2008)), Líbano (CEDAW/C/LBN/CO/3 (CEDAW, 2008)), Suecia (CEDAW/C/SWE/CO/7 (CEDAW, 2008)), Nigeria (CEDAW/C/NGA/CO/6 (CEDAW, 2008)), Madagascar (CEDAW/C/MDG/CO/5 (CEDAW, 2008)), Mongolia (CEDAW/C/MNG/CO/7 (CEDAW, 2008)), Rwanda (CEDAW/C/RWA/CO/6 (CEDAW, 2009)), Timor-Leste (CEDAW/C/TLS/CO/1 (CEDAW, 2009)), Suiza (CEDAW/C/CHE/CO/3 (CEDAW, 2009)), Guinea-Bissau (CEDAW/C/GNB/CO/6 (CEDAW, 2009)), Liberia (CEDAW/C/LBR/CO/6 (CEDAW, 2009)), Botswana (CEDAW/C/BOT/CO/3 (CEDAW, 2010)), Papua Nueva Guinea (CEDAW/C/PNG/CO/3 (CEDAW, 2010)), Federación de Rusia (CEDAW/C/USR/CO/7 (CEDAW, 2010)), Argentina (CEDAW/C/ARG/CO/6 (CEDAW, 2010)), Fiji (CEDAW/C/FJI/CO/4 (CEDAW, 2010)), Burkina Faso (CEDAW/C/BFA/CO/6 (CEDAW, 2010)), Costa Rica (CEDAW/C/CRI/CO/56 (CEDAW, 2011)), Etiopía (CEDAW/C/ETH/CO/67 (CEDAW, 2011)), Zambia (CEDAW/C/ZMB/CO/56 (CEDAW, 2011)), Nepal (CEDAW/C/NPL/CO/45 (CEDAW, 2011)), Chad (CEDAW/C/TCD/CO/14 (CEDAW, 2011)), Côte d'Ivoire (CEDAW/C/CIV/CO/13 (CEDAW, 2011)), Zimbabue (CEDAW/C/ZWE/CO/25 (CEDAW, 2012)), Brasil (CEDAW/C/BRA/CO/7 (CEDAW, 2012)), Bulgaria (CEDAW/C/BGR/CO/47 (CEDAW, 2012)), Guyana (CEDAW/C/GUY/CO/78 (CEDAW, 2012)), Guinea Ecuatorial (CEDAW/C/GNQ/CO/6 (CEDAW, 2012)), Angola (CEDAW/C/AGO/CO/6 (CEDAW, 2013)) y República Democrática del Congo (CEDAW/C/COD/CO/67 (CEDAW, 2013)).

En su examen de Malawi, el Comité expresó su preocupación “por la discriminación indirecta de que son objeto las mujeres al tener solamente un acceso limitado al crédito por su falta de garantías”¹⁰.

Según el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el acceso al crédito es parte de las medidas para el mejoramiento de las condiciones de vida, junto con la educación, el empleo, el acceso a la tierra y los servicios de salud; también se recomienda como medida para el empoderamiento económico y la participación. Así, por ejemplo, en sus observaciones finales a Costa Rica, el Comité alienta a ese país a adoptar medidas concretas y específicas para acelerar el mejoramiento de las condiciones de las mujeres en todos los ámbitos de la vida, y “exhorta al Estado parte a asegurar que [...] tengan pleno acceso a [...] las facilidades de crédito y puedan participar plenamente en los procesos de toma de decisiones”¹¹. Además, realizó una recomendación similar a Burkina Faso: “El Comité alienta también al Estado parte a que prosiga sus esfuerzos para promover el empoderamiento económico de las mujeres mediante su acceso al [...] crédito, [...] y otros recursos, teniendo en cuenta sus realidades sociales”¹².

Entre los antecedentes de la labor del organismo en torno a esta temática, se destacan las observaciones sobre el examen de la Argentina del año 2010, en el que el Comité incluyó específicamente a las mujeres mayores y efectuó recomendaciones relativas al acceso al crédito. En el informe, el Comité señalaba que seguía “preocupado por la situación de las mujeres de las zonas rurales, en particular las mujeres de edad y las indígenas, a causa de su extrema pobreza, su marginación y su frecuente falta de acceso a [...] los mecanismos crediticios y los servicios comunitarios”. En ese escenario, exhortaba al Estado parte a prestar una atención especial a las necesidades de esos grupos específicos de mujeres y a asegurar que participaran en los procesos de adopción de decisiones y que tuvieran pleno acceso a los mecanismos crediticios¹³.

c) La Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza

Complementando las observaciones y recomendaciones de los comités de los tratados de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas, la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza ha abordado en sus informes dos aspectos relacionados con el acceso al crédito. En primer lugar, en su informe sobre el proyecto de principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, del Consejo de Derechos Humanos, llamó a recordar las obligaciones inmediatas y progresivas de los Estados con respecto al derecho a un nivel de vida adecuado, para lo que recomendó “que se garantice el acceso de las personas que viven en la extrema pobreza a los recursos financieros necesarios, como préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito” (Naciones Unidas, 2010a, párr. 76).

En segundo lugar, analizando las implicaciones de los contextos de crisis económica y financiera, la Experta independiente ha señalado que: “Para que los Estados cumplan su obligación de proteger, hay que reglamentar el sector bancario para obligar a las instituciones bancarias a servir a los intereses de la sociedad, por ejemplo, asegurando el acceso al crédito sin discriminación, especialmente de aquellos que están luchando con cargas económicas cada vez mayores” (Naciones Unidas, 2011, párr. 84).

¹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Malawi” (CEDAW/C/MWI/CO/5), 3 de febrero de 2006.

¹¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Costa Rica” (CEDAW/C/CRI/CO/56), 2011.

¹² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Burkina Faso” (CEDAW/C/BFA/CO/6), 2010.

¹³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales, Argentina” (CEDAW/C/ARG/CO/6), 2010.

Complementariamente, y ante la emergencia de situaciones de abusos financieros en torno a los créditos, la Experta independiente advirtió que: “Los Estados deberían garantizar medios adecuados de reparación para las personas perjudicadas por los actos cometidos por las instituciones del sector financiero, y aprobar reglamentos que desalienten las prácticas nocivas, implantando mecanismos de rendición de cuentas que penalicen las conductas de riesgo y procesen a los autores de las infracciones” (Naciones Unidas, 2011, párr. 84).

d) Instrumentos regionales

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aborda el acceso al crédito en el artículo 24 sobre el derecho a la vivienda y en el artículo 30 sobre igual reconocimiento como persona ante la ley.

En el primero se establece la obligación de los Estados Parte de fomentar el acceso al crédito de vivienda u otras formas de financiamiento sin discriminación, promoviendo, entre otros, la colaboración con el sector privado, la sociedad civil y otros actores sociales.

El artículo 30 amplía este deber, indicando que los Estados “tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietaria y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria”.

El acceso al crédito no se trató en la recomendación CM/Rec(2014)2 del Consejo de Europa ni en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África. No obstante, estos instrumentos contienen disposiciones específicas sobre la igualdad y la no discriminación. Por ejemplo, el artículo 3 del Protocolo se refiere a la eliminación de todas las formas de discriminación que afecten a las personas mayores, incluidas aquellas de índole cultural, social y legal, y en el artículo II.6 de la recomendación del Consejo de Europa se reconoce que las personas mayores gozarán de sus derechos y libertades sin discriminación de ningún tipo, incluida la edad.

2. La discriminación por edad en el acceso al crédito

La seguridad económica se define como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002), aunque también existen otros elementos que influyen en el bienestar de las personas mayores, varios de los cuales proceden de las transferencias que realizan sus propios familiares por medio de especies o de tiempo dedicado a prestarles asistencia o cuidado. La confluencia de ambos elementos (económicos y no económicos) permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades, mantener su autonomía y adoptar sus propias decisiones.

De acuerdo con las Naciones Unidas, la seguridad económica constituye una legítima aspiración en la vejez, tanto en el caso de una persona que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social como en el de otra que, por su trayectoria laboral o por otras razones, no cumple con los requisitos suficientes para acceder a una pensión contributiva (Naciones Unidas, 1995).

En este marco, la posición financiera es de suma importancia para la seguridad económica de las personas mayores y, por lo tanto, para su calidad de vida. La posibilidad de procurarse vivienda, comida, un seguro complementario de salud y otros bienes y servicios puede aumentar o limitar su bienestar, y todo ello depende precisamente de su posición financiera. Sin embargo, con frecuencia las personas mayores no tienen la opción de mejorarla.

Después del retiro, disminuyen las oportunidades de generar ingresos mediante el trabajo o los negocios. Las herencias ya se han recibido y no hay posibilidad de reparar una mala inversión. Además, a pesar de que se reconozca la experiencia de las personas mayores como parte de sus activos para generar nuevos negocios, las escasas o nulas posibilidades de acceder a financiamiento afectan notablemente cualquier iniciativa que deseen emprender (NIACE, 2008).

Ante las presiones financieras que enfrentan las personas en esta etapa de la vida, incluidas las emergencias, el acceso al crédito puede ser una herramienta particularmente importante para la población adulta mayor.

El acceso de este grupo etario al crédito sigue siendo muy limitado y discriminatorio. La falta de correspondencia entre la magnitud de la necesidad y la atención que se le dedica es asombrosa. En el mejor de los casos, este problema solo ha recibido la atención de las autoridades públicas, pero no ha sido objeto de investigación ni ha sido tratado en los debates sobre la inclusión financiera (Naciones Unidas, 2012).

Las variadas estrategias de ingresos de las personas mayores tienen repercusiones en sus necesidades de servicios financieros, sobre todo porque sus gastos pueden ser impredecibles y el flujo de sus ingresos no siempre es constante. Sin embargo, en todo el mundo, los proveedores formales de servicios financieros a menudo excluyen a las personas mayores. De acuerdo con la Comisión para la Igualdad de Irlanda del Norte, la principal causa radica en la discriminación de la que son objeto (Fitzpatrick y Kingston, 2008), que se expresa principalmente por dos vías: i) directa (homologando la edad avanzada al riesgo) y ii) indirecta (estableciendo barreras de accesibilidad, como el uso obligado de lectoescritura en los trámites, restringiendo los mecanismos de información acerca del crédito a la modalidad electrónica o en línea, o imponiendo formas contemporáneas de administración del dinero).

Un informe del Secretario General de las Naciones Unidas de 2012 llega a la misma conclusión cuando señala que “existen crecientes pruebas incidentales de que la integración social de las personas mayores está restringida por las sanciones y los límites de edad impuestos por los proveedores de seguros y las instituciones financieras [...]. La discriminación por motivos de edad es un fenómeno generalizado, especialmente en relación con los seguros de viajes, los seguros sanitarios complementarios, las hipotecas y los préstamos [...]. En la mayoría de los países, los bancos restringen el acceso a las hipotecas y los créditos a largo plazo para las personas que superan determinada edad, generalmente de 65 a 70 años. Además de ser excluyentes y discriminatorias, dichas restricciones a las personas de edad obstaculizan su acceso a los servicios básicos, la vivienda, los enseres domésticos y el transporte” (Naciones Unidas, 2012).

La discriminación de las personas mayores en este ámbito afecta a unas más que a otras. En Inglaterra, un estudio del International Longevity Centre y AGE UK demostró que en 2008 las probabilidades de una persona mayor perteneciente a una minoría étnica de ser excluida de los servicios financieros eran tres veces más altas que las de una que no pertenecía a alguno de esos grupos. El mismo estudio dio a conocer que, a medida que avanzaba la edad, las personas mayores eran más propensas a ser

excluidas del acceso a los productos financieros. Por ejemplo, entre 2002 y 2008, el 9,3% de las personas de 80 años y más experimentaron esta exclusión, en comparación con el 2,1% de las personas de 50 a 59 años (Kneale, 2012).

La discriminación de las personas mayores en el acceso al crédito favorece situaciones de abuso, puesto que, ante esa barrera, deben acudir a préstamos caros y a veces ilegales. La posibilidad de que este endeudamiento derive en una deuda excesiva aumenta, y puede ir de la mano de modalidades agresivas de cobro y del estrés asociado a esas situaciones. Muchos también suelen pedir dinero prestado a amigos o parientes. Cuando estos préstamos no se pueden pagar, conducen a la ruptura de relaciones que son cruciales para la calidad de vida en esa etapa, sobre todo cuando existen problemas económicos, lo que genera un efecto dominó de falta de pagos. Como ejemplo de ello, en 2011 el 5% de los europeos de 55 años manifestaba que no podía cumplir con los pagos programados de préstamos otorgados por sus familiares o amigos (European Microfinance Network, 2012).

También pueden encontrarse estas circunstancias abusivas en la oferta formal de créditos. En Chile, por ejemplo, en un estudio del Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) realizado en 2014, se observó que existen 13 entidades colocadoras masivas de fondos que declaran ofrecer algún producto o servicio financiero específico para pensionados o personas mayores. El 47% de las instituciones financieras incluidas en el estudio registran un costo total del crédito más elevado que el promedio de la industria financiera. La diferencia entre la alternativa más económica y la más cara es de aproximadamente 500 dólares. Esto equivale a prácticamente la mitad del monto líquido del crédito solicitado (SERNAC, 2014). En la Argentina, uno de cada tres jubilados —cerca de 2 millones de personas— solicitan créditos que se descuentan directamente de sus haberes previsionales a través de distintas entidades como cooperativas, mutuales, sindicatos y bancos. En general, estos créditos presentan tasas altísimas, de hasta un 159% del costo financiero total del monto solicitado.

Recuadro IV.1

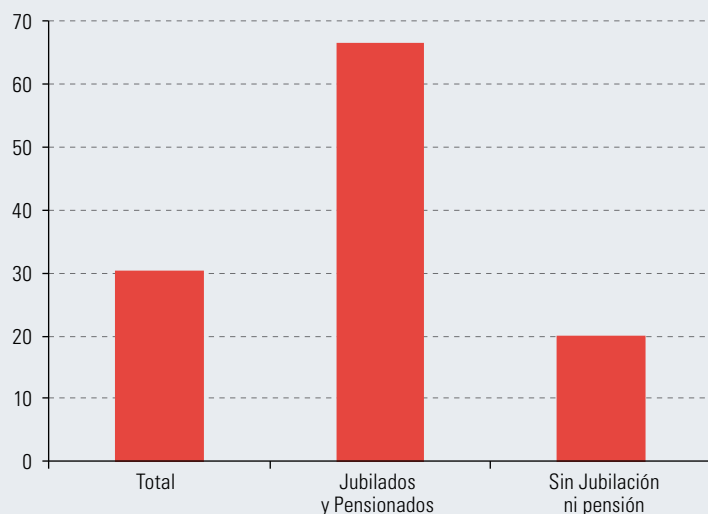
Acceso de las personas mayores al crédito en México

El acceso a servicios financieros es bajo entre la población adulta mayor mexicana. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF) de 2012, solo 30 de cada 100 personas de 65 a 70 años entrevistadas declaraban tener alguna cuenta de ahorro o nómina, inversión u otra modalidad de servicio financiero con alguna institución bancaria. En el caso de las personas con pensión o jubilación, 66 de cada 100 tienen acceso a los servicios de las instituciones bancarias. Entre las personas sin jubilación, el acceso a las cuentas bancarias se reduce a 20 de cada 100 individuos (véase el gráfico 1). La principal causa de que los miembros de este segmento etario queden al margen de la bancarización es que sus ingresos son insuficientes o irregulares; así lo refiere el 47,2% de las personas mayores pensionadas o jubiladas sin acceso a los servicios bancarios.

Ante la falta de acceso al sistema bancario, el 22% de la población adulta mayor guarda su dinero en casa o con familiares o conocidos, mientras que el 25,4% de aquella que está pensionada o jubilada elige esta opción. Entre las alternativas de ahorro informal, se destaca la participación en grupos de ahorro, a la que recurre un 7,6% de las personas mayores; el 3% utiliza cajas de ahorro de amigos o conocidos, y el 4,3% decide prestar sus recursos. Por su parte, entre las personas mayores con pensión o jubilación, el 4,8% participa en grupos de ahorro, el 4% utiliza cajas de ahorro y el 2,3% decide prestar sus fondos (véase el gráfico 2).

Recuadro IV.1 (conclusión)

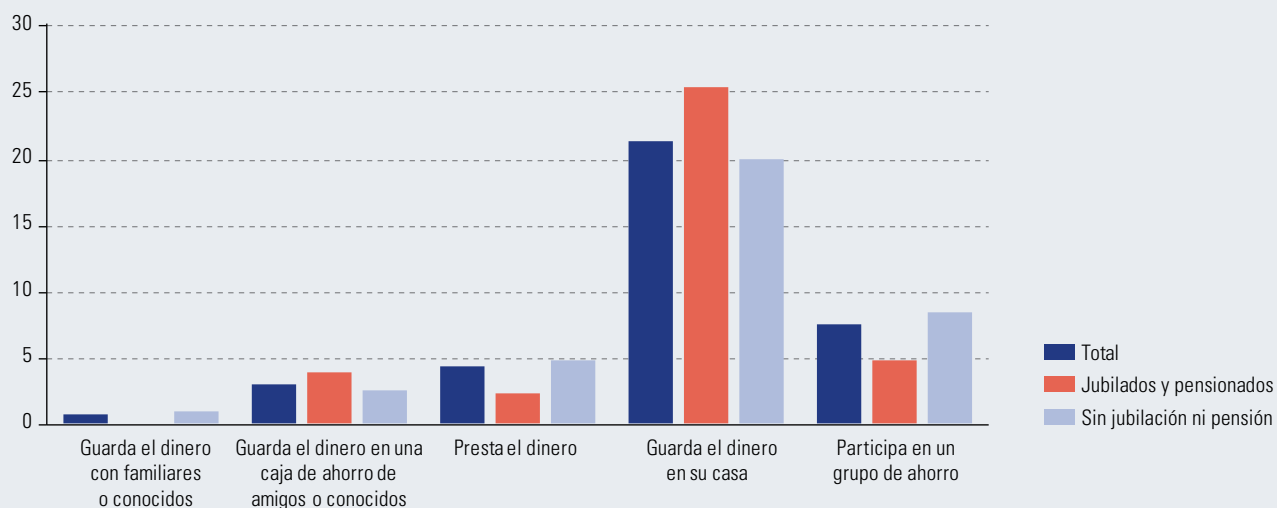
Gráfico 1
México: personas de 65 a 70 años que accede a cuentas bancarias, 2012
(En porcentajes^a)



Fuente: Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio de 2012.

^a Los porcentajes corresponden a respuestas afirmativas en la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF).

Gráfico 2
México: hábitos de ahorro de las personas de 65 a 70 años, 2012
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio de 2012.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV)/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio de 2012.

3. El acceso de las personas mayores al crédito en otras regiones del mundo

En el sistema formal, la mayoría de los programas de acceso al crédito específicos para las personas mayores son ofrecidos por entidades públicas y consisten en préstamos de bajo monto, asociados al valor de la jubilación mensual. Una de las principales barreras que presentan estos préstamos es que las personas mayores que no poseen cobertura previsional son excluidas del sistema y se ven obligadas a solicitarlos en entidades privadas (bancarias o financieras), sin tasas preferenciales ni otros beneficios.

Las iniciativas más inclusivas de acceso al crédito para la población adulta mayor no son generadas por el sistema financiero formal, sino por programas de microfinanzas, que no exigen como requisito que la persona esté bancarizada. Estos programas alcanzan a la población de menores recursos, brindan préstamos de bajo monto no asociados al ingreso de la pensión y ofrecen tasas de interés preferenciales. Suelen ser el resultado de asociaciones entre cooperativas y entidades de gobierno, orientadas a dar soluciones a las personas mayores excluidas del circuito crediticio formal.

Los programas de créditos para las personas mayores ofrecidos por el sistema financiero formal suelen variar sus tasas, montos y plazos de devolución de acuerdo con la edad. Las tasas de interés oscilan entre el 7% y el 30%, mientras que en las entidades privadas parten del 50% y pueden llegar al 106%. A modo de ejemplo, en un estudio realizado en Chile en 2014 por el SERNAC, se compararon las tasas de interés de distintas entidades crediticias (públicas y privadas); se obtuvo como resultado que, para acceder al mismo crédito, el Banco Estado ofrecía la tasa más económica y La Polar (entidad financiera privada) la más alta, con una diferencia del 214% entre ambas.

El monto es otro indicador que se modifica de acuerdo con la edad del solicitante. A mayor edad, menor es el monto asignado y menor el plazo de devolución. En general, los préstamos no pueden exceder el 30% o el 40% del haber mensual del pensionado. A los 90 años, el plazo de devolución es de diez meses como máximo.

Un elemento común de casi todos los programas de crédito disponibles para las personas mayores es el límite de asignación por edad. En los programas ofrecidos por entidades públicas, la edad máxima de incorporación oscila entre los 85 y los 90 años. Otra de las restricciones de los programas de crédito existentes es su destino: muchos están dirigidos a financiar el acceso o las mejoras de la vivienda. Solo algunos países abren las posibilidades de inversión de las personas mayores hacia otros ámbitos que ellas decidan, por ejemplo, la creación de oportunidades de negocio.

Por último, a las personas mayores se les suelen pedir garantías mucho más exigentes que a otros grupos de edad. Por ejemplo, el programa de crédito para viviendas sociales del Estado Plurinacional de Bolivia pide como garantía al solicitante que un hijo o hija actúe como codeudor —pero en ningún caso como copropietario—, con la finalidad de asegurar que la deuda contraída se pague completamente. En otros casos, se le exige contar con una propiedad, cuyo valor se relaciona estrechamente con el monto del crédito al que puede acceder.

En la práctica, las personas mayores no solamente se enfrentan a la discriminación por edad en el acceso al crédito, sino que muchas de las iniciativas existentes facilitan su descapitalización o la pérdida de su patrimonio. Además de afectar su capacidad financiera, este hecho incide en la posibilidad de heredar el patrimonio a sus descendientes. La desigualdad implícita de tales prácticas es evidente, porque las más perjudicadas son las personas mayores pobres.

Pese a lo anterior, cuando existe disposición y se establecen mecanismos de exigibilidad, es posible brindar un trato igualitario a las personas de edad en este ámbito de la realidad social. Un estudio realizado por AGE Platform Europe ofreció dos ejemplos de buenas prácticas de no discriminación en este sentido. El primero tenía por escenario a Malta, país en el que las decisiones para conceder préstamos se basaban exclusivamente en la capacidad de reembolso de una persona, independientemente de la edad del solicitante. El segundo ejemplo ocurría en Suecia, donde, tras un amplio debate entablado en los medios de comunicación en agosto de 2008, todos los bancos del país suprimieron voluntariamente las prácticas discriminatorias por motivos de edad en la concesión de tarjetas de crédito, préstamos e hipotecas (Naciones Unidas, 2012).

4. Los programas de acceso al crédito para personas mayores en la región

En la Argentina, en respuesta a las crecientes dificultades que enfrentaba la población adulta mayor en este ámbito, en 2012 se creó el Programa Argenta, destinado a todos los jubilados y pensionados del Sistema Integral Previsional Argentino (SIPA) y financiado con recursos del Fondo de Garantía de Sustentabilidad (FGS) de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

En ese marco, se brindan créditos por un monto que va desde los 65 hasta los 2.500 dólares, que pueden ser devueltos en 12, 24 o 40 cuotas, teniendo en cuenta que la cuota no puede superar el 30% de los ingresos netos mensuales.

Durante los primeros años de ejecución, el préstamo se efectivizaba a través de una tarjeta y los afiliados podían usar el monto recibido en compras de comercios adheridos al programa. A partir de noviembre de 2015, es posible extraer en efectivo hasta el 100% del monto del préstamo, que se deposita en una cuenta bancaria del jubilado.

Entre las principales dificultades del programa, se encuentra el hecho de que existe un límite de edad para el otorgamiento (89 años) y para la cancelación de la última cuota (menos de 91 años).

En el ámbito privado, para obtener un préstamo personal o una tarjeta para consumo en el país, se puede tener hasta 68 años. Para recibir una tarjeta de crédito para consumo también en el exterior, la edad media máxima es de 67 años. Los bancos provinciales cuentan con límites más altos, que llegan hasta 83 años.

Otro caso de éxito de la Argentina es el préstamo Nación Tercera Edad, que otorga hasta 80.000 pesos en cuotas fijas hasta cinco años, con tasas más bajas que las de mercado. La novedad es que no solo está dirigida a aquellas personas que cobran su jubilación o pensión en el Banco de la Nación Argentina, sino que también pueden acceder todos los jubilados y pensionados, independientemente del banco en que estén registrados. De todos modos, para estos últimos el monto o los plazos de devolución son menores y las tasas un poco más elevadas, pero aun así, inferiores a las actuales de plaza.

En el Estado Plurinacional de Bolivia existe un programa de créditos para la vivienda social dirigido a jubilados y pensionados. Los créditos se destinan a la adquisición de una vivienda o a la refacción, remodelación, ampliación y cualquier obra de mejora de una vivienda unifamiliar, independientemente del tipo de garantía que respalde la operación crediticia, y cuando el valor de esta con las obras de mejoramiento no supere los valores comerciales máximos establecidos para una vivienda de interés social. Este programa está respaldado por el artículo 74 de la Ley de Servicios Financieros

núm. 393, que establece que los consumidores gozan del acceso a los servicios financieros con trato equitativo, sin discriminación por razones de edad, género, raza, religión o identidad cultural.

Sin embargo, en la práctica, solo las personas de clase media pueden acceder a dicho préstamo, pues uno de los requisitos de otorgamiento es contar con ingresos superiores 900 dólares, considerándose el total de los ingresos que percibe una familia y no solamente el cónyuge. Además, se analiza la capacidad de pago: para que la persona mayor pueda acceder al crédito, un hijo o una hija puede servir de garante para que, en el caso de que el jubilado fallezca, asuma la deuda. Solamente cumpliendo estos requisitos, los jubilados están habilitados para acceder a los préstamos en los tres rangos de tasas de interés y de acuerdo con los ingresos que reciban. El crédito se otorga por medio del Banco Unión.

El programa Mi Vivienda Mi Vida (*Minha Casa Minha Vida* (MCMV)) es un programa habitacional del Gobierno Federal del Brasil que tiene como propósito incentivar la producción y adquisición de nuevas unidades habitacionales o la recalificación de inmuebles urbanos y la producción o reforma de viviendas rurales. El programa alcanzó a cerca de 6,8 millones de personas, lo equivalente a toda la población de Río de Janeiro, la segunda mayor ciudad del Brasil. El componente del programa denominado “Franja 1,5” beneficia a las familias que tienen un ingreso bruto mensual de hasta 750 dólares con subsidios de hasta 14.285 dólares. A pesar de su gran impacto, a 2016, solo el 6,2% de los créditos del programa fueron asignados a personas mayores. A partir de 2012 se elevó la edad límite de acceso de 75 a 80 años.

Por otra parte, el Banco Central del Brasil, mediante un convenio con el Instituto Nacional del Seguro Social, ofrece créditos a jubilados y pensionados, que no deben comprometer más del 30% de sus ingresos netos en el pago de la cuota mensual. La cantidad mínima que se presta es de 37 dólares y la máxima de 14.800 dólares. El interés del crédito fluctúa entre el 1,5% y el 2,4% mensual —cifra menor que la que cobran los bancos privados— y es posible pagarlo en un plazo de 2 a 36 cuotas.

En Colombia, existe un programa llamado Colombia Mayor, que ofrece un plan de transferencias de efectivo para personas mayores que viven en la pobreza. Es financiado por un fondo de solidaridad que cobra un 1% del salario de las personas que ganan una suma equivalente a más que cuatro sueldos mínimos, así como por el tesoro público. El nivel de beneficio de la transferencia de efectivo es bajo, inferior al 5% del ingreso medio, de solo 32 dólares por mes. La prestación de Colombia Mayor se paga en efectivo a través de redes no bancarias tales como agentes de transferencia de dinero, que cuentan con 1.800 puntos de pago y cobran entre un 4% y un 5% por transacción. Estas entidades operan en vecindarios pobres de áreas remotas, y se acercan más a las comunidades marginadas que los bancos tradicionales. El día de pago se anuncia por radio en la comunidad, y los beneficiarios tienen 15 días para cobrar su dinero en un punto de pago específico.

En el ámbito privado, existen dos instancias muy localizadas de acceso al crédito para las personas mayores. Una es la Cooperativa Financiera CONFIAR, que ofrece líneas de crédito para financiar la compra de bienes y servicios, con diversos requisitos según el tipo de crédito que se solicite. La segunda es el Fondo de Empleados del Departamento de Antioquia (FEDEAN), una empresa de ahorro y crédito del sector de la economía solidaria que brinda créditos a jubilados y pensionados de la gobernación, de los entes territoriales municipales y de las instituciones descentralizadas del departamento. Esta entidad ofrece cuatro tipos de créditos: i) créditos ordinarios de libre inversión a un plazo máximo de 36 meses; ii) créditos extraordinarios para resolver eventualidades o emergencias, de hasta 6 meses de plazo; iii) créditos sociales orientados a financiar servicios de salud, compra de electrodomésticos u otras necesidades, y iv) créditos

especialmente dirigidos a personas de 75 años y más afiliados a la institución. Además, Colombia posee un Fondo de Pensiones Públicas (FOPEP) que ofrece créditos a pensionados de hasta 84 años desde un mínimo de 400 dólares, con tasa fija.

En el Perú, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ofrece créditos para microemprendimientos a las personas mayores que no reciben pensión, pero sus tasas de interés son superiores a las de la banca oficial.

Por su parte, el Banco de Crédito del Perú (entidad privada) ofrece créditos sin garantía, para cuyo acceso se requiere ser una persona mayor que percibe ingresos por jubilación, pensión o trabajo independiente. El monto del crédito fluctúa entre los 100 y los 6.400 dólares, con tasas de interés de entre el 13,5% y el 16,08% anual. La devolución se puede realizar hasta en 48 cuotas. También existe el Programa de Préstamos Multired, ofrecido por el Banco de la Nación, que permite el acceso al crédito a los pensionistas del sector público que sean clientes de esa entidad. El importe se establece sobre la base de la capacidad de pago del cliente de acuerdo con su remuneración o pensión, aunque a medida que aumenta la edad del solicitante, el monto comprometido es menor. La tasa efectiva es del 16,08% anual y se puede pagar hasta en 36 cuotas.

En el Uruguay no existe ningún impedimento legal para que las personas mayores accedan a los créditos de la banca privada y pública. Esto significa que el Banco Central no impone restricciones a las instituciones financieras para que otorguen créditos hipotecarios cuyo plazo de pago se extienda más allá de los 70 años de edad del solicitante o para que las personas mayores accedan a tarjetas de crédito bancarias. No obstante, en la práctica los bancos prefieren no hacerlo por razones de riesgo, y existen varias entidades del sistema financiero que exigen requisitos de edad para la solicitud de créditos o de seguros de vida (65 o 70 años).

El Banco de Previsión Social (BPS) del Uruguay, en su calidad de institución de seguridad social del país, otorga créditos a todas las personas que perciben haberes mensuales en esa entidad por concepto de jubilaciones, pensiones de sobrevivencia, gratiabilidades, de vejez e invalidez, pensiones especiales compensatorias y subsidios transitorios por incapacidad compensada.

Los préstamos que se conceden no deben superar los seis haberes nominales mensuales percibidos a la fecha de la solicitud, con un tope de 7.500 dólares al valor del año 2011. Los préstamos que brinda el BPS son compatibles con los créditos personales obtenidos en el Banco de la República Oriental del Uruguay, siempre que el descuento de las cuotas de ambos no exceda el 40% de la suma de los haberes nominales permanentes de todas las prestaciones que percibe el afiliado al BPS. Cuando existan deudas por préstamos pendientes, la cuota de retención puede llegar al 60% de los haberes nominales. Las tasas de interés van del 12% al 32% anual, dependiendo del número de cuotas.

El plazo de la operación se fija en 6, 12, 18 o 24 meses, a opción del interesado, y el crédito puede renovarse cuando se haya cumplido, como mínimo, con un 40% del plazo y las cuotas pactadas. Las cuotas mensuales de los préstamos otorgados por el BPS se descuentan de las prestaciones del solicitante. Las causas de nulidad y bajas son el fallecimiento, la renuncia a la prestación jubilatoria o su suspensión, la cancelación de la deuda y la insuficiencia de liquidez.

En el Ecuador, el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (BIESS) cuenta con créditos quirografarios, destinados a que los afiliados o jubilados sujetos de crédito puedan obtener recursos para solventar sus necesidades de consumo. El plazo de pago es de hasta cuatro años y, dependiendo de la capacidad de pago (según

la pensión recibida), se podrá solicitar un monto de hasta 80 salarios básicos unificados. La tasa de interés actual de los préstamos quirografarios es del 11,07% anual, aunque varía en función del plazo y se reajusta semestralmente.

Recuadro IV.2

Chile y la protección de las personas mayores como consumidores

En Chile, el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) ha manifestado su preocupación por el endeudamiento de las personas mayores. Según la encuesta de Conocimiento y Evaluación de los Consumidores en Materias Financieras, 2014, realizada por el organismo, el 65% de las personas de 60 años y más tiene una deuda en tarjetas de crédito de casas comerciales, un 29% dice tener deudas con tarjetas de crédito bancarias y un 26% por créditos de consumo.

En este país, la Ley núm. 19.496 de protección de los derechos de los consumidores establece los derechos de los usuarios y las obligaciones de las empresas con respecto a los créditos de consumo. El SERNAC ha recomendado expresamente a las empresas respetar a las personas mayores como consumidores.

Esto significa que hay que abrir espacios para las personas mayores en el mercado. Para ello, la tarea de las empresas es entregarles información clara sobre los productos y servicios que ofrecen, disponer de contratos legibles, no discriminarlas arbitrariamente y permitirles un consumo seguro.

Para cumplir con estas obligaciones, las instituciones financieras deben seguir una serie de procedimientos, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Informar adecuadamente, de forma veraz y oportuna, las condiciones del crédito. También se deben respetar las condiciones difundidas en la publicidad respectiva.
- Respetar las condiciones ofrecidas al momento de la cotización del crédito, que tiene una vigencia mínima de siete días. Es decir que en ese plazo no se pueden cambiar las condiciones, lo que permite a la persona mayor compararlas con las de otras instituciones.
- Entregar la hoja de resumen en un formato estándar, que debe ir en la primera carilla del contrato y de las cotizaciones. Allí se deben indicar el precio y todos los costos asociados al crédito que se está solicitando, entre otros aspectos relevantes.
- Informar la Carga Anual Equivalente (CAE) y el Costo Total del Crédito (CTC) en toda publicidad de créditos.
- Informar trimestralmente la evolución del crédito, señalando cuánto se ha pagado y cuánto resta por pagar.
- No vender ni ofrecer productos condicionando su entrega a la contratación de otros productos o servicios.
- No interferir en la facultad de poner término anticipado al contrato de crédito de consumo por la sola voluntad del consumidor, siempre que con ello se extingan totalmente las obligaciones con el proveedor por dicho crédito.
- Informar por escrito las razones del rechazo del crédito, aduciendo razones objetivas.

Fuente: Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) de Chile, "SERNAC presenta radiografía de créditos de consumo para los adultos mayores", noviembre de 2014 [en línea] <http://www.sernac.cl/sernac-presenta-radiografia-de-creditos-de-consumo-para-los-adultos-mayores/>.

B. Derecho a los cuidados paliativos al final de la vida y a una muerte digna

1. El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

La proximidad de la muerte conlleva una serie de actividades asociadas a la organización de los asuntos que marcan el final de la vida. Es imprescindible que dichas actividades —que llevan a cabo las familias, cuidadores y prestadores de atención médica, entre otros— cumplan estándares que aseguren que las personas puedan vivir en condiciones adecuadas hasta que se produzca la muerte clínica y biológica.

Las personas mayores se encuentran entre las más desprotegidas ante la muerte. Su ubicación en la estructura por edades de la sociedad se traduce casi por defecto en un predictor de su fallecimiento. Esta construcción social de la vejez provoca un modo particular de conducirse con ellas: “La estructura social en la que se hallan implicados [los ancianos] se orienta ya hacia su próxima muerte; sus familias se van independizando de ellos, el alcance de las referencias al futuro disminuye progresivamente. Se considera correcto tratar el hecho de su muerte como algo que trae menos consecuencias para los demás, o sea que ello no entraña una drástica revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven” (Sudnow, 1967)¹⁴.

En ocasiones se trata a las personas mayores como cadáveres aunque estén clínica y biológicamente vivas. Esto se produce de manera particular en el caso de aquellas que se encuentran moribundas o padecen enfermedades terminales, si bien hay que reconocer que no necesariamente deben estar en tales circunstancias para recibir un trato vejatorio. Muchas veces no importa qué tan deteriorada esté su condición o cuán definitiva sea su gravedad; existe una predisposición a dirigirse a ellas como personas que están muriendo.

De esta manera, su muerte es un hecho predictivo que se consume socialmente con anticipación. Con frecuencia, las personas mayores que requieren atención de emergencia no reciben el mismo trato que una persona más joven, no son internados junto con otros pacientes que sufren las mismas patologías, se los mantiene en una camilla o en los pasillos sentados en sillas, se los sujeta con amarras como forma de prevenir caídas, se les niega la presencia de un acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones¹⁵. Es más, según los especialistas, los médicos, incómodos frente a las ansiedades de los pacientes de edad avanzada por la muerte, recurren a falsas esperanzas y tratamientos que en realidad están acortando vidas en lugar de mejorarlas (Gawande, 2014).

¹⁴ Estas conductas se han naturalizado de tal modo que los comportamientos que no respetan su dignidad son incluso percibidos como convencionales por las mismas personas mayores. Para preservar la dignidad de la vida hasta que se produce la muerte es de suma importancia cambiar esta forma de actuar, así como respetar la forma en que se espera que sea ese final, procurando que se cumpla la voluntad de las personas mayores y brindando todos los apoyos necesarios para dignificar ese momento.

¹⁵ Véase Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (2016).

Lo paradójico es que la humanidad todavía discute cómo proceder en lo que se refiere a una muerte digna. Existe un debate con respecto a qué hay que proteger: las condiciones en que se muere o la posibilidad de elegir cuándo morir¹⁶.

El límite entre estas dos opciones es más claro en América Latina y el Caribe que en otras regiones. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores identifica de manera precisa las condiciones que deben darse para mantener la dignidad hasta la muerte: “Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado” (artículo 6).

Adicionalmente, define el cuidado paliativo como “la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”.

El objetivo final de la Convención en este campo no es una buena muerte, sino mantener una buena vida hasta el final. Es por eso que el concepto de cuidados paliativos se aborda de manera tan amplia en este instrumento y que se incluye, además de en el artículo 6 sobre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, en el artículo 12 sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, el artículo 19 sobre el derecho a la salud y el artículo 11 sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.

En la práctica, algunos Estados han reconocido la muerte digna como un derecho cuya protección requiere el acceso oportuno y adecuado a los cuidados paliativos. En Costa Rica, por ejemplo, la resolución 1915-92 de la Sala Constitucional reconoce el derecho a morir con dignidad como el derecho de quienes, siendo conscientes de que van a morir, escogen hacerlo sin dolor. La resolución también reconoce la conexión innegable entre el derecho a la salud y el derecho a la vida: el primero tiene el propósito fundamental de hacer efectivo el derecho a la vida, dado que este no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella derivan (Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 1993)¹⁷.

2. El derecho al consentimiento libre e informado y a la voluntad anticipada

Con relación al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud que aborda el artículo 11 de la Convención Interamericana, también son necesarias algunas precisiones. Su objetivo es que las personas mayores tengan la posibilidad de prevenir intervenciones

¹⁶ En los Estados Unidos, el estado de Oregón permite a sus ciudadanos autoadministrarse medicamentos letales prescritos por un médico conforme a la Ley de Muerte con Dignidad (DWDA) de 1997. El estado de Washington aprobó una ley similar en 2008, al igual que Vermont en 2013. En Europa, la ley suiza que permite el suicidio asistido ha estado en vigor desde 1942. En 2014 Bélgica extendió su ley de eutanasia de 2002 a los niños. En los Países Bajos, la legislación promulgada en 2002 fue un paso más allá, permitiendo tanto el suicidio asistido como la eutanasia en ciertas circunstancias.

¹⁷ En los Estados Unidos, la Corte Suprema sentó las bases del derecho constitucional a recibir cuidados paliativos adecuados en las sentencias de Washington contra Glucksberg y Vacco contra Quill (Quesada, 2008). En Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió, en el caso de Diane Pretty contra el Reino Unido, que la respuesta a la eutanasia pasaba por la promoción de los cuidados paliativos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2002).

indeseadas en el ámbito de la salud, o aquellas a las que se ven sometidas de forma obligada en este tipo de instituciones. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se hace hincapié en un entorno favorable en que se asigne prioridad al consentimiento informado y que garantice la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación.

Además, surge la duda de si el contenido del artículo 11 favorece la eutanasia, específicamente cuando alude a la siguiente obligación: “Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos...”¹⁸.

La voluntad anticipada son instrucciones mediante las cuales una persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, para que sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario cuando la persona que la ha otorgado se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad (Montiel Llorente y García Alonso, 2007).

El artículo 11 de la Convención Interamericana debe interpretarse a la luz del artículo 6 sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En dicho marco, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte¹⁹.

La Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos ha identificado entre las ventajas de la voluntad anticipada el hecho de que ofrezca a las personas, por una parte, la tranquilidad de saber que sus preferencias están aseguradas y a disponibilidad de su familia y los médicos y, por otra, la serenidad de que podrán comunicarse con su familia y con los médicos a través de una directiva basada en su filosofía personal que permitirá tomar decisiones sin sentir pena ni remordimiento.

Este mismo país cuenta con un registro de voluntades anticipadas que facilita a los ciudadanos este trámite. A diferencia de algunas legislaciones de la región, la voluntad anticipada puede transmitirse con independencia de si se sufre una enfermedad terminal o no. En este testimonio del sistema de registro se expresa la utilidad de este tipo de instrumento: “estoy muy contenta de haber registrado mi voluntad anticipada. Como cuidadora de mi madre, mi padre y mi madrastra, no puedo expresar la tranquilidad que me da el registro. Mi esposo y mi hija nunca pasarán por el estrés de preguntarse si están actuando de acuerdo a mis deseos; lo tendrán muy claro. De alguna manera, el hecho de que yo deje registrada mi voluntad anticipada protege a mi esposo e hija, incluso cuando esté muy enferma. Cuando un ser querido está gravemente enfermo es el peor momento para lidiar con las sutilezas y ramificaciones de los trámites hospitalarios y legales. Esto les ahorrará muchas de esas preocupaciones” (Anónimo, Kingston, Washington)²⁰.

No obstante la utilidad que presenta el uso de la voluntad anticipada, queda mucho camino por recorrer. Hay confusiones conceptuales que pueden limitar los derechos y libertades de las personas mayores, incluso en lugares donde ya se ha legislado. Por

¹⁸ Por ejemplo, durante el proceso de ratificación de la Convención Interamericana en el Parlamento de Chile, la Cámara de Diputados solicitó, a petición de una legisladora, una revisión por parte de distintas comisiones para establecer si las disposiciones de la Convención podían entenderse como favorables a la eutanasia o suicidio asistido (véase el Boletín núm. 10.777-01(C) de la Cámara de Diputados de Chile).

¹⁹ Véase la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal [en línea] http://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Ley_Voluntad_Anticipada.pdf, la legislación existente en algunos estados de México, y el Decreto de voluntad anticipada del Uruguay [en línea] http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DECRETO%20VOLUNTAD%20ANTICIPADA%20DEL%204%20DE%20DIC.%20DE%202013.pdf.

²⁰ Véase [en línea] http://www.uslivingwillregistry.com/testimonials_registrants.shtm.

ejemplo, en Ciudad de México su uso todavía es reducido. Entre 2008 (año de creación de la ley pertinente) y 2013, únicamente se habían registrado 2.700 documentos.

3. Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores

Se estima que, en 2011, más de 29 millones de personas murieron en todo el mundo por enfermedades que requerían cuidado paliativo y, de estos, 20,4 millones lo necesitaron al final de su vida. La gran mayoría de los adultos que necesitan cuidados paliativos al final de su vida viven en países de bajo y muy bajo ingreso, y la mayor proporción (69%) tienen 60 años o más (Connor y Sepúlveda, 2014).

En el Reino Unido, a pesar de sus reconocidos avances en este ámbito, las enfermeras y los médicos que respondieron a una encuesta realizada en 2001 sobre la atención al final de la vida de los pacientes hospitalizados manifestaron que el cuidado de las personas mayores moribundas se caracterizaba por la falta de compromiso emocional con el paciente y la confidencialidad institucionalizada de la información sobre su muerte. En sus respuestas se señala que, aunque las enfermeras proporcionan atención individual a los pacientes moribundos, gran parte de esta se dirige únicamente a satisfacer sus necesidades físicas. Los datos muestran que a veces en los hospitales se gestiona mal la muerte, con un control inadecuado de los síntomas, un apoyo insuficiente a los pacientes y cuidadores y una comunicación escasa o nula sobre el pronóstico y el tratamiento (Costello, 2001). De esta forma, el dolor asociado a la vejez tiende a institucionalizarse y esta percepción se convierte en un auténtico obstáculo para que las personas mayores reciban la atención que necesitan.

Por otro lado, los cuidados paliativos suelen utilizarse como sustituto de la atención curativa. Cuando se ingresa a un programa de esta naturaleza se suspenden por defecto los tratamientos destinados a prolongar la vida. En ocasiones, ni siquiera se requiere la presencia de la persona mayor para evaluar su ingreso a un programa de cuidados paliativos y se toma una decisión sobre la base de antecedentes presentados por terceros. En otras, son los mismos profesionales de la salud los que, frente a casos de enfermedad terminal de una persona mayor, ofrecen como alternativa los cuidados paliativos, sin considerar otras opciones de tratamiento.

En efecto, cuando se trata de una persona mayor parece más difícil distinguir entre cura y cuidado, cuando generalmente se trata de intervenciones interdependientes. Por ejemplo, una transfusión de sangre puede ser parte de un tratamiento para recuperar la salud o para fortalecer a un enfermo de cáncer de forma que pueda recibir radioterapia paliativa, y lo mismo ocurre con la diálisis. La frontera entre ambos tipos de tratamiento es ambigua, y las razones de esta drástica separación son de distinto orden.

Una de ellas tiene que ver con los profesionales de la salud. Ya en el siglo XVII, Francis Bacon escribió: "Pienso que el oficio del médico no sólo consiste en restablecer la salud, sino también en mitigar los dolores y los sufrimientos causados por la enfermedad; y no solamente cuando ello pueda servir, al eliminar un síntoma peligroso, para conducir a la curación, sino también cuando habiéndose perdido toda esperanza de curación, tal mitigación sólo sirve para hacer la muerte más fácil y serena" (citado en Abid, 2008).

Otras se originan en las diferencias significativas en materia de inversión que existen entre la investigación y desarrollo que se destina a controlar los síntomas y otros aspectos de los cuidados paliativos y aquella dirigida a prolongar la vida. Asimismo, existen barreras dentro de los sistemas de investigación y atención médica que impiden que muchas personas reciban cuidados paliativos efectivos donde y cuando lo necesiten (Foley, Gelband, 2001).

Por lo tanto, sería un error ver el modelo curativo y el modelo del cuidado paliativo como las únicas dos opciones disponibles. Ambos representan los extremos opuestos de un espectro en el que son posibles variaciones ilimitadas, y saltar directamente de un extremo al otro rara vez es apropiado (Fox, 1997). Entre el modelo curativo y el modelo paliativo se encuentra el enfoque centrado en la persona. Esto significa que frente a una persona que padece una enfermedad terminal se debe desplegar todo el abanico de oportunidades que ofrece la medicina para aliviar el dolor y ayudar a vivir de forma plena y satisfactoria (Hadjistavropoulos y Hadjistavropoulos, 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ello no solo mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

4. Los cuidados paliativos como una obligación del Estado

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica de los Estados. Antes de la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, esto ya había sido reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general núm. 14 (Naciones Unidas, 2000) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010b). De forma congruente con ello, el Relator Especial sobre la tortura estableció en su informe de 2013 que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante, de acuerdo a la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

El Consejo de Europa también ha recogido los cuidados paliativos en la recomendación CM/Rec(2014)2. Su informe explicativo (CDDH-AGE, 2013) señala que el fundamento jurídico de su incorporación se basa en que la dignidad humana debe ser respetada en todas las etapas de la vida de cada individuo (lo que incluye a los enfermos terminales y la muerte) y que los cuidados paliativos ayudan a preservar esta dignidad, proporcionando un ambiente apropiado para este tipo de pacientes y ayudándolos a hacer frente al dolor y otros síntomas molestos. Por lo tanto, los cuidados paliativos se deben proponer en todos los ámbitos en respuesta a las progresivas necesidades de las personas mayores. En los cinco años siguientes a la aprobación de la recomendación:

- los Estados miembros deberían ofrecer cuidados paliativos a las personas de edad que padezcan una enfermedad potencialmente mortal o una enfermedad que limite su esperanza de vida, para garantizar su bienestar y permitirles vivir y morir dignamente;
- toda persona mayor que necesite cuidados paliativos debería tener derecho a acceder a ellos sin demora indebida, en un entorno que sea compatible con sus necesidades y preferencias, incluso en el hogar o en los centros de atención a largo plazo;
- se debería alentar a los familiares y amigos a acompañar a las personas mayores que estén enfermas o moribundas; los acompañantes deberían recibir apoyo profesional, por ejemplo, mediante servicios ambulatorios de cuidados paliativos;
- los profesionales de la salud que participen en los cuidados paliativos deberían respetar plenamente los derechos de los pacientes y cumplir con las obligaciones y normas profesionales;

- deberían formarse especialistas en cuidados paliativos para dirigir la educación y la investigación sobre el terreno; deberían incorporarse programas de educación en materia de cuidados paliativos a la formación de todos los trabajadores sanitarios y de asistencia social concernidos y debería fomentarse la cooperación entre los profesionales de los cuidados paliativos;
- los Estados miembros deberían garantizar la disponibilidad y accesibilidad adecuadas de los medicamentos para cuidados paliativos, y
- en la organización de sus sistemas nacionales de cuidados paliativos, los Estados miembros deberían tener en cuenta la Recomendación Rec(2003)24 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la organización de los cuidados paliativos.

Con relación a este último punto, hay que señalar que desde 2003 los países europeos cuentan con una valiosa directriz para abordar los cuidados paliativos, pero los progresos son desiguales. Al no ser un instrumento de carácter vinculante, su pleno cumplimiento no es una obligación para los países miembros del Consejo de Europa.

En el artículo 19 de la Convención Interamericana, además de las garantías mencionadas con anterioridad, se establecen las siguientes obligaciones del Estado con relación a los cuidados paliativos:

- Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.
- Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.
- Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos.

Hay que recordar, además, que en los artículos 6, 11 y 12 de la Convención se regula la no discriminación y la igualdad de acceso a los cuidados paliativos.

Recuadro IV.3 El cuidado paliativo en otras regiones del mundo

Una investigación llevada a cabo en 2015 por The Economist Intelligence Unit (EIU) presenta un índice de calidad de la muerte en 80 países del mundo, clasificándolos de acuerdo a la provisión de cuidados paliativos, el acceso a tratamientos analgésicos, las políticas y fondos públicos para enfermos terminales y las percepciones individuales y comunitarias sobre la muerte. El Reino Unido, Australia, Nueva Zelandia, Irlanda y Bélgica resultaron clasificados en los primeros cinco lugares, mientras que en las tres últimas posiciones quedaron China, Uganda y la India.

En el caso de Mongolia (número 28 en la clasificación), destaca la creación de la Sociedad de Cuidado Paliativo (MPCS) en 2000. Con anterioridad el país no contaba con servicios o programas de cuidados paliativos ni con una política gubernamental al respecto, y utilizaba solo 1 kg de morfina por año. A partir de 2003, los cuidados paliativos se incluyeron en la legislación y en el programa nacional de control del cáncer. En 2013 comenzaron a incluirse los cuidados paliativos en el tratamiento de otras enfermedades crónicas y en los cuidados domiciliarios.

En China (número 71 en la clasificación) no existe una estrategia nacional ni una ley que garantice el acceso a los cuidados paliativos. El Ministerio de Salud nacional ha respaldado oficialmente el establecimiento de departamentos de cuidados paliativos en los hospitales, pero fuera de los 400 hospitales especializados en cáncer, solo algunos centros de salud comunitarios ofrecen servicios de cuidados paliativos.

Recuadro IV.3 (conclusión)

En España (número 23 en la clasificación), los cuidados paliativos han evolucionado a partir del lanzamiento en 2007 de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. En un país donde la asistencia sanitaria está organizada bajo la autoridad de 17 sistemas regionales de salud, el enfoque nacional ha favorecido el acceso a los servicios. El lanzamiento de la estrategia nacional condujo en España a un aumento del 50% de los equipos de cuidados paliativos y los enfoques regionales unificados.

El desarrollo de los cuidados paliativos en Sudáfrica se debe en parte al financiamiento gubernamental y también a la participación de organizaciones no gubernamentales, entre las que destaca la Asociación de Cuidados Paliativos de Sudáfrica. Por otro lado, las instituciones religiosas también cuentan con hospitales que ofrecen cuidados paliativos. Además, Sudáfrica ha avanzado en la formación y el desarrollo de competencias del personal de la salud. La Universidad de Ciudad del Cabo ofrece el primer título de maestría en cuidados paliativos para médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

Según una investigación de Hospice UK, el número de personas que muere en el hospital podría reducirse un 20%. Para ello, se afirma, es necesario identificar los modelos de cuidados y evaluar su impacto en la familia y en la comunidad. El Reino Unido, que lidera la clasificación, basa su estrategia en reducir la cantidad de personas que mueren en los hospitales cada año y proveer a los pacientes de un paquete doméstico de cuidados paliativos, que incluye el servicio de enfermería o de cuidador domiciliario, acompañado de la última tecnología para el cuidado remoto.

La Provincia China de Taiwán (número 6 en la clasificación) es pionera en los avances tecnológicos, y estos impactan de forma directa en los derechos del paciente y en sus cuidados paliativos. Por ejemplo, todos los ciudadanos taiwaneses poseen una tarjeta de salud con su información médica: se alienta a las personas mayores a tomar decisiones específicas sobre el final de su vida, para expresar su voluntad en caso de que deba decidirse si reanimar o no al paciente, y dicha información se vincula directamente a la tarjeta de salud, por lo que aparecerá al registrarse en cualquier centro de atención de salud.

Fuente: The Economist Intelligent Unit, *The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world, 2015* [en línea] <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.

5. Los programas de cuidados paliativos para las personas mayores en América Latina y el Caribe

La mayoría de los países de la región no satisfacen la demanda de cuidados paliativos, no reconocen los cuidados paliativos como una disciplina y no los incluyen en los sistemas de salud públicos o privados. Menos aún se ha legislado en su favor, lo que perjudica su financiamiento y continuidad.

La mayor parte de los programas nacionales sobre cuidados paliativos de la región fueron creados al final de los años noventa, por lo que se trata de un planteamiento bastante reciente. Hay iniciativas aisladas que son el resultado de esfuerzos locales, pero en pocos casos existe una política pública nacional que garantice el acceso a los cuidados paliativos.

En los países en que existen programas nacionales de cuidados paliativos se vinculan primariamente a enfermedades oncológicas, pero persisten dificultades de acceso para pacientes no oncológicos, como los que viven con el VIH/SIDA o sufren otras patologías crónicas o terminales. La ley no obliga a brindarles cuidados paliativos a estas personas, y el manejo del dolor por vía analgésica depende de si el médico está capacitado para recetar opioides.

La ausencia de políticas nacionales ha favorecido el surgimiento de iniciativas privadas para la atención de enfermos terminales, pero con muy alto costo, lo que veda su acceso para aquellas personas con bajos recursos. Asimismo, existen fundaciones sin fines de lucro que asisten en el acompañamiento y alivio del dolor, si bien no cuentan con personal debidamente acreditado. Esta situación pone en peligro la sostenibilidad de dichas actividades, realizadas en su mayoría por voluntarios y con recursos de organizaciones benéficas o no gubernamentales.

Un estudio realizado por la OMS en 2014 (Connor y Sepúlveda, 2014) presenta una clasificación interesante sobre el avance de los cuidados paliativos en el mundo. En el caso de la región, la mayoría de los países estaban en las fases preliminares de desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, un número considerable de países del Caribe (Antigua y Barbuda, Granada, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas) se ubicaban en el nivel más bajo, al no identificarse ninguna actividad relacionada con el cuidado paliativo (véase el cuadro IV.1).

Cuadro IV.1
América Latina y el Caribe:
nivel de desarrollo de los
programas de cuidado
paliativo, 2014

Nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo	Países y territorios
Grupo 1: No se registran actividades	Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Guayana Francesa, Granada, Islas Malvinas (Falkland Islands), Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas.
Grupo 2: Fomento de las capacidades	Bahamas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Nicaragua, Suriname.
Grupo 3a Provisión aislada	Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, Islas Caimán, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, México, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Venezuela (República Bolivariana de).
Grupo 3b Provisión generalizada	Argentina
Grupo 4a Integración preliminar	Chile, Costa Rica, Puerto Rico, Uruguay.
Grupo 4b Integración avanzada	

Fuente: S. Connor y M.C. Sepúlveda (eds.), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance/Organización Mundial de la Salud (OMS), enero de 2014.

En el segundo nivel se sitúan los países en los que se registraron algunos esfuerzos, pero donde no se había establecido aún ninguna política, como Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras y Nicaragua. En Honduras, por ejemplo, la información disponible indica que no existen servicios o unidades de cuidados paliativos en ninguno de los tres niveles de atención existentes (Pastrana y otros, 2012). No hay una formación acreditada sobre cuidados paliativos, y estos tampoco forman parte del contenido de los programas académicos de la Universidad Nacional de Medicina. Como consecuencia, se desconoce la existencia de especialistas en esa área. En el plano jurídico, los cuidados paliativos no se encuentran todavía legislados ni regulados, por lo que no se les asignan recursos gubernamentales²¹.

A continuación, la OMS clasifica al Brasil, Colombia, el Ecuador, México, Panamá, el Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago, entre otros, en la fase donde el avance de los programas de cuidados paliativos no va acompañado de suficientes recursos financieros, existe una limitada disponibilidad de medicamentos y las coberturas son reducidas.

En el Perú, a pesar de la existencia del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor y Paciente Oncológico (ADAMO), las coberturas son limitadas. En 2014 se atendió a menos de 2.000 personas mayores en sus hogares. En cuanto a la formación, no

²¹ En el año 2014 se presentó en Honduras un proyecto de ley de cuidados paliativos para pacientes con enfermedad crónica terminal que se refiere al acceso a medicamentos opioides para el tratamiento de pacientes en fase terminal o con enfermedades crónicas. A su vez, otorga el derecho de decidir cuándo suspender el tratamiento médico y obtener ayuda para morir.

existe una acreditación profesional para certificar a los médicos que brindan cuidados paliativos. La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, una institución sin fines de lucro, intenta suplir estas deficiencias por medio de la difusión y de la capacitación de profesionales en el manejo del dolor y los cuidados paliativos.

El Brasil creó en 1996 el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), en Río de Janeiro, un hospital cancerológico del Ministerio de Salud, con el servicio más completo del país en la materia. En cuanto a la formación, los cuidados paliativos están reconocidos oficialmente como una subespecialidad con el título oficial de Área de Actuación en Medicina Paliativa, pero la cantidad de egresados todavía es muy reducida para la demanda existente. Se estima que en 2012 había cerca de 30 profesionales con dicha especialidad. A pesar de las iniciativas locales, los cuidados paliativos aún no son reconocidos dentro de los servicios de sanidad (Palmeira, Scorsolini-Comin y Sanches Peres, 2011), por lo que es preciso que el Gobierno federal establezca una política nacional de salud que consolide los cuidados paliativos en el Brasil.

La Argentina, Chile, Costa Rica y el Uruguay fueron clasificados por la OMS en los niveles más avanzados de la región (pero no del mundo). Si bien en algunos de estos países hay más conciencia sobre la importancia de los cuidados paliativos y una mayor disponibilidad de profesionales y servicios, aún no se ha producido una consolidación efectiva de la política.

En la Argentina se empezaron a prestar de manera aislada servicios de cuidado paliativo a través de centros privados en 1982 y se acabaron integrando a los marcos normativos de salud en el año 2000.

La legislación vigente en la Argentina incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales como parte de la atención a la enfermedad, y este derecho está consagrado en la Ley 26.742 o Ley de Derechos del Paciente²². Sin embargo, esta Ley ha sido insuficiente: el ordenamiento administrativo del país otorga a cada provincia autonomía para definir sus propias normas y algunas de ellas no han incorporado servicios de cuidados paliativos: solo 10 de las 24 provincias tienen legislación sobre estos cuidados.

Además de esta Ley, se han creado comisiones y programas dentro del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional del Cáncer. Estas iniciativas no han tenido un presupuesto asignado o mecanismos de supervisión y vigilancia, por lo que no han logrado universalizar los servicios de cuidados paliativos.

Existen al menos cinco centros de investigación en la Argentina que se ocupan de la materia: Pallium Latinoamérica, la Fundación FEMEBA, el Hospital Tornú, el Departamento de Cuidados Paliativos del Hospital Udaondo, el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari de la Universidad de Buenos Aires y el Centro UCEPAR en Rosario. Algunos de estos centros han recibido subsidios del Ministerio de Salud para el desarrollo de protocolos de investigación.

En Chile, la normativa recoge el cuidado paliativo y obliga a que todas las entidades del sector público y privado provean servicios de cuidados paliativos a los pacientes con cáncer avanzado. En 1994 se creó el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, también vinculado al tratamiento de enfermedades oncológicas, promocionado por el Ministerio de Salud (MINSAL, 1999). Nueve años después, en abril de 2003, el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (PAD y CP) fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (MINSAL, 2006).

²² Véase Centro de Documentación e Información del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Argentina, Ley 26.742 [en línea] <http://www.grupoguia.com.ar/libros/medicina/LeyesMedicinaLegal/Leyes09/Ley26742.pdf>.

En Costa Rica los cuidados paliativos están cubiertos por el régimen de la seguridad social universal. La hospitalización, la medicación y el asesoramiento de especialistas se proporcionan de manera gratuita y existen organizaciones no gubernamentales que apoyan a la población que carece de seguro.

Desde el punto de vista jurídico, Costa Rica no cuenta con una ley de cuidados paliativos, pero existen resoluciones de la Sala Constitucional relativas a los derechos de las personas con enfermedades terminales. Una de las primeras y más fundamentales fue la sentencia que consagró el derecho a una muerte digna y sin dolor, emitida en el año 1994.

En el plano formal, en 2008 se creó el Consejo Nacional de Cuidados Paliativos, integrado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, la Federación Costarricense de Cuidados Paliativos, la Junta de Protección Social (JPS) y algunas fundaciones.

En Trinidad y Tabago se está introduciendo gradualmente una estructura de cuidados paliativos. Hay varios centros que prestan atención a enfermos terminales de cáncer, y en 2014 se inauguró la primera unidad de cuidados paliativos financiados por el Gobierno en un hospital, pero esto sigue siendo insuficiente para satisfacer la demanda. También persisten problemas relacionados con el suministro de medicamentos para el control del dolor. En 2012 comenzó a impartirse una Maestría en Medicina de Cuidados Paliativos en la Universidad de las Indias Occidentales.

La situación en Barbados es algo diferente. Los opiáceos y otros medicamentos esenciales están generalmente disponibles, aunque el país aún no tiene una estructura especializada de cuidados paliativos. El Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han estado trabajando para mejorar los servicios de atención al final de la vida. La Asociación de Barbados de Cuidados Paliativos, una ONG fundada en 2011, proporciona apoyo y atención a las personas con enfermedades terminales. Una evaluación de necesidades de cuidados paliativos encargada por el Ministerio de Salud informó en 2012 que había necesidad de un centro de cuidados paliativos. Actualmente hay planes para construir un centro de cuidados paliativos que será operado por la Asociación de Barbados del Cáncer (BACA) junto con otra ONG.

En la clasificación de la OMS, todos los países de la región se ubicaron por debajo de los Estados Unidos, el Reino Unido, Australia, Suecia y el Japón, entre otros. En estos países se cumplen varios de los requisitos que se necesitarían para consolidar los cuidados paliativos en la región (investigación, formación profesional, disponibilidad de medicamentos, subsidios para reducir los gastos de bolsillo, gasto público progresivo en la atención paliativa y una amplia toma de conciencia sobre su contribución y necesidad, entre otros).

En la región, Cuba es uno de los países destacados en este ámbito. Dentro del Sistema Nacional de Salud único y gratuito se ubica el Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos (PADCP), vinculado a pacientes oncológicos. El PADCP incluye atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinarios constituidos por profesionales médicos, de enfermería y de psicología. Además, cubre la hospitalización y medicamentos de manera gratuita durante la atención. Existe una propuesta del Ministerio de Salud de integrar el componente de cuidados paliativos en la Atención Primaria de la Salud, como parte del programa de Médico y Enfermera de Familia, con el propósito de lograr el control prolongado de la enfermedad y acompañar en el manejo del duelo. Su objetivo general es incrementar el bienestar subjetivo y la calidad de vida del paciente oncológico que requiere cuidados paliativos y de sus familiares, mediante una atención integral que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo de salud. En cuanto a la capacitación,

la formación en cuidados paliativos se encuentra acreditada oficialmente desde 2010 como Diplomado de Cuidados Paliativos a Pacientes Adultos y Diplomado Nacional de Control de Cáncer. Asimismo, las Facultades de Medicina poseen contenidos relacionados con los cuidados paliativos.

C. Desafíos para la protección

Al profundizar en el estudio de la situación de las personas mayores, se reafirma que sus derechos requieren un examen exhaustivo para definir si los estándares existentes recogen las preocupaciones de la población de edad avanzada.

En el caso de los dos temas tratados en este capítulo, se concluye que todavía existen limitaciones para que las personas mayores sean respetadas como titulares de derechos. Persiste la discriminación por edad y, con el envejecimiento poblacional, surgen nuevas esferas de preocupación. Hace unos años, era poco probable que las personas de edad demandaran una mayor igualdad en el acceso a los servicios financieros, o que la muerte y sus condiciones fueran tratadas como un asunto público que no solo atañe al sector de la salud.

En materia de cuidado paliativo, si bien hay programas en ejecución, queda mucho por hacer. Por ejemplo, en Chile los programas del sistema público de salud presentan deficiencias importantes de funcionamiento. Los profesionales a cargo no siempre cuentan con la formación adecuada, se abusa de los medicamentos para mantener a los enfermos terminales en estado de sedación y no hay una coordinación con la atención curativa. Una vez ingresada en el programa de cuidados paliativos, de inmediato se prevé que la persona mayor no tendrá una sobrevida prolongada. Las visitas domiciliarias tienen escasa cobertura y baja calidad y, en el ámbito de la atención primaria, quienes las realizan a veces no cuentan con la capacitación necesaria para prestar este servicio. No ocurre lo mismo en el sector privado, donde la atención paliativa es de una calidad muy superior a la que entrega el sistema público, pero es onerosa y, por ende, inaccesible para los sectores más desprotegidos de la población.

En el acceso al crédito persiste la discriminación contra las personas mayores y se pueden encontrar barreras en cualquier etapa de la solicitud. En Costa Rica, en 2015 una persona de 75 años de edad interpuso un recurso de amparo en la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia contra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) debido a que, para solicitar un crédito hipotecario, se le pidió una póliza de vida de protección crediticia, la que le fue negada por el Instituto Nacional de Seguros (INS). Al respecto, explica el recurrente que acudió al ente asegurador, donde le preguntaron por sus enfermedades y se le envió a practicarse una serie de exámenes médicos. Asegura que sus patologías son las propias de cualquier persona de su edad, pero no es una persona enfermiza. Sin embargo, no se le emitió la póliza de seguros, argumentándose que, según las políticas internas de evaluación de enfermedades, la hipertensión arterial y el resto de su cuadro clínico afectaban su obtención. En virtud de la falta de la póliza, la CCSS rechazó el crédito solicitado²³.

En este caso, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, tomando en cuenta la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, falló a favor de la persona mayor y solicitó a las

²³ Véase Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia [en línea] [http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/Centro%20de%20Jurisprudencia/8-BOLETIN%20MENSUAL%20DE%20LA%20SALA%20CONSTITUCIONAL%20DE%20COSTA%20RICA%20-%20AGOSTO%202015%20\(3\).htm](http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/Centro%20de%20Jurisprudencia/8-BOLETIN%20MENSUAL%20DE%20LA%20SALA%20CONSTITUCIONAL%20DE%20COSTA%20RICA%20-%20AGOSTO%202015%20(3).htm).

instituciones involucradas que adoptaran las medidas necesarias para que al recurrente se le permitiera razonablemente garantizar el crédito hipotecario²⁴.

El fallo de la Sala Constitucional es congruente con otras resoluciones favorables para la persona mayor, pero esto no siempre ocurre en los demás países de la región. Existen limitaciones para hacer efectivo un derecho, muchas de ellas derivadas de las debilidades institucionales para hacer cumplir las leyes. Se necesita más y mayor protección, como la que se da a las mujeres u otros grupos discriminados. En el caso de las primeras, por ejemplo, coexisten varios órganos destinados a mejorar su bienestar y proteger sus derechos²⁵.

La aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África demuestra que es posible y necesario elaborar un instrumento multilateral jurídicamente vinculante para asegurar una completa y efectiva promoción y protección de los derechos de las personas mayores (Grupo de Amigos de las Personas de Edad, 2016). Más aún, la coexistencia de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos ha sido una constante en el mundo contemporáneo. En los temas abordados en este capítulo, se comprende fácilmente su utilidad y compatibilidad.

Además, los estándares duplicados, pero a su vez diferenciados, se justifican porque en ocasiones un consenso a nivel universal requiere también uno continental, el que puede alcanzarse en un régimen que, sin afectar el de índole universal, trae beneficios adicionales para promover y proteger los derechos humanos. Por otra parte, uno de los principios básicos de la doctrina jurídica es la aplicación del principio *propersona*, lo que significa que siempre se utilizarán los estándares más favorables a la persona en la situación concreta de que se trate (Carmona, 2009).

²⁴ Véase Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia [en línea] [http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/Centro%20de%20Jurisprudencia/8-BOLETIN%20MENSUAL%20DE%20LA%20SALA%20CONSTITUCIONAL%20DE%20COSTA%20RICA%20-%20AGOSTO%202015%20\(3\).htm](http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/Centro%20de%20Jurisprudencia/8-BOLETIN%20MENSUAL%20DE%20LA%20SALA%20CONSTITUCIONAL%20DE%20COSTA%20RICA%20-%20AGOSTO%202015%20(3).htm).

²⁵ Por ejemplo, en las Naciones Unidas se encuentra ONU-Mujeres y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. En la CEPAL existe la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. En el Consejo de Derechos Humanos funciona el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, y la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer. La Organización de los Estados Americanos (OEA) cuenta con la Comisión Interamericana de Mujeres, la Relatoría sobre los Derechos de la Mujer y el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará.

Bibliografía

- Abid, P. J. (2008), "Comentarios a la ley de voluntad anticipada del Distrito Federal"; *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. XLI, núm. 123, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bárcena, A. (2015), Intervención de Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, en la presentación del libro "Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores", Ciudad de México, 9 de marzo.
- Carmona, U. (2009), *Los instrumentos regionales interamericanos en materia de derechos humanos y la bioética* [en línea] http://www.humanindex.unam.mx/humanindex/consultas/detalle_ponencias.php?id=29627&rfc=CATJ700707.
- CDDH-AGE (Grupo de Redacción sobre los Derechos Humanos de la Persona Mayor del Comité Directivo para los Derechos Humanos del Consejo de Europa) (2013), "Draft explanatory report to the Recommendation on the promotion of the human rights of older persons"; Cuarta Reunión, Consejo de Europa, 23 a 25 de septiembre.
- CNBV/INEGI (Comisión Nacional Bancaria y de Valores/Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2012), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. El desarrollo de una encuesta de demanda: el caso de México", Ciudad de México, junio.
- Connor, S. y M.C. Sepúlveda (eds.) (2014), *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance/Organización Mundial de la Salud (OMS), enero.
- Consejo de la Unión Europea (2014), *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services*, Bruselas, 18 de junio.
- Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (2016), "Recurso de amparo que se tramita en expediente número 16-013899-0007-CO, interpuesto por Sonia Patricia Salas Badilla, cédula de identidad 0109100094, a favor de María De Los Ángeles González Murillo, cédula de identidad 0202560287, contra el hospital San Rafael de Alajuela de la Caja Costarricense de Seguro Social. Res. N° 2016015429", San José.
- (1992), "Resolución núm. 1915-92, de las 14:12 horas del 22 de julio", San José.
- Costello, J. (2001), "Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, N° 1.
- European Microfinance Network (2012), *Microfinance as a Tool of Active Ageing*, Electronic Bulletin, N° 2 [en línea] http://www.fgda.org/dati/ContentManager/files/Documenti_microfinanza/Microfinance-as-a-tool-for-active-ageing.pdf.
- Fitzpatrick, B. e I. Kingston (2008), *Older people's access to financial services*, The Equality Commission for the Northern Ireland, junio.
- Foley, K. y H. Gelband (2001), *Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Fox, E. (1997), "Predominance of the curative model of medical care: a residual problem", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, N° 9.
- Gawande, A. (2014), *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, Nueva York, Metropolitan Books, Henry Holt and Company, 2014.
- Grupo de Amigos de las Personas de Edad (2016), "Statement in the General Debate (Item 5) of the SVII Session of the Open-ended Working Group on Ageing", Nueva York, 12 de diciembre.
- Guzmán, J. M. (2002), "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe", *serie Población y Desarrollo*, N° 28 (LC/L.1737-P/E), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hadjistavropoulos, T. y H. D. Hadjistavropoulos (2008), *Pain Management for Older Adults: A Self-Help Guide*, IASP Press.
- Kneale, D. (2012), *Is social exclusion still important for older people?*, Londres, AGE UK, septiembre.
- Lachs, M. y otros (1998), "The mortality of elder mistreatment", *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, N° 5.
- MIINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2006), "AUGE. Protocolo de trabajo (2004)", Santiago, inédito.
- (1999), "Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos", *Norma General Técnica*, N° 32, Santiago.
- Montiel Llorente, L. y M. García Alonso (2007), *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*, Madrid, Complutense.

- Naciones Unidas (2013), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), Consejo de Derechos Humanos.
- (2012), *Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General* (A/67/188), Nueva York.
- (2011), *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona (A/HRC/17/34), Nueva York.
- (2010a), *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona, *sobre el proyecto de principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos* (A/HRC/15/41), Nueva York.
- (2010b), “Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos” (CEDAW/C/GC/27), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 16 de diciembre.
- (2004), “Recomendación general N° 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal” [en línea] [http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20(Spanish).pdf).
- (2001), *Concluding observations of the Human Rights Committee: Netherlands* (CCPR/CO/72/NET), Comité de Derechos Humanos, agosto.
- (2000), “Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (E/C.12/2000/4, CESCR), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- (1995), “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. Observación general N° 6” (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- (1979), “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” (A/RES/34/180), Nueva York.
- NIACE (National Institute of Adult Continuing Education) (2008), “Promoting financial capability provision for older people”, *NIACE Briefing Sheet*, N° 82 [en línea] http://shop.niace.org.uk/media/catalog/product/f/i/file_1_1.pdf.
- Palmeira, H.M., F. Scorsolini-Comin y R. Sanches Peres (2011), “Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica”, *Aletheia*, N° 35-36.
- Pastrana, T. y otros (2012), *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*, Bogotá, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).
- Quesada, L. (2008), “Cuidados paliativos y derechos humanos”, *Revista Médica Hondureña*, vol. 76, N° 1.
- SERNAC (Servicio Nacional del Consumidor de Chile) (2014), “Oferta Crediticia para los Adultos Mayores” [en línea] <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2014/11/Reporte-créditos-adultos-mayores.pdf>.
- Sudnow, D. (1967), *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- The Economist Intelligent Unit (2015), *The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world* [en línea] <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%202015%20FINAL.pdf>.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2002), “Case of Pretty v. The United Kingdom (Application no. 2346/02), Judgment”, Estrasburgo, 29 de abril.
- Villacorta, O. y D. Reyes (2012), “Servicios financieros para las mayorías. La inclusión financiera en México”, *Revista MBS*, N° 2, julio.

Problemas persistentes y compromisos incumplidos sobre los derechos humanos de las personas mayores

Introducción

- A. El maltrato de las personas mayores como un problema de derechos humanos
- B. El cuidado de largo plazo de las personas mayores y las obligaciones del Estado
- C. Los rezagos y desafíos de la protección

Bibliografía

Introducción

En este capítulo se abordan dos temas cuyo tratamiento efectivo presenta importantes rezagos en la región e incluso en otras partes del mundo. El primero es el derecho a una vida libre de violencia y el segundo los cuidados de largo plazo.

El maltrato constituye una violación de los derechos humanos de las personas mayores y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación (OMS, 2002). Su reconocimiento como un problema social data de la década de 1980. A partir de entonces se ha producido un largo debate sobre su definición, tipología y formas de evitarlo (Naciones Unidas, 2002). A fines del siglo pasado, la definición más usada se refería al maltrato de las personas mayores como un acto único o reiterado, u omisión, que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación en que exista una expectativa de confianza (AEA, 1995). Los tipos de maltrato reconocidos eran el físico, el psicológico, el patrimonial y el autoabandono.

Hoy en día, gracias a los aportes de los Comités de los Tratados y a las discusiones que tuvieron lugar en África, las Américas y Europa sobre los derechos de las personas mayores, se cuenta con definiciones más precisas de este flagelo. Sin embargo, con independencia de dichos avances, se trata de un área cuya prevención y erradicación requiere medidas más enérgicas.

Con relación al cuidado de largo plazo, su complejidad reside sobre todo en el escenario en el que se desarrolla actualmente, caracterizado por la transformación de los roles de las mujeres, el número aún elevado de niños, el creciente envejecimiento de la población, la mayor sobrevivencia con enfermedades o discapacidad y los cambios de los modelos de familia.

La incorporación de las mujeres a la fuerza laboral reduce el tiempo que hasta ahora destinaban al cuidado no remunerado de las personas con dependencia temporal o permanente. Este hecho, en cuya base se encuentra la búsqueda de la igualdad de género, se transforma en una limitación cuando no existen las provisiones suficientes para suplir la ausencia de las cuidadoras tradicionales o cuando se las sobrecarga con funciones asociadas a sus roles en la vida extradoméstica, doméstica y de cuidado (Rico y Robles, 2016).

De manera simultánea, la demanda demográfica de las personas que necesitan cuidado se está incrementando, por la presencia aún elevada de niños —que en 2015 suponían el 26,1% de la población de América Latina y el Caribe (Naciones Unidas, 2015a)—, y de personas de 75 años y más.

En 2015 las personas de 75 años y más representaban el 27% de la población mayor de América Latina y del Caribe (18.788.506 individuos), y se estima que este segmento etario crecerá a una tasa cercana al 3,59% anual en el período 2015-2020. En 2030 la cantidad de personas de este subgrupo de edad casi se habrá duplicado con respecto a la de 2015, y en 2050 sumará más de 70 millones de personas.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que una proporción considerable de las personas pertenecientes a este grupo etario pueden experimentar una independencia inestable y se encuentran expuestas a un riesgo de pérdida funcional. Las personas de 75 años y más suelen requerir hospitalización, sufren caídas frecuentes, consumen medicamentos y padecen enfermedades crónicas que, por lo general, tienden a conducir a la incapacidad (The Family Watch, 2012; García-García y otros, 2011). En paralelo, como se expuso en el primer capítulo de este documento, el acelerado descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida de las últimas décadas han contribuido

En este capítulo se abordan los temas del maltrato de las personas mayores y de los cuidados de largo plazo desde una perspectiva de derechos humanos. Se revisan los avances normativos a la fecha, la situación general en el mundo y en la región y los retos para los próximos años.

a la configuración de un escenario híbrido, en el que emergen situaciones diversas respecto de los tipos de hogares existentes, y en el que las formas familiares de la época preindustrial coexisten con nuevos arreglos residenciales (Arriagada, 2007; Sunkel, 2006).

Esto significa que la contribución de la familia como principal red de protección para cubrir las necesidades de cuidado de las personas mayores con autonomía fragilizada ya no es la misma que en décadas anteriores; sin embargo, su actuación tradicional ha facilitado un rol subsidiario del sector público en esta materia que continúa hasta el presente (The Family Watch, 2012).

En este capítulo se abordan los temas del maltrato de las personas mayores y de los cuidados de largo plazo desde una perspectiva de derechos humanos. En ambos casos se revisan los avances normativos que han tenido lugar hasta la fecha, la situación general en el mundo y en la región y los retos para los próximos años.

A. El maltrato de las personas mayores como un problema de derechos humanos

1. El derecho a una vida libre de violencia en la vejez

Como ha ocurrido con otros grupos sociales, la violencia contra las personas mayores ha traspasado el mundo privado para someterse al escrutinio público. Si en principio este problema se ubicó en el marco del discurso sobre la vulnerabilidad, hoy se insiste en abordar la violencia en la vejez con un enfoque basado en los derechos humanos. Los Comités de los Tratados y, más recientemente, los instrumentos regionales han apoyado este cambio de perspectiva.

El cambio hacia una perspectiva sobre el maltrato de las personas mayores basada en derechos ha contado con el respaldo de la CEPAL. En la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe, los Estados miembros de la Comisión manifestaron su rechazo a todo tipo de maltrato hacia las personas mayores y se comprometieron a trabajar por su erradicación¹.

a) El Comité de Derechos Humanos

Una vida libre de violencia conlleva el ejercicio de todos los derechos establecidos en los pactos internacionales de derechos humanos. La Observación general núm. 20 sobre el artículo 7 (Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes) así lo estableció en 1992 (Naciones Unidas, 1992).

La finalidad del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), al que se refiere dicha Observación, es proteger la dignidad y la integridad física y mental de la persona. El fondo del derecho es la prohibición de los actos que causan dolor físico y sufrimiento moral, incluidos aquellos castigos corporales infligidos por la comisión de un delito o como medida disciplinaria. El deber del Estado es brindar a toda persona la protección necesaria frente a estos actos, sin admitir ningún tipo de limitación.

¹ Se identificaron las siguientes medidas: la aplicación de políticas y procedimientos para prevenir, sancionar y erradicar el maltrato contra las personas mayores en todos los ámbitos, incluida la penalización de los responsables; el establecimiento de mecanismos de prevención y supervisión, así como el fortalecimiento de los mecanismos judiciales, a fin de prevenir todo tipo de violencia en contra de las personas mayores; la garantía de protección especial de las personas mayores que, por su identidad de género, estado de salud, origen étnico u otra condición, corren mayor peligro de ser maltratadas, y la puesta a disposición de las personas mayores de los recursos judiciales para protegerlas frente a la explotación patrimonial.

Con relación a la aplicación de este artículo, el Comité de Derechos Humanos observó que, junto con prohibir esa forma de trato o castigo o declararla un delito, se debían adoptar medidas de otra índole para prevenir y castigar esos comportamientos, agregando salvaguardias para la protección especial de las personas que se encuentran en una condición de riesgo.

Desde el punto de vista de este Comité, el maltrato de las personas mayores debería entenderse como una violación de su derecho a la integridad personal, sea de tipo físico, psíquico o moral. Este derecho alude también a la protección contra la explotación económica y a la expresión de su consentimiento libre e informado con respecto a cualquier asunto que afecte su autonomía, integridad o bienestar.

b) El Comité contra la Tortura

La violación del derecho a la integridad personal se produce cuando el Estado —mediante sus agentes— o cualquier persona aplican tratos crueles, inhumanos o degradantes que causan sufrimiento físico, psicológico o moral. La tortura es una forma agravada de trato cruel, inhumano o degradante.

De conformidad con el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, las obligaciones de los Estados se aplicarían frente a cualquier situación de maltrato. La integridad personal es un bien jurídico que se debe proteger al máximo nivel, por lo que las personas mayores deberían estar protegidas contra el maltrato con la misma fuerza que si se tratara de un acto de tortura.

Así lo manifestó el Comité contra la Tortura en su Observación general núm. 2, cuando estableció que la prohibición de los malos tratos tiene carácter absoluto y que su prevención debe ser efectiva e imperativa. Los Estados deben garantizar la protección de los miembros de los grupos que corren mayor peligro de ser torturados, enjuiciar y castigar cabalmente todos los actos de violencia y maltrato, y velar por la aplicación de otras medidas positivas de prevención y protección, entre las que menciona la eliminación de todos los obstáculos legales y de otra índole que impidan la erradicación de los malos tratos, y la adopción de medidas eficaces para impedir esas conductas y su reiteración (Naciones Unidas, 2008).

También hace referencia a la obligación de examinar y mejorar constantemente la legislación nacional y recomienda la generación de datos desglosados por edad, género y otros factores determinantes que permitan a los Estados identificar y comparar tratos discriminatorios que de lo contrario pasarían desapercibidos, y adoptar medidas correctoras (Naciones Unidas, 2008).

c) El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Con el mismo vigor, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010), hizo un llamado a que se aborden de manera seria y decidida los malos tratos contra las mujeres mayores.

De acuerdo con el Comité, los Estados tienen la obligación de dictar leyes que reconozcan y prohíban la violencia doméstica, sexual e institucional contra las mujeres de edad, particularmente las afectadas por discapacidad. También tienen la obligación de investigar, enjuiciar y castigar todos los actos de violencia contra las mujeres mayores, incluso los que resulten de prácticas y creencias tradicionales.

Asimismo, los Estados deben prestar especial atención a la violencia que padecen las mujeres de edad durante los conflictos armados, las repercusiones que estos tienen en sus vidas y la contribución que ellas pueden hacer a la solución pacífica y a los procesos de reconstrucción.

Además, deben prestar la debida consideración a la situación de las mujeres de edad al abordar la violencia sexual, los desplazamientos forzados y las condiciones de los refugiados durante los conflictos armados. Al tratar estas cuestiones, deben tomar en consideración las resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas relativas a las mujeres, la paz y la seguridad del Consejo de Seguridad.

d) Los instrumentos regionales sobre los derechos de las personas mayores

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se reafirma que el maltrato es una violación del derecho a la integridad personal y se define como la “acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza”.

Además, la Convención Interamericana define la negligencia como un “error involuntario o falta no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias”.

Ambas definiciones introducen el tratamiento amplio que se otorga a esta problemática en los artículos 9 y 10 de la Convención. En el primero, se reconoce que la persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y ser respetada y valorada independientemente de cualquier condición social. El artículo 10 obliga a los Estados a tomar las medidas de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para prevenir y erradicar todo tipo de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes hacia la persona mayor.

El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África, en su artículo 8, igualmente prohíbe y castiga el abuso contra las personas mayores, incluidas las prácticas tradicionales que afectan su bienestar, salud y dignidad, haciendo hincapié en las mujeres mayores. Por su parte, la recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa aborda la violencia y el abuso de las personas mayores, pero no de manera tan enérgica como se hace en el Protocolo de la Carta Africana y en la Convención Interamericana, puesto que únicamente se centra en la sensibilización para detectar la violencia y el abuso, y reduce el deber del Estado para realizar investigaciones eficaces sobre las denuncias de maltrato.

La Convención Interamericana y la recomendación del Consejo de Europa también protegen a las personas mayores que reciben cuidado de largo plazo frente a los actos de violencia. Esta coincidencia refleja un tema sensible. Las personas mayores, así como otros grupos que viven en instituciones, suelen ser víctimas de malos tratos, violación de su intimidad y privacidad e incluso de su libertad de movimiento. Por ejemplo, en España se estima que un 23% de las personas mayores dependientes que viven en residencias son sometidas a sujeciones físicas, cifra que asciende hasta el 60% en los casos de demencia (Arrarás, 2011).

En ambos instrumentos, entre las obligaciones de los Estados se incluye la prevención de la violencia por medio de la sensibilización y la capacitación. La recomendación del Consejo de Europa, por ejemplo, establece que “los Estados miembros deben implementar un número suficiente de medidas destinadas a entrenar al personal médico, a los asistentes sociales, a los cuidadores no profesionales o a otras personas que prestan servicios a las personas mayores en la detección de violencia o abuso

Varios instrumentos regionales, además de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se refieren específicamente al maltrato y a la negligencia en su abordaje de la problemática de los derechos de las personas mayores.

en cualquier ámbito y, en particular, para animarles a que denuncien los abusos ante las autoridades competentes. Los Estados miembros deben tomar medidas para proteger a las personas que denuncian abusos frente a cualquier tipo de represalias”.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se proyecta más allá al especificar que los Estados tienen el deber de “establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda”.

Estos avances regionales dirigidos a la promoción y la protección de los derechos de las personas mayores permiten identificar de manera más precisa qué es lo que se quiere proteger y cómo hacerlo. Con la excepción de la recomendación del Consejo de Europa, amplían la responsabilidad jurídica de los Estados, aunque resta dar un mayor valor a la preservación, garantía y recuperación de las condiciones que favorecen el respeto a la integridad de las personas mayores.

2. Causas y consecuencias del maltrato contra las personas mayores

El riesgo de maltrato no radica en la edad de la vejez, sino en otros factores de distinto orden que suelen ser interdependientes. Pese a ello, las personas mayores se encuentran generalmente en una particular condición de riesgo, impotencia, abandono o explotación (CEPAL, 2004), ya sea en instituciones que brindan servicios de cuidado de largo plazo, institutos psiquiátricos, centros de salud o penitenciarios, puestos de trabajo o en el seno familiar, entre otros espacios.

En el ámbito familiar, las causas que conducen al maltrato son múltiples y complejas. Si bien anteriormente se creía que el género, la edad avanzada o los problemas físicos eran un factor común a las situaciones de maltrato, en investigaciones recientes se ha demostrado que estos factores por sí mismos no explican la violencia, pero pueden ser coadyuvantes. Lo mismo ocurrió con la dependencia económica de la víctima respecto de la persona que la cuidaba o del agresor, ya que estudios posteriores permitieron detectar situaciones en que, contrariamente a la creencia generalizada, era este último quien dependía de la persona mayor. El estrés del cuidador también se identificaba como una causa común de maltrato, pero hay cada vez más datos probatorios de que en realidad, más que el tipo de relación, lo que importa es su calidad (OMS, 2003).

A nivel comunitario, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen como consecuencia del proceso de modernización, como la pérdida progresiva de funciones en el seno de una sociedad cambiante, la erosión de las estructuras familiares tradicionales y sus dificultades para cumplir con las tareas de seguridad y protección. En la sociedad china, por ejemplo, se han detectado, entre otros motivos, la pérdida del respeto de las generaciones más jóvenes, las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las emergentes, la reestructuración de las redes básicas de apoyo y la emigración de parejas jóvenes a nuevas ciudades, mientras sus ancianos padres quedan en las zonas residenciales cada vez más deterioradas del centro de las urbes (Kwan, 1995).

En el campo institucional, una de las formas más visibles de maltrato ocurre en las residencias de cuidado de largo plazo que no cumplen con estándares básicos de calidad. Las deficiencias del sistema de atención, como la capacitación insuficiente o inapropiada del personal, la sobrecarga de trabajo, la mala atención a los residentes —que suelen manifestarse en una disciplina demasiado estricta o en una sobreprotección— y el deterioro de las instalaciones, pueden hacer más difícil la interacción entre el personal

de estos centros y los residentes, dando lugar a malos tratos, abandono y explotación. En los centros de atención psicológica y geriátrica se han registrado casos de violencia tanto contra los residentes como de estos hacia los miembros del personal (Vásquez, 2004).

En este ámbito es preciso además distinguir entre los actos particulares de maltrato o descuido y el maltrato institucional. El primero es consecuencia de actos individuales y se origina en las fallas institucionales como algunas de las recién mencionadas. El segundo, en cambio, es producto del régimen predominante en la propia institución, en el que la negligencia o el descuido constituyen prácticas ya instauradas y el personal perpetúa el maltrato mediante la aplicación de un sistema reglamentado que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o la protección impuesta (OMS, 2003).

Los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, hogares de ancianos y otros centros asistenciales de largo plazo son escasos. Sin embargo, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos se menciona la posibilidad de que las tasas sean elevadas: un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente, un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada y un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes (OMS, 2016).

La incipiente elaboración de estudios sobre el tema también ha permitido objetar algunas ideas instituidas acerca de la prevalencia de ciertos tipos de maltrato que afectarían a las personas mayores. Con frecuencia se piensa que el más común es el psicológico, expresado en insultos, intimidación, humillación o indiferencia. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de otras situaciones tan o más complejas.

En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió de que al menos el 10% de las personas mayores sufre algún tipo de maltrato, ya sea físico, sexual, psicológico o económico, lo que califica de un “importante” problema de salud pública. En concreto, se estima que entre el 0,2% y el 4,9% de las personas sufren abusos físicos, entre el 0,04% y el 0,82% abusos sexuales, entre el 0,7% y el 6,3% maltrato psicológicos, entre el 1% y el 9,2% abusos económicos y entre el 0,2% y el 5,5% padecen algún tipo de negligencia (OMS, 2016).

En la región europea de la OMS, las encuestas sobre personas mayores revelaron que en 2010 un 2,7% —equivalente a 4 millones de personas de 60 años o más— experimentó maltrato en la forma de abuso físico. La proporción afectada por abuso sexual fue del 0,7%, lo que representaba un millón de personas de edad avanzada. El abuso mental fue muy superior, del 19,4%, lo que correspondía a 29 millones de personas mayores, y el abuso financiero afectó al 3,8%, es decir, 6 millones de personas de este grupo etario (OMS, 2011). Estas cifras posibilitan un acercamiento a la multiplicidad de formas que adquiere el maltrato en la vejez.

La explotación económica de las personas mayores también ha adquirido mayor sentido de urgencia en los últimos años. Durante la recuperación de la economía tras la crisis, estas se hicieron más atractivas para los estafadores, ya que muchas de ellas contaban con activos tangibles como bienes raíces, ahorros en efectivo, pensiones y otros ingresos de jubilación. Según una senadora de los Estados Unidos, aproximadamente una de cada cinco personas mayores de ese país será objeto de explotación financiera de alguna forma, por valor de miles de millones de dólares cada año (McCaskill, 2015). La explotación financiera de las personas mayores probablemente aumentará a medida que la población envejezca (10.000 personas cumplirían 65 años cada día durante los próximos 15 años). Suponiendo que la tasa de explotación se mantenga constante en uno de cada cinco individuos, esto equivale aproximadamente

a 73.000 nuevas víctimas por año. Cabe añadir a esa estadística alarmante el hecho de que la mayoría de las víctimas no denuncian, por un sinnúmero de razones (vergüenza, miedo a las acusaciones penales contra un familiar o cuidador, miedo a la pérdida de la independencia) (Wotapka, 2015).

Las repercusiones del maltrato son también de diversa índole: personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores puede tener consecuencias graves, principalmente debido a su fragilidad ósea, lo que da origen a períodos de convalecencia más prolongados que pueden derivar en la muerte. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad, que a la larga favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez asociados con la desvinculación y con la falta de proyectos individuales.

A partir de un enfoque económico, se pueden mencionar los gastos que entraña la respuesta a una demanda de servicios especializados y de entrenamiento del personal para prevenir y atender las situaciones de maltrato. Si se incluyen las pérdidas patrimoniales de las personas mayores a causa del aprovechamiento y despojo de fondos o haberes, los costos son aún más altos.

Sin embargo, la arista menos visible de este flagelo tiene directa relación con el derecho a la vida. Una investigación realizada en New Haven (Estados Unidos) a lo largo de 13 años demostró que las tasas de mortalidad del grupo de personas mayores que habían sido víctimas de maltrato —con independencia de su tipo— eran ostensiblemente mayores que las de aquellas que habían estado libres de daño (Lachs y otros, 1998).

3. La experiencia en la prevención y erradicación del maltrato de las personas mayores en otras regiones del mundo

Entre los países desarrollados, los Estados Unidos han avanzado en esta materia a escala nacional y cuentan con un completo sistema de notificación y tratamiento. En Europa las iniciativas son bastante disímiles entre los países. Si bien se dispone de una amplia variedad de acciones, están concentradas principalmente en la prevención y el fomento de la denuncia (véase el recuadro V.1).

En el Canadá, el Gobierno de Quebec ha implementado una iniciativa muy novedosa que incorpora la perspectiva de derechos humanos. El plan de acción gubernamental contra el abuso de las personas mayores (*Governmental Action Plan to Counter Elder Abuse*) establece que todas las personas mayores tienen el derecho a que se respete su integridad física y psicológica; que el abuso de personas de edad es un acto de poder y dominación inaceptable y debe ser censurado y denunciado por la sociedad; que la eliminación del maltrato contra las personas mayores debe ser resultado de un trato igualitario, equitativo y respetuoso hacia ellas, y que todas las personas de edad en situación de abuso deberán tener acceso rápido a los mecanismos que les permitan retomar el control de sus vidas con la mayor prontitud posible.

Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor y la disminución de su autoestima, que favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez.

Recuadro V.1

Programas sobre prevención del maltrato en la vejez en Europa

Más allá de la insuficiente institucionalización jurídica de este tema o de su constitución como una línea estable y significativa de política pública, pueden mencionarse casos de buenas prácticas relacionadas con el maltrato a la vejez en numerosos países. Austria, por ejemplo, ha organizado talleres dirigidos a generar experiencias en el asesoramiento a las personas mayores en casos de violencia y ha creado puntos de contacto para prestar ayuda a las personas de edad que han sufrido malos tratos.

Otros países, como Bélgica y Francia, cuentan con una línea de atención para informar casos de abuso. Los puntos de apoyo local hacen visitas a domicilio y proponen soluciones para mejorar la situación de la persona mayor, además de ofrecer asesoramiento y capacitación gratuita. En Finlandia se adoptó un plan de acción para reducir la violencia contra la mujer en el período 2010-2015, en el que también se incorporaron medidas relativas a las personas mayores.

En Alemania se estableció un programa de protección a las personas mayores, que ayuda a poner en práctica métodos de prevención, como viviendas para las mujeres de edad que requieren protección frente a la violencia en el hogar y centros de asesoramiento para las víctimas de abusos, además de sensibilización y formación del personal que brinda cuidado domiciliario para actuar como instancia de prevención. Dado que el riesgo de morir por una causa no natural es mayor si la víctima es una persona de edad, un grupo interdisciplinario de expertos ha elaborado una guía para los profesionales médicos destinada a una mejor detección del homicidio de personas mayores.

En los Países Bajos se ha elaborado un protocolo para combatir el abuso de las personas mayores en la provincia holandesa de Noord-Holland. Este protocolo es utilizado por quienes tienen contacto ocasional con las personas mayores (por ejemplo, peluqueras) con el propósito de reconocer los signos de abuso, dentro de los límites de sus responsabilidades. El protocolo también establece los pasos a seguir cuando se sospecha de la existencia de abuso y las formas de contactarse con puntos de apoyo específicos en tales casos.

El plan nacional de acción sobre el envejecimiento de Turquía proporciona formación profesional a quienes trabajan con las personas mayores, con el fin de facilitar la detección de abuso y negligencia, y de establecer un mecanismo de presentación de informes.

Portugal ha desarrollado un programa para la seguridad de las personas mayores que es implementado por la Policía para garantizarles mayor seguridad, por ejemplo, por medio de la instalación de líneas telefónicas en los hogares conectadas directamente a las estaciones policiales.

El Reino Unido estipuló en su legislación que los empleadores y las organizaciones de voluntarios tengan acceso a la información sobre los antecedentes penales de quien proporciona atención a las personas mayores, para evitar posibles riesgos. El país también tiene una política de enjuiciamiento de los delitos contra las personas de edad que permite un mejor seguimiento de esos crímenes. Las víctimas de mayor edad reciben servicios especializados de apoyo —por ejemplo, por medio de la organización benéfica Victim Support— que van más allá del sistema de justicia penal.

Fuente: Comité Directivo sobre Derechos Humanos (CDDH), *Compendium of Good Practices* (CDDH-AGE(2013)04), Estrasburgo, 23 de mayo de 2013 [en línea] [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cddh/CDDH-DOCUMENTS/CDDH-AGE\(2013\)04_moz_good%20practices.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cddh/CDDH-DOCUMENTS/CDDH-AGE(2013)04_moz_good%20practices.pdf).

Otro programa interesante se encuentra en la región de Oceanía, específicamente en Nueva Zelanda. Se trata del programa de prevención del abuso y la negligencia hacia las personas mayores (*Elder Abuse and Neglect Prevention*), del Ministerio de Desarrollo Social, que trabaja en cuatro áreas principales: i) el fortalecimiento de la colaboración de todas las partes interesadas, para realizar la prestación de servicios de una manera efectiva y accesible; ii) la sensibilización cultural, con el fin de reconocer las necesidades de todas las personas, incluidos los maoríes y otras comunidades indígenas del Pacífico; iii) el enfoque de buenas prácticas, fijando normas mínimas para

la provisión de los servicios y tomando en cuenta el contexto local, la comunidad, el conocimiento y las capacidades relevantes para este propósito, y iv) la responsabilidad basada en los resultados, por medio de la cual se debe asegurar que los servicios prestados tengan el tipo y la cobertura necesarios para alcanzar los resultados esperados (Peri y otros, 2009).

No son muchos los países que han logrado la aprobación de una legislación amplia e integral sobre el maltrato de las personas mayores. Solo en algunas provincias atlánticas del Canadá, varios estados de los Estados Unidos e Israel existe una norma que establece la obligación de denunciar el maltrato. En los Estados Unidos, por ejemplo, 43 estados requieren que tanto los profesionales como cualquier persona que trabaje con las personas mayores notifiquen a un organismo designado por el Estado para tales efectos cuando tengan motivos para creer que se ha producido maltrato, descuido o explotación. Estas iniciativas están dirigidas a impedir que los malos tratos pasen inadvertidos aunque existan hechos que sugieran su existencia (OMS, 2003).

4. Programas para prevenir y erradicar el maltrato de las personas mayores en América Latina y el Caribe

Existen diversas modalidades de intervención en los países de América Latina y el Caribe para abordar el maltrato hacia las personas mayores.

En su mayoría, los programas de la región se enfocan en campañas preventivas de concientización y visibilidad de la problemática, y solo algunos se orientan hacia una protección más concreta. Una de las áreas más innovadoras son los servicios de orientación sociolegal frente a situaciones de maltrato, como los que existen en el Perú y el Uruguay.

Algunos países han avanzado en la creación de un marco legal sobre esta materia, especificando en la normativa a la persona mayor como sujeto de maltrato, cuestión que años atrás no se mencionaba. En el Ecuador, en virtud del artículo 153 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), vigente desde agosto de 2014, se sancionan los casos de abandono de las personas mayores. Estos delitos se castigan con prisión de 1 a 3 años y de 16 a 19 años, de acuerdo con los agravantes².

En Costa Rica, existe una Subcomisión para el Acceso a la Justicia de las Personas Adultas Mayores. Su programa consta de un sistema de alarmas de identificación ante las denuncias por vulneración de derechos de las personas mayores, en el que se registran principalmente casos de violencia doméstica. Junto con la identificación de los expedientes para dar prioridad a este grupo, se ofrece el servicio de una línea especial para denuncias telefónicas, lo que ha permitido un mejor registro y seguimiento de los casos denunciados. Acompañando esta innovación en el Poder Judicial, la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional (JUPEMA) de Costa Rica elaboró la "Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante un enfoque de derechos", que presenta el tema de la prevención del abuso, el maltrato y el abandono de personas mayores a niños y niñas del sistema escolar.

En el Perú, los servicios de orientación sociolegal han adquirido cada vez mayor relevancia. En el marco del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, se han creado los Centros Emergencia Mujer (CEM), que reciben denuncias de violencia,

² El artículo 153 del COIP establece: "La persona que abandone a personas adultas mayores [...], colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Las lesiones producto del abandono de persona, se sancionarán con las mismas penas previstas para el delito de lesiones, aumentadas en un tercio. Si se produce la muerte, la pena privativa de libertad será de dieciséis a diecinueve años".

incluidas las presentadas por personas mayores, y realizan actividades de concientización y detección del maltrato y el abuso. En este país, además, se aprobó el documento “Lineamientos de política para la promoción del buen trato a las personas adultas mayores”, que orienta acciones de buen trato hacia este grupo etario.

El Uruguay ofrece otra experiencia de servicios de orientación sociolegal. El Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) cuenta con el Servicio de Atención a la Violencia Intrafamiliar, que funciona en los departamentos de Montevideo, Canelones y San José. Este servicio atiende y da seguimiento a situaciones de abuso y maltrato hacia personas mayores para contribuir a la protección de sus derechos mediante la atención integral. Está a cargo de un equipo técnico interdisciplinario especializado en la temática, que brinda atención directa y proporciona asesoramiento psicológico, social y legal. La implementación de un servicio de estas características es un paso fundamental para enfrentar esta problemática, y sus resultados no se acotan a las situaciones concretas que atiende, sino que significan un avance en el conocimiento del tema, en su visibilización y en la concientización de toda la sociedad.

En la República Dominicana, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), como órgano rector en materia de políticas nacionales sobre vejez, ha avanzado en la creación de la Unidad Especializada en Violencia contra el Adulto Mayor, como medida de prevención y persecución ante el incremento de los casos de violencia, abuso y maltrato contra las personas mayores.

La existencia de estos órganos jurisdiccionales especializados permite a los profesionales brindar un enfoque específico en el tratamiento de los delitos derivados de la violencia contra las personas mayores. Asimismo, estas personas poseen acceso garantizado a la justicia, con asistencia jurídica gratuita brindada por los abogados de la Procuraduría General de la República. Se destaca además que la Fiscalía del Distrito Nacional suma sensibilidad al conocimiento y a la especificación y contención que se buscan en el tratamiento de este flagelo social, convirtiéndose en pionera en el tema de atención a esa población en el país.

En el caso de la Argentina, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se aprobó la Ley núm. 5420 (Ley de Prevención y Protección Integral contra Abuso y Maltrato a los Adultos Mayores), que tiene como objetivo brindar protección integral, desde una perspectiva interdisciplinaria, a las personas mayores que hayan sido víctimas de cualquier tipo de abuso o maltrato o se encuentren en extrema vulnerabilidad, de modo de garantizar su asistencia física, psicológica, económica y social. Sin embargo, en la práctica es muy poco frecuente que las personas de edad inicien un juicio en contra de alguien que les haya infligido malos tratos. Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina viene realizando la Campaña Nacional del Buen Trato hacia las Personas Mayores, una iniciativa que invita a revisar prejuicios y estereotipos socialmente instalados, sensibilizar acerca de las situaciones de abuso y maltrato que sufren las personas mayores y promover la construcción social de la cultura del buen trato.

El Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia posee un marco legal de protección de las personas mayores. En la sección VII (arts. 67 y 68) de la Constitución Política del país se establecen los derechos de las personas mayores y se especifica la prohibición de maltrato, abandono, violencia y discriminación. También existen Centros de Orientación Socio Legal para Adultos Mayores (COSLAM), que reciben, en promedio, diez denuncias diarias de maltrato dentro de la familia. No obstante lo anterior, todavía queda un largo camino para llegar a una cabal aplicación de las normas de protección en este país.

Otra iniciativa de campañas de sensibilización y prevención sostiene el Ecuador a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con el apoyo de redes de jóvenes voluntarios. Acciones similares se realizan en los centros para las personas

mayores, tanto los de atención directa como aquellos administrados bajo convenio. Estas acciones están encaminadas a adoptar medidas dentro de las familias y de las instituciones en contra del abuso y maltrato de este grupo poblacional.

En Trinidad y Tabago se ha implementado un servicio de ayuda a las personas mayores (*Older Persons Information Centre* (OPIC)) que atiende todo tipo de inquietudes de las personas de edad y brinda información sobre productos, servicios y recursos. El servicio forma parte de la División de Envejecimiento y responde a toda situación que afecte a las personas mayores. En la práctica, allí se reciben las denuncias de abuso y, en algunos casos, los funcionarios visitan las residencias de las personas mayores que han denunciado maltrato y abandono. El Gobierno también está preparando la aplicación de una nueva ley que regirá la concesión de licencias, la reglamentación y el control de los hogares para personas mayores. Esta ley introducirá el delito de abuso de una persona mayor por parte de los gerentes o empleados de residencias de cuidado de largo plazo.

En las Bermudas, se aprobó en 2008 una ley que establece la creación de un registro de individuos que hayan abusado de personas mayores y la notificación obligatoria de los casos en que haya sospecha de maltrato. Esta norma abarca los abusos cometidos por trabajadores encargados del cuidado, miembros de la familia o cualquier otra persona. Su objetivo es similar al de los registros de delincuentes sexuales de niños que existen en algunos países, a saber, prohibir que las personas en él ingresadas sean empleadas como trabajadores de cuidado o dirijan residencias de cuidado de largo plazo. La ley también obliga a los profesionales (de la salud, los servicios sociales y la Policía) que trabajan con personas mayores a denunciar los casos sospechosos de abuso. Cuando recibe informes de sospecha de abuso, la oficina del registro tiene la responsabilidad de investigar las circunstancias del caso y puede remitir el asunto a la Policía, solicitar la protección de la persona de edad avanzada en virtud de la ley sobre violencia doméstica o proporcionar atención o alojamiento para garantizar el bienestar y la seguridad de la víctima.

En Chile, desde la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002, el maltrato a las personas mayores se ha convertido en una preocupación permanente. En 2012 se creó el Programa contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, de alcance nacional, que es llevado a cabo por profesionales especializados en las 15 regiones del país. Está dividido en dos componentes: la prevención y visibilización, y la asesoría de casos de maltrato. Entre los resultados del programa, cabe destacar el establecimiento de una Mesa de Prevención y Atención al Maltrato en cada región, que conforman una red específica de protección y prevención con planes regionales desarrollados conjuntamente. Además, dentro del SENAMA, se lleva a cabo un programa de acciones para promover el buen trato, mediante instancias de difusión de los derechos y prevención del maltrato, desde un punto de vista intersectorial, integral y psicosociojurídico. En el marco del programa, también se atienden, gestionan y coordinan los casos y consultas de maltrato que afecten a las personas mayores, especialmente los vinculados a la violencia intrafamiliar, y se ofrecen los servicios de un abogado en cada capital regional para brindar atención y orientación legal, gracias a un convenio con la Corporación de Asistencia Judicial.

En su mayoría, los programas de la región para prevenir y erradicar el maltrato se enfocan en campañas preventivas de concientización y visibilización de la problemática, y solo algunos se orientan hacia una protección más concreta. En ese sentido, una de las áreas más innovadoras son los servicios de orientación sociolegal frente a situaciones de maltrato.

B. El cuidado de largo plazo de las personas mayores y las obligaciones del Estado

1. Definición del cuidado de las personas mayores en los instrumentos regionales

a) El cuidado como un asunto de interdependencia

El cuidado expresa la relación de interdependencia del ser humano con respecto a la sociedad en la que vive, si bien en principio estuvo muy ligado a la noción de independencia o autonomía personal (en contraposición a la dependencia), que con el correr del tiempo fue entendida como autosuficiencia.

Determinar la independencia y la dependencia de una persona es un dilema muy difícil de resolver, y no solo en el caso de las personas mayores. La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano³. Las personas pueden necesitar cuidados intensivos o de largo plazo debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o las tareas cotidianas.

El problema se agudiza para las personas mayores con una autonomía fragilizada, porque el estándar de normalidad se basa en mantener la autosuficiencia para comer, bañarse o moverse, pero el entorno no siempre lo facilita. En algunos casos, para acercarse al patrón deseado necesitan de ayuda técnica, pero muchas de ellas no podrán obtenerla. Es ahí, en esa intersección —y no en los extremos— donde tiene que ubicarse el cuidado, como un puente entre la autonomía real y la potencial. Si la segunda no es igual a la primera, entonces se produce la injusticia (Etxeberría, 2014).

El cuidado de las personas mayores puede definirse considerando algunos principios básicos de los derechos humanos. Para entender el profundo significado de lo que se intenta asegurar con el cuidado es de suma importancia no confundirlo con el concepto de nivel de vida adecuado.

En la base de la observación anterior hay una distinción de orden ético. Los servicios de cuidado deben hacerse cargo de los problemas que surgen con el envejecimiento de cada persona. Es indiscutible que en la vejez se presentan situaciones reales de pérdida de algunas capacidades, pero nunca, ni siquiera en los casos de mayor deterioro, deben ir acompañadas de la transgresión de la grandeza moral de la dignidad como ser humano (Etxeberría, 2014).

La persona mayor tiene que vivir sus pérdidas en un marco de seguridad, donde se fortalezca su autonomía potencial por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se pueden recuperar. Llama la atención que la definición técnica de la dependencia que se hizo en los países desarrollados, sobre todo en España, haya terminado reduciendo el alcance del concepto de cuidado en la región, e incluso menguado la reciprocidad a una mera relación contractual.

La persona mayor tiene que vivir sus pérdidas en un marco de seguridad, donde fortalezca su autonomía potencial por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se pueden recuperar.

³ Tradicionalmente, esas actividades de la vida diaria se clasifican como básicas —comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— e instrumentales —prepararse la comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de la distancia que puede recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o Internet. Una persona es dependiente si tiene limitaciones tanto para realizar las actividades básicas como las instrumentales. Aunque el número de limitaciones para definir a una persona como dependiente varía entre los países, existe consenso en que se trata de un criterio adecuado que tiene como característica la imposibilidad de vivir de manera independiente y la necesidad de la ayuda de otro para llevar a cabo ciertas tareas.

b) Alcances y limitaciones de los instrumentos regionales

En los últimos cinco años, distintos países y organismos internacionales han llamado la atención sobre el cuidado de largo plazo de las personas mayores y quienes se lo brindan. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa y el Protocolo de la Carta Africana también instaron a tomar acción sobre este asunto.

La Convención Interamericana establece el derecho al cuidado en su artículo 12 y lo define como el “derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía”.

El derecho es amplio y engloba contenidos del derecho a un nivel de vida adecuado. No obstante ello, tiene una restricción que hay que superar, puesto que sería privativo para la persona mayor que recibe cuidados en residencias, quedando excluida la modalidad de atención en domicilio. Según la Convención, la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo es “aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio”.

De acuerdo con las Naciones Unidas (2010), el cuidado de largo plazo adopta dos modalidades: una residencial —que es la que se protege en el artículo 12 de la Convención Interamericana— y otra domiciliaria⁴. Cabe señalar que la recomendación del Consejo de Europa también considera de manera particular a las personas mayores que reciben cuidado bajo la modalidad residencial. No hay duda de que ello es importante, pero el grupo que recibe cuidados en el domicilio también requiere de una protección igualmente enérgica, como la que se intenta facilitar mediante el Protocolo de la Carta Africana.

Otra disposición restrictiva se encuentra en la recomendación del Consejo de Europa, cuando establece que se debe proteger el derecho a la libertad de movimiento de las personas que reciben atención residencial, pero que se puede restringir en el caso de que la restricción sea legal, necesaria, proporcionada y conforme con el derecho internacional.

Este tipo de disposiciones han desatado un extenso debate, ya que pueden dar origen a prácticas contrarias a la dignidad de las personas mayores, sobre todo considerando que el enfoque de la tutela sigue siendo el más utilizado en su caso. De igual manera, puede propiciar excesos jurídicos que son inadmisibles porque reflejan únicamente conflictos de intereses privados, los que no siempre son fáciles de identificar. Por ejemplo, se puede solicitar la determinación de una incapacidad frente a una demencia senil leve, la falta de movilidad, la sordera o una minusvalía administrativa, a pesar de que, según la jurisprudencia existente, estas limitaciones no siempre determinan la incapacidad (SEPIN, 2015).

A pesar de las reservas que surgen con respecto a las disposiciones anteriores, se debe reconocer que ellas no son más que una sinopsis del estado actual de la discusión. Sin duda, en este tema todavía queda mucho por hacer.

⁴ La atención residencial es el alojamiento y el cuidado de una persona en una institución de atención especializada. Las personas mayores que residen en esas instituciones están, a menudo, bajo la autoridad del cuidador, cuya función es ayudarlas en sus actividades diarias, incluidas la administración de medicamentos y la prestación de servicios de salud. La atención domiciliaria se refiere generalmente a los servicios médicos prestados por profesionales en casa del paciente, en contraposición a los cuidados prestados en instituciones especializadas.

2. Ámbitos de intervención en el cuidado de las personas mayores

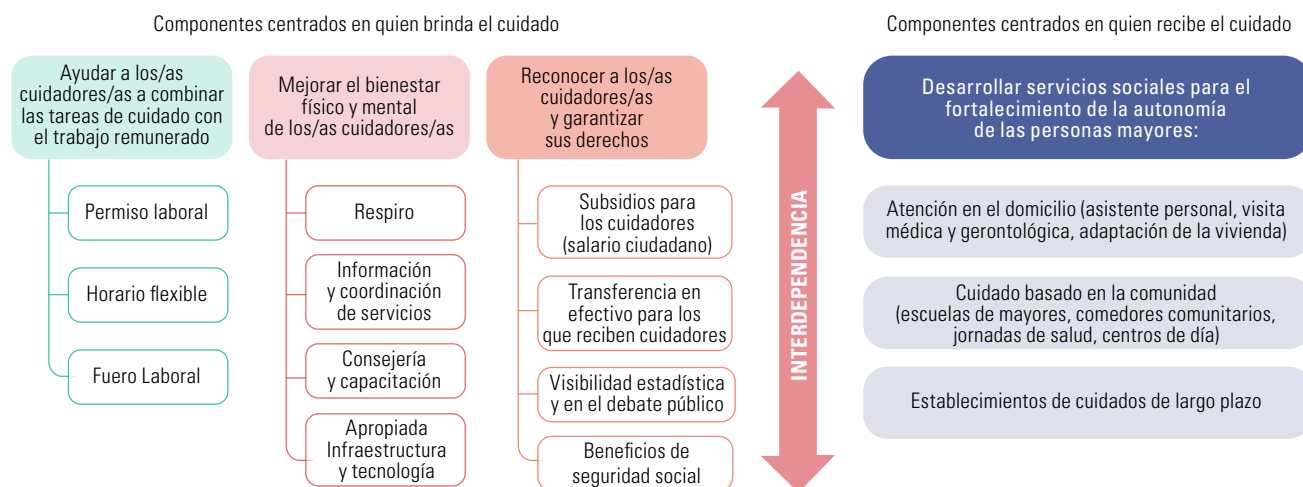
Los ámbitos de trabajo en esta materia son variados, pero se pueden identificar algunos más importantes a partir de la experiencia de los países desarrollados:

- Ayudar a quienes brindan cuidados a combinar esas tareas con el trabajo remunerado, otorgándoles facilidades como permisos laborales, horario flexible y fuero laboral.
- Mejorar el bienestar físico y mental de quienes brindan cuidado, mediante acciones destinadas a favorecer el respiro del cuidador o cuidadora, la información y coordinación de servicios, el asesoramiento y capacitación y la disponibilidad de infraestructura y tecnología adecuadas.
- Reconocer a quienes brindan cuidado y garantizar sus derechos favoreciéndolos con un salario ciudadano y proporcionándoles acceso a los beneficios de la seguridad social y la salud, u otorgar una transferencia en efectivo a quienes reciben cuidado. Además es muy importante instalar el cuidado en el debate público, para darle el valor y el reconocimiento que merece (Colombo y otros, 2011).
- Desarrollar servicios sociales para las personas con autonomía fragilizada. Se trata de acciones de carácter progresivo y en ningún caso excluyentes, que van desde el cuidado de largo plazo en el domicilio hasta la atención en residencias. Incluyen también los cuidados paliativos (véase el capítulo IV).

Sobre esta base, es posible construir una matriz de trabajo para abordar el tema del cuidado, de la que se desprenden las acciones en cada uno de los componentes recién identificados (véase el diagrama V.1).

Diagrama V.1

Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores



Fuente: S. Huenchuan, “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado”, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R.I. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2014.

a) Elementos para un estándar del servicio de cuidado de largo plazo

En relación con los servicios de cuidado, la recomendación del Consejo de Europa aporta algunos elementos que deben estar garantizados para las personas mayores en materia de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1

Elementos esenciales de los cuidados de largo plazo según lo establecido en documentos internacionales

Elemento	Definición	Contenido del cuidado de largo plazo
Disponibilidad	Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente; disponibilidad de medicamentos esenciales, agua limpia potable e instalaciones adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios deberían estar disponibles dentro de la comunidad para permitir que las personas mayores permanezcan el mayor tiempo posible en sus propios hogares.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos ^a .	<ul style="list-style-type: none"> Los Estados deberían adoptar medidas apropiadas, incluidas medidas preventivas, para promover, mantener y mejorar la salud y el bienestar de las personas de edad. También deberían asegurarse de que la atención sanitaria adecuada y la atención de calidad a largo plazo estén disponibles y sean accesibles.
Aceptabilidad	Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética y los valores culturales de la población respectiva, ser sensibles al género y al ciclo de vida, y estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Los proveedores de atención médica deben tratar confidencial y cuidadosamente todos los datos personales de las personas mayores, de conformidad con su derecho a la privacidad.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, ser de buena calidad y contar con personal formado profesionalmente de calidad probada y equipamiento médico adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> Los cuidadores deben recibir la formación y el apoyo necesarios para garantizar adecuadamente la calidad de los servicios prestados. Cuando las personas mayores son atendidas en el hogar por cuidadores informales, estos también deben recibir la formación y el apoyo requeridos para garantizar que puedan prestar la atención necesaria.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*(E/C.12/2000/4, CESCR), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000; Comité Directivo sobre Derechos Humanos (CDDH), "Draft explanatory report to the recommendation on the promotion of the human rights of older persons", Cuarta Reunión, Consejo de Europa, 23 a 25 de septiembre de 2013.

^a Se distinguen tres tipos de accesibilidad: i) accesibilidad física y segura para todos, incluidas las personas y grupos desfavorecidos; ii) accesibilidad económica para todos, particularmente para las personas y los grupos desfavorecidos; iii) derecho de solicitar y obtener información relativa a la salud y a transmitirla observando la confidencialidad (Naciones Unidas, 2000).

b) Deberes de los cuidadores de personas mayores y alternativas de respiro

Con respecto a las disposiciones específicas para quienes cuidan a las personas mayores de manera no profesional, la Convención Interamericana instituye los servicios de apoyo para las familias y cuidadores informales, al igual que la recomendación del Consejo de Europa. El Protocolo de la Carta Africana hace un aporte importante en tal sentido, al distinguir de manera singular a los que prestan cuidado en las siguientes disposiciones:

- Adoptar políticas y leyes que proporcionen incentivos a los familiares que brindan atención domiciliaria a las personas mayores.
- Identificar, promover y fortalecer los sistemas tradicionales de apoyo para mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para cuidar a las personas mayores.
- Adoptar medidas para asegurar que las personas mayores indigentes que cuidan a huérfanos y a niños vulnerables reciban apoyo financiero, material y de otra índole.
- Asegurar que, cuando los niños queden al cuidado de las personas mayores, cualquier beneficio social o de otra índole destinado a ellos sea remitido a las personas mayores.

El aporte de estos tres instrumentos regionales con relación al cuidado de largo plazo es que lo eleva a un derecho que puede ser exigido, lo que representa un paso adelante que supera los contenidos de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, si bien aún existen limitaciones. Igualmente, aunque aquí se han destacado las coincidencias entre los tres instrumentos, se debe mencionar que también tienen notables asimetrías con respecto a sus contenidos y la fuerza de la protección que brindan.

Lo anterior es preocupante porque, en la práctica, las alternativas dirigidas a facilitar el trabajo de los cuidadores informales son aún muy deficientes. Es el caso de los programas de respiro familiar, por ejemplo, que tienen carácter temporal y específico para abordar situaciones generadas dentro de las familias para que los cuidadores puedan dar respuesta a las necesidades puntuales de los usuarios (UNIR, 2016).

En los Estados Unidos, desde hace varias décadas se recurre a los centros diurnos y al cuidado temporal en centros residenciales para ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores informales. Los centros que ofrecen cuidado de respiro uno o más días a la semana o durante varias semanas permiten que los familiares que actúan como cuidadores puedan tomarse un descanso y dejar a la persona con demencia en un entorno seguro y supervisado. Esto ayuda a alcanzar el propósito último de respaldar el envejecimiento en la comunidad donde las personas con demencia han vivido, garantizando que reciban asistencia y reduciendo la probabilidad de que los cuidadores familiares sufran problemas de salud.

En el Reino Unido, los programas de respiro están diseñados para reemplazar al cuidador, con la finalidad de proteger su propia salud y bienestar, y tomar un descanso de las tareas de cuidado; por ejemplo, se puede asignar un reemplazo regular en las horas de la noche. En ciertas situaciones, la autoridad local puede proporcionar un cuidado temporal después de la evaluación del cuidador o después de que la persona a la que se cuida haya sido evaluada. Además, existe un directorio de servicios de cuidado locales donde se puede buscar un relevo (NHS, 2016).

En Irlanda, el Departamento de Protección Social entrega un subsidio de apoyo al cuidador en la forma de un pago anual. Anteriormente, el nombre del subsidio hacía alusión al respiro del cuidador, pero en 2016 se modificó para reflejar mejor los distintos usos que los cuidadores pueden darle a esta prestación; por ejemplo, pueden destinarla al pago del cuidado de relevo si así lo desean, pero no tienen la obligación de hacerlo (Departamento de Protección Social de Irlanda, 2017).

En algunos países del Caribe, los centros de atención diurna para personas mayores permiten que los cuidadores familiares trabajen o al menos tomen un descanso de sus obligaciones como cuidadores. Estos centros también mantienen a las personas mayores social y físicamente activas, proporcionan una comida nutritiva y a veces ofrecen otros servicios como chequeos de salud. Prestan un apoyo inestimable a los cuidadores, que en muchos casos son también personas mayores.

Las iniciativas mencionadas y otras que se llevan a cabo en Cuba, España y el Uruguay son algunas de las pocas que se identifican en la actualidad. Sin embargo, hay una disyuntiva no resuelta en este ámbito: en ocasiones no se tiene en cuenta que la persona mayor que recibe cuidado de largo plazo genera un vínculo con su cuidador que también debe ser respetado. La alternativa de ingreso a una residencia por un período de tiempo para dar respiro al cuidador es una situación estresante para la persona mayor y requiere de una minuciosa evaluación previa, sobre todo en determinadas épocas del año. Se ha demostrado que el número de personas mayores que permanecen solas se triplica durante el verano, lo que en España supone más de tres millones de ancianos abandonados porque la familia los considera un estorbo para sus vacaciones (Arias, 2002).

El aporte de estos tres instrumentos regionales con relación al cuidado de largo plazo es que lo eleva a un derecho que puede ser exigido, lo que representa un paso adelante que supera los contenidos de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad. Sin embargo, tienen notables asimetrías con respecto a sus contenidos y la fuerza de la protección que brindan.

El ingreso a una residencia, sea temporal o permanente, cuando no es por razones relacionadas con la intensidad de los cuidados, es una situación estresante que se expresa en un aumento de los trastornos, agudización del deterioro, disminución de la autoestima, dificultad de adaptación, incremento de la sintomatología depresiva, disminución de la frecuencia de contacto social y actividad general, e incluso cambios en la percepción temporal (Arrazola, 1999). Si bien no todas las personas mayores que ingresan a una residencia experimentan estas reacciones negativas, pues algunas muestran una mejoría de su estado y en sus relaciones familiares y hasta una sensación de alivio, es indispensable evaluar las opciones de respiro de los cuidadores para que no afecten a las dos partes involucradas.

3. La experiencia de cuidados de largo plazo de las personas mayores en otras regiones del mundo

Los cuidados de largo plazo han sido definidos por distintos organismos internacionales, intergubernamentales y nacionales, pero solo algunos de ellos incluyen la asistencia médica dentro de dicha definición.

En los Estados Unidos, los cuidados de largo plazo se refieren a la atención médica y no médica que reciben las personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) coincide en definirlos como ambos tipos de ayudas, dentro de las que incluye la prevención, la rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos. LA OCDE agrega, además, que este tipo de cuidado puede ser combinado con la asistencia doméstica y para el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados intensivos y de las intervenciones sanitarias tradicionales en que no tienen la finalidad de curar o sanar una enfermedad, sino que se centran en los siguientes objetivos:

- favorecer la mayor calidad de vida posible;
- minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental;
- favorecer que la persona mayor alcance y mantenga el mejor nivel de funcionalidad posible;
- permitir vivir de la forma más independiente posible;
- ayudar a las personas mayores a completar las tareas esenciales de la vida diaria, y
- mantener los limitados niveles de funcionalidad, salud y bienestar mental y social al máximo posible (Carretero Garcés y Ródenas, 2006).

Las alternativas que se discuten a nivel internacional para el desarrollo de servicios de cuidado de largo plazo incluyen varios de estos objetivos.

A continuación se expone un análisis de algunos aspectos que permiten comprender el contenido y alcance de los servicios de cuidado de largo plazo que existen en la actualidad.

a) Los costos de los cuidados de largo plazo

En los países de la OCDE, el gasto de la atención a la dependencia entre los 60 y los 65 años es prácticamente nulo, pero a partir de esa edad el gasto aumenta de manera brusca y constante (Wittenberg y otros, 2006). Se estima que en los Estados Unidos el 70% de la población que alcanza los 65 años de edad necesitará cuidados de largo plazo en algún momento de su vida por un promedio de tres años (Eisenberg, 2014a y 2014b).

En el caso de América Latina y el Caribe, si se toma como referencia este patrón, la cifra de aquellos que necesitarían cuidados de largo plazo alcanzaría los más de 33 millones de personas que en junio de 2015 habían cumplido los 65 años.

El gasto de los cuidados de largo plazo, sin embargo, no solo tiene que ver con la edad. Según la OCDE, el gasto aumentará desde un 1,1% en 2005 hasta un 2,3% del producto interno bruto (PIB) en 2050 por efecto del envejecimiento demográfico, hasta un 2,8% por la expansión de la dependencia (a razón de un incremento anual del 0,5%) y hasta un 3,9% por la disminución de los cuidadores informales (OCDE, 2006).

Pese a la evidente necesidad de invertir en los cuidados de largo plazo, el gasto medio no supera el 1% del PIB mundial. En África la mayoría de los países gastan el 0% de su PIB; solo Sudáfrica dedica un gasto público del 0,2% del PIB a estos servicios. En América el gasto varía entre el 1,2% del PIB en los Estados Unidos, el 0,6% en el Canadá y el 0% en los países de América Latina. En Asia y el Pacífico el mayor porcentaje del PIB para cuidados a largo plazo corresponde a Nueva Zelanda (1,3%) y el menor a Australia (0%), mientras que países como China, la India e Indonesia gastan alrededor del 0,1% de su PIB. En Europa, entre 2006 y 2010 el mayor gasto público en cuidados a largo plazo fue alcanzado por Dinamarca, con un 2% del PIB; el más bajo fue el de Eslovaquia (0%) (OIT, 2014).

A pesar de las crecientes necesidades de la población, en los países desarrollados la inversión en los cuidados de largo plazo ha disminuido en los últimos años. En el Reino Unido el presupuesto de asistencia social se ha reducido 1.950 millones de libras esterlinas debido a los recortes del Gobierno central en el último decenio, sobre todo en los cinco años más recientes. Las coberturas también han menguado: entre 2005 y 2006, el 15,3% de las personas de 65 años o más recibió apoyo con asistencia social, frente al 9,2% entre 2013 y 2014 (Mortimer y Green, 2015). Las asignaciones presupuestarias del Gobierno para el año fiscal 2015/16 sugieren que los presupuestos de asistencia social se contraerán 472 millones de libras.

En Irlanda la reducción del presupuesto ha debilitado las políticas que promovían la independencia de las personas mayores mediante el apoyo de la comunidad. El presupuesto de los servicios de asistencia a domicilio (*Home Help Service*) retrocedió de 211 millones de euros en 2008 a 185 millones en 2015 a pesar de un aumento del 25% de la población de 65 años o más y un incremento cercano al 30% de la población de 85 años o más. En los últimos siete años se ha producido una disminución de casi un 2% del número de personas que reciben ayuda: de 64.353 personas que recibieron servicios de asistencia a domicilio o paquetes de cuidados domiciliarios en 2008 a 63.245 personas en 2015 (Donnelly y otros, 2016).

Debido a que la disponibilidad y el acceso a los servicios públicos de cuidado de largo plazo suelen ser restringidos y su costo es elevado para los usuarios, los planes y sistemas vigentes se caracterizan por apoyarse fuertemente en un sistema de copago. El desembolso económico en cuidados de largo plazo que deben realizar las personas que los necesitan tiene un impacto significativo sobre sus ingresos: los más afectados son los pobres, las mujeres y las personas de edad muy avanzada.

Se estima que en el Reino Unido los costos del cuidado de largo plazo para las personas de 65 años y más exceden un promedio de 30.000 libras esterlinas (aproximadamente 37.648 dólares) anuales por persona (Comas-Herrera, Wittenberg y Pickard, 2010). En los Estados Unidos, se calcula que el costo de los cuidados de largo plazo en residencias es de un promedio de 87.600 dólares anuales en el caso de una habitación privada y 77.380 dólares en habitación compartida. La atención domiciliaria alcanza los 45.188 dólares anuales si se trata de cuidados llevados a cabo por un auxiliar de salud y 43.472 dólares anuales si se trata de asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Eisenberg, 2014a). Estas cantidades representan más del triple del ingreso medio disponible de la población de 65 años y más (Gleckman, 2010).

En Sudáfrica, el gasto por cuenta propia de los cuidados domiciliarios a largo plazo corresponde al 100% del total del costo, pues no existen residencias públicas que ofrezcan cuidados a largo plazo. En Tailandia, se estima que el desembolso es de entre el 80% y el 100% del total del gasto en cuidados a largo plazo. En la Argentina oscila entre el 60 y el 80% (Scheil-Adlung, 2015).

De no existir cobertura de servicios de cuidado, como es el caso en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el empobrecimiento de la persona mayor es un riesgo inminente. La dependencia de cuidadores informales y de la familia no siempre basta, y en muchos casos ni siquiera forma parte del abanico de alternativas a las que puede recurrir una persona de edad.

b) Protección frente a la necesidad de cuidado de largo plazo en la vejez

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que el 48% de la población mundial no se encuentra protegida por una ley nacional que aborde los cuidados a largo plazo. Por otro lado, las normas suelen diferir bastante entre los países que sí garantizan dicha protección.

En la India, Singapur y China la legislación impone a los adultos jóvenes la obligación de asumir el cuidado de sus padres, so pena de cárcel o multas. En China la Constitución y la Ley de Protección de los Derechos e Intereses de las Personas Mayores de 1996 (enmendada en 2012) ponen de relieve la responsabilidad expresa por parte de los familiares de cuidar a las personas mayores (Wong y Leung, 2012).

Otros países son menos rigurosos en cuanto a esta obligación e implementan modalidades distintas de protección. En Sudáfrica el envejecimiento ocurre en un contexto complejo, en el que las personas de edad tienden a vivir en hogares pobres, y es posible identificar varias generaciones sin ingresos propios; muchas personas mayores están a cargo de huérfanos, y es común encontrar hogares sin la generación intermedia. En 2006 se dictó la Ley núm. 13, que protege a las personas de edad mediante varias disposiciones relacionadas con su cuidado que distinguen entre el que es proporcionado por la comunidad y el brindado en las residencias. El Departamento de Desarrollo Social del Gobierno es el encargado de regular los programas aplicados. Desde 2004 existe, en el ámbito de la seguridad social, una subvención específica para personas que ya son beneficiarias de un subsidio por vejez, discapacidad o por ser veteranos de guerra y que no pueden cuidar de sí mismas. El subsidio está destinado a pagar a una persona que brinde cuidados a tiempo completo (Sudáfrica, Gobierno de, 2016), y asciende a 26 dólares mensuales. En noviembre de 2016 el número de beneficiarios alcanzó las 157.565 personas (SASSA, 2016).

En el otro extremo se encuentra el Japón, que desde 2001 cuenta con un sistema de seguro de cuidados de largo plazo. Este sistema fue introducido con la finalidad de que la sociedad en su conjunto apoyara a las personas con necesidades de cuidado y que los servicios de cuidado de largo plazo se separaran de los servicios de salud, ya que anteriormente estos tomaban la forma de hospitalización social en un establecimiento de atención sanitaria de tercer nivel. En el esquema del seguro, los municipios actúan como aseguradoras con el apoyo del Gobierno central, y los asegurados se dividen en dos categorías: por un lado, personas de 65 años y más y, por el otro, personas de entre 40 y 64 años que cuentan con un seguro de salud. En el caso de las primeras, los beneficiarios pueden ser de dos tipos: los que requieren cuidados de largo plazo y los que necesitan un apoyo específico para mantener su autonomía. En el cuadro V.2 se identifican los beneficios del sistema para cada uno de estos tipos.

Cuadro V.2

Japón: beneficios del seguro de cuidados de largo plazo para las personas de 65 años y más

	Servicios domiciliarios	Servicios en instituciones
Personas que requieren cuidados de largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de visitas domiciliarias o diurnos: cuidados de largo plazo, baños y rehabilitación a domicilio, rehabilitación en centros de día, atención de enfermería a domicilio, servicios diurnos, arrendamiento de dispositivos de salud • Servicios y atención de corta estadía • Asesoramiento sobre la gestión del cuidado médico domiciliario • Servicios de cuidado con asistencia mutua para las personas mayores con demencia • Servicios de cuidado prestados en residencias privadas con fines de lucro. • Subsidio para la compra de dispositivos de salud • Subsidio para la remodelación de la vivienda (pasamanos, eliminación de desniveles y otros) 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de bienestar de largo plazo para las personas mayores (residencias especiales para las personas de edad) • Establecimientos sanitarios de cuidados de largo plazo para las personas mayores • Centros médicos de cuidados de largo plazo para las personas mayores <ul style="list-style-type: none"> – Secciones tipo sanatorio – Secciones tipo sanatorio para los pacientes con demencia – Hospitales con servicios optimizados de cuidados de largo plazo (durante los primeros tres años a partir de la implementación)
Personas que necesitan asistencia	Los mismos que para las personas que requieren cuidados de largo plazo (excepto servicios de cuidado con asistencia mutua para las personas con demencia)	No se aplica

Fuente: Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón, "Long-term Care Insurance in Japan", julio de 2002 [en línea] <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/>.

El financiamiento del seguro proviene en un 50% de recursos recaudados por medio de impuestos (un 25%, del Gobierno central; un 12,5%, de las municipalidades, y un 12,5%, de los gobiernos provinciales). La otra mitad corresponde a las dos categorías de asegurados: un 17% lo aporta la primera categoría (asegurados de 65 años o más), a través de una deducción de su pensión o mediante un pago directo, y el 33% restante es deducido del seguro médico de los asegurados de la segunda categoría (de entre 40 y 64 años). El seguro financia el 90% del costo total de las prestaciones y servicios y los beneficiarios pagan el otro 10%. En 2015, el 16 % de los mayores de 65 años (5 millones de personas) recibieron servicios de cuidados de largo plazo. En solo un decenio, el número de personas mayores que reciben atención institucional ha aumentado un 83%, y se ha producido un incremento del 203% de las personas que reciben servicios de cuidados de largo plazo en su hogar o comunidad (Kamiya y otros, 2011).

Alemania, los Países Bajos y la provincia china de Taiwán poseen planes de seguridad social para cubrir los costos derivados de los cuidados de largo plazo. La complejidad de las necesidades y de los planes que se ofrecen exige a las personas mayores estar muy versadas en el tema de los beneficios y prestaciones de cuidados de largo plazo para poder solicitarlas. Estas prestaciones pueden ser en metálico (entre las que se incluye el apoyo financiero a los miembros de la familia que prestan cuidados) o en especie, como la institucionalización o los cuidados domiciliarios. Los criterios de selección varían ampliamente, y con frecuencia se evalúan la edad, las necesidades y los recursos (Scheil-Adlung, 2015).

En Alemania, desde que se introdujo el seguro de dependencia social, todos los ciudadanos están obligados a disponer de un seguro para tener acceso a asistencia en el marco de un sistema de seguro de salud estatal o privado. El seguro de asistencia cubre el riesgo de dependencia social sin restricciones de edad para la persona asegurada. Los costos crecientes de los cuidados son cubiertos directamente por las cotizaciones del seguro. Se puede solicitar una prestación social cuando los servicios prestados por el seguro de dependencia resultan insuficientes y la persona afectada o sus familiares no disponen de recursos para financiar los cuidados adicionales. Entre los servicios y prestaciones previstos por el seguro alemán de dependencia prima la compensación económica en el entorno familiar (el 47,4% de las prestaciones), seguida de la prestación

de servicios en centros residenciales (28,0%), las prestaciones económicas vinculadas a la contratación del servicio (8,8%) y la combinación de ambas compensaciones económicas (10,1%). Otras opciones, como la atención a los cuidadores, los centros de día y los centros de noche apenas se reflejan en las estadísticas (Alemania, Gobierno de, 2008).

4. El incremento de la necesidad de cuidadores y su impacto en la sociedad

En muchos lugares del mundo las políticas de cuidado de largo plazo se sustentan sobre la base de que las redes informales (la familia y la comunidad) pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores —en muchos casos, mujeres— ni al impacto que esto puede tener en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos de las familias cuidadoras y en la salud y el futuro empleo de los cuidadores.

Se estima que en los Estados Unidos unos 15 millones de personas cuidan de un miembro de su familia que sufre la enfermedad de Alzheimer, y el 38% de ellos dedican más de 30 horas semanales a dicha atención (Eisenberg, 2014b). En el Canadá, el 9,6% de la población presta ayuda a individuos afectados por alguna enfermedad crónica o discapacidad. Un estudio promovido por el Gobierno del Canadá en el año 2002 halló que el 4% de los adultos proporcionaba cuidados a un miembro de la familia que padecía una discapacidad mental o física o una enfermedad crónica o debilitante (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

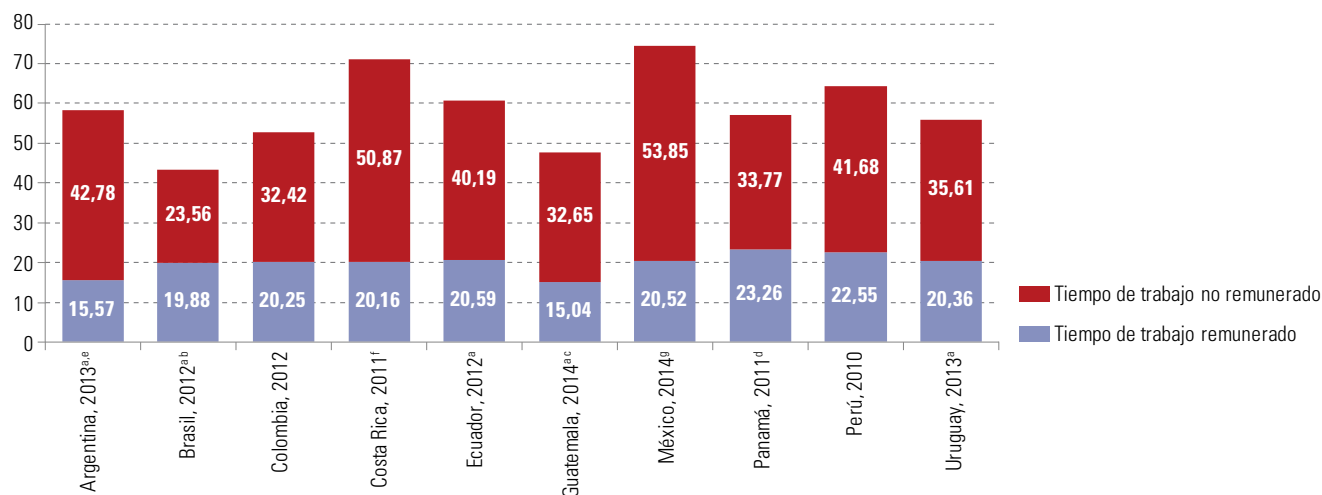
En el Reino Unido, el número de los que cuidan a personas mayores de manera informal ha fluctuado ligeramente en los últimos años, pero en 2014 brindaba estos cuidados alrededor de una de cada seis personas, un tercio de ellas durante más de 20 horas a la semana. En Irlanda se calcula que el 89,5% de la atención a las personas mayores que viven en su comunidad es proporcionada por cuidadores familiares (Care Alliance Ireland, 2015). Esta atención incluye la ayuda para el cuidado personal y las tareas domésticas y asciende a un promedio de 30 horas semanales (Kamiya y otros, 2012).

En América Latina y el Caribe esta cifra es mucho mayor. Las encuestas de uso del tiempo de algunos países de la región permiten afirmar que la dedicación de las mujeres a tareas de trabajo no remunerado (entre las que se incluye el cuidado de personas dependientes) es elevada. En México se destinan más de 53 horas semanales a este tipo de actividades; en Costa Rica, 50,8 horas semanales, y en la Argentina y el Perú, alrededor de 40 horas semanales (véase el gráfico V.1). En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) indica que 1 de cada 4 personas de 60 años o más presenta algún grado de dependencia. En el 86% de los casos el cuidado de la persona mayor es asumido por una mujer, que suele ser su esposa, hija o nuera, y supone más de 12 horas diarias.

Gráfico V.1

América Latina (10 países): tiempo medio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población femenina de 15 años o más, último periodo disponible

(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.

^a Dentro del trabajo remunerado se excluye el tiempo dedicado a la búsqueda de empleo, ya que no fue considerado en la encuesta.

^b En el trabajo no remunerado se consideran únicamente las actividades domésticas no remuneradas.

^c Dentro del trabajo no remunerado se excluye el apoyo a otros hogares.

^d Encuesta realizada solo en zonas urbanas.

^e El módulo de uso del tiempo solo considera a la población de 18 años o más.

^f Encuesta realizada solo en la gran área metropolitana.

^g La desagregación de actividades de trabajo no remunerado del cuestionario de 2009 sobrestimaba las horas, a diferencia del cuestionario de 2014, en el que se agregan dichas actividades.

Un gran número de cuidadores no remunerados son personas mayores, que a menudo se ocupan de sus parejas, familiares o amigos. En el Reino Unido, el 20,5% de las personas mayores proporcionaron atención no remunerada en 2014, frente al 18,2% en 2011. Además, las personas mayores suelen cuidar durante más horas que la población de cuidadores no remunerados en su conjunto: el 38,8% de los cuidadores mayores dedican 20 o más horas a la semana al cuidado, y más del 25,3% de ellos le dedican más de 50 horas a la semana (AGE UK, 2016). En Ciudad de México, las personas mayores desempeñan un papel prominente en el cuidado de sus coetáneos, con independencia del riesgo de muerte de la persona a quien cuidan; ahora bien, su participación es más elevada en el caso del cuidado de personas que presentan una probabilidad elevada de morir en el plazo de un año: el 77% de los cuidadores de edad avanzada presta ayuda a este grupo de riesgo (Huenchuan y Rodríguez, 2015).

En Cuba, los cuidadores de centenarios son frecuentemente personas de 60 años y más (64,2%) (Selman-Houssein y otros, 2012). La mayoría de los cuidadores de estas personas son sus hijos (un 66,5% del total), seguidos de sus nietos (7,1%) y de personas ajenas a la familia (6,8%) (Fernández, 2016). En Colombia, la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015 dio a conocer que el 83,9% de los cuidadores de personas mayores eran mujeres y el 16,7% de ellas tenían 60 años o más (MINSALUD, 2015).

Por otro lado, la demanda de cuidadores está creciendo. Por cada 100 personas de 65 años o más se estima que en Australia se requieren 4,4 cuidadores formales y 83,3 informales; en los Estados Unidos, 6,4 cuidadores formales y 123 informales, y en Noruega, 17,1 cuidadores formales y 87,2 informales. Tomando como referencia estas estimaciones, en el cuadro V.3 se calcula el número estimado de cuidadores informales necesarios en América Latina y el Caribe entre 2015 y 2030, siempre que las personas mayores sigan teniendo los mismos requerimientos de cuidado que en la actualidad.

	Población mayor de 65 años en América Latina y el Caribe	Cuidadores informales requeridos en la región según la necesidad estimada del país de referencia		
		Estados Unidos ^a	Noruega ^b	Australia ^c
2015	48 259 704	59 359 436	42 082 462	40 200 333
2020	58 882 203	72 425 110	51 345 281	49 048 875
2025	71 469 360	87 907 313	62 321 282	59 533 977
2030	86 609 322	106 529 466	75 523 329	72 145 565

Cuadro V.3

América Latina y el Caribe: estimación de la necesidad de cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más sobre la base de la demanda estimada de Estados Unidos, Noruega y Australia, 2015-2030 (En número de personas)

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *Probabilistic Population Projections based on the World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/ppp/>.

^a 123 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

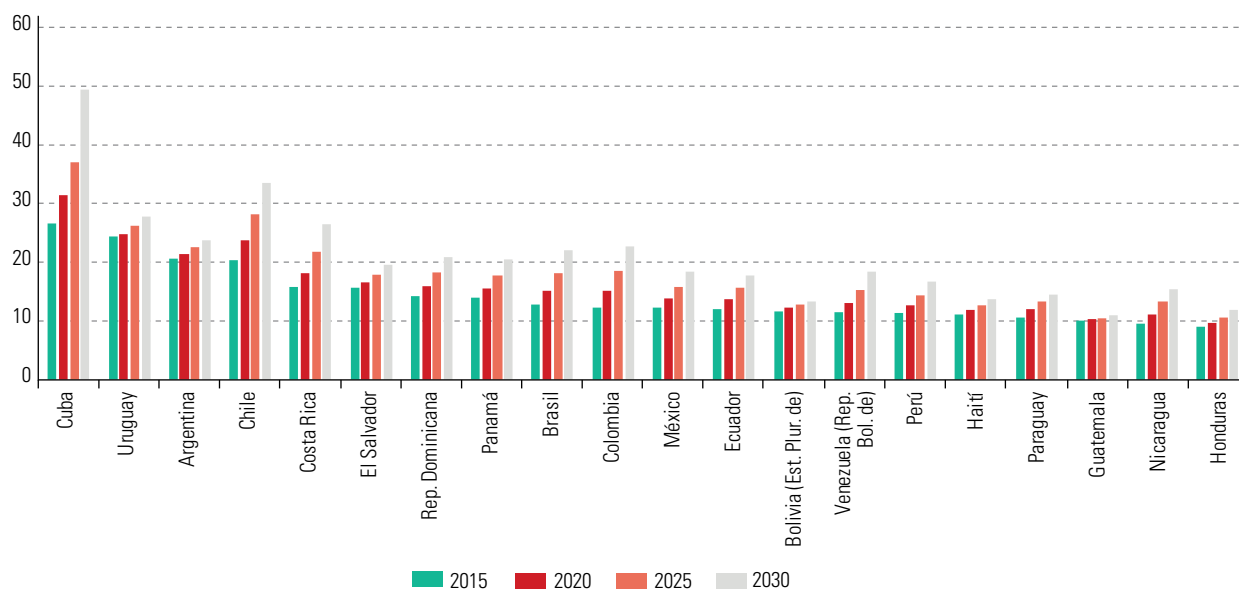
^b 87,2 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

^c 83,3 cuidadores informales por cada 100 personas de 65 años y más.

Si se estudia la situación de los países de la región tomando como referencia el número de cuidadores informales establecido por Noruega, esta resulta bastante heterogénea. En el gráfico V.2 se muestra el porcentaje de la población económicamente activa menor de 65 años que debería estar dedicada al cuidado de las personas mayores. Cuba es el país más afectado por esta situación: si la tendencia se mantiene sin cambios, en 2030 el 50% de la población económicamente activa menor de 65 años deberá dedicarse al cuidado de las personas mayores, prácticamente el doble que en 2015. Otro país que presenta una situación compleja es Colombia, donde también se duplicaría la población económicamente activa que tendría que dedicarse a las tareas de cuidado.

Gráfico V.2

América Latina (20 países): proporción de cuidadores informales requeridos respecto de la población económicamente activa menor de 65 años, 2015-2030 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*; y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población 2016.

⁵ En Cuba, el 90 % de las personas con demencia son atendidas en sus casas; de ahí la importancia de la labor del cuidador: "Los estudios realizados en la población cubana muestran que por cada paciente hay dos familiares afectados por el cuidado, el 40 % tienen que abandonar total o parcialmente su trabajo para cuidar al enfermo y el 50 % de estos cuidadores presenta alguna afectación psicológica" (Fariñas, 2015).

Un estudio cualitativo realizado en seis países del Caribe confirmó que los servicios de cuidado presentaban grandes problemas de cobertura y acceso (Cloos y otros, 2009). Varios países se enfrentan a dificultades de reclutamiento y retención de trabajadores. Es necesario abordar estas cuestiones, así como fortalecer la capacitación y la orientación proporcionadas a los cuidadores para, por ejemplo, ayudarlos a identificar casos de maltrato o mala salud. En ocasiones, los problemas pueden solucionarse de forma bastante simple: en Barbados, con el fin de llegar a las personas mayores en lugares remotos, se compró un minibús para transportar a los cuidadores.

La situación no solo es grave en los países de la región, sino también en el resto del mundo. Esto se refleja claramente en la atención que reciben las personas mayores en países envejecidos. En Alemania, por ejemplo, las residencias de cuidados de largo plazo sufren de falta de personal, y el consecuente deterioro de la atención ha llegado a un punto crítico. Cada paciente recibe solo 53 minutos de atención diaria, en los que se incluye el tiempo dedicado a la alimentación. Un único cuidador a menudo tiene que atender a entre 40 y 60 residentes (Guillán, 2013).

5. Cuidados de largo plazo en el hogar: un ámbito de intervención que se debe fortalecer

Según indican las investigaciones, la mayoría de las personas mayores prefieren vivir en su propia casa y contar con servicios de apoyo que les permitan hacerlo durante el mayor tiempo posible (Barry y Conlon, 2010). Los datos muestran que también desean que sus principales cuidadores sean su familia o amigos, por lo que el papel de los servicios de salud y sociales debe concentrarse en brindar apoyo a sus familias para que puedan cumplir con esta aspiración (Garavan, McGee y Winder, 2001).

A pesar de que las personas mayores con frecuencia prefieren envejecer en el hogar, son pocos los países que han elaborado programas específicos para ello. Para evitar el ingreso a una residencia de cuidado de largo plazo, es posible brindar la atención médica (incluso en el caso de personas de edad con enfermedades terminales), los servicios de atención social y la asistencia a domicilio (Naciones Unidas, 2015b).

La Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad presenta en su informe sobre el tema (Naciones Unidas, 2015b) una evaluación de las preocupaciones y problemas observados en el ámbito de los cuidados de largo plazo, así como recomendaciones detalladas orientadas hacia la adopción de medidas. Un aspecto esencial de los servicios de atención a domicilio sobre el que se tiene poca información y que no está suficientemente contemplado en los instrumentos de derechos humanos es la asistencia y el apoyo que prestan los miembros de la familia y otros cuidadores informales.

En la actualidad hay más conciencia de que lo que posibilita la permanencia de la persona mayor en su domicilio es principalmente la dedicación de la red informal y, en muchos países, el mercado de trabajo irregular, que permite conseguir una atención intensiva a un costo asumible. Las principales consecuencias de esta situación son:

- Una carga excesiva sobre los familiares —especialmente las mujeres— que tiene un impacto en términos del empleo femenino y de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- El fomento de un mercado de trabajo irregular en el que se ofrecen condiciones laborales y salariales muy precarias.
- La falta de garantías en cuanto a la calidad de la atención que reciben muchas de las personas dependientes que viven en su comunidad (SiS, 2012).

Recientemente se han comenzado a introducir medidas orientadas a fomentar el cuidado informal y a prestar reconocimiento y apoyo a las redes informales existentes, dado que el debilitamiento de las redes informales es considerado uno de los factores que podrían hacer crecer la demanda de ayuda a domicilio en el futuro.

En España se otorga un subsidio directo a la persona que recibe la atención para que pueda organizar sus cuidados domiciliarios. Un rasgo positivo de esta iniciativa es que puede empoderar a la persona mayor y aumentar su autonomía. La ayuda a domicilio ofrece tres tipos de servicios: i) atención personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (higiene; ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, comer y beber; control de la medicación, y otros), que contempla también el acompañamiento; ii) servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar (limpieza de la casa, preparación de la comida, lavado y planchado de ropa, detección de situaciones de riesgo y otros), y iii) relaciones con el entorno (apoyo para realizar gestiones fuera del hogar, acompañamiento en desplazamientos, realización de actividades para mantener las facultades cognitivas y las relaciones sociales y otros). Los usuarios de este servicio deben realizar un desembolso personal correspondiente al copago mensual fijado en su plan individual de atención, de acuerdo con el procedimiento establecido por la administración pública, o por las entidades o empresas gestoras de servicios, si se tratara de un servicio privado.

En Turquía existen instituciones que ofrecen servicios y apoyo a las personas mayores que viven en su domicilio. Los servicios son gratuitos y se financian mediante una combinación de gastos del presupuesto general, impuestos, presupuestos municipales y primas pagadas por empleadores y empleados. El Ministerio de Salud ofrece servicios a domicilio a cargo de equipos multidisciplinares de profesionales; el Ministerio de Familia y Políticas Sociales ofrece apoyo social, cuidados y atención en diversos entornos, incluido el domicilio de la persona mayor, y los municipios prestan apoyo social, servicios de salud a domicilio, apoyo psicológico, reparaciones y mantenimiento del hogar, ayuda con las tareas domésticas, el aseo personal y la cocina, y actividades sociales.

En los Países Bajos, los servicios sociales (incluidos ciertos servicios de cuidados domiciliarios y de respiro) se han transferido a los municipios en virtud de una consignación financiada con impuestos. La finalidad de esta asistencia es que las personas puedan vivir en su domicilio durante el mayor tiempo posible y que reciban la atención que necesitan para hacerlo. En las últimas reformas del sistema se ha asignado a las autoridades locales un papel más destacado en el suministro de cuidados a largo plazo en la comunidad.

En Singapur, la ciudad-Estado más próspera de Asia y del mundo, el sistema de salud Alexandra cuenta con un programa integral de envejecimiento en la comunidad para reducir el número de hospitalizaciones que pueden evitarse y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Las personas mayores que utilizan los servicios hospitalarios con frecuencia (en particular el servicio de urgencias) reciben visitas a domicilio de una enfermera comunitaria que evalúa sus necesidades y determina cuáles de estas están insatisfechas, elabora un plan de cuidados y coordina el seguimiento necesario. La frecuencia de las visitas depende de las necesidades de la persona. Gracias a este enfoque, el sistema de salud redujo las hospitalizaciones un 67% y optimizó el uso de los recursos hospitalarios.

Con todo, las iniciativas en materia de ayuda a domicilio siguen siendo escasas en todo el mundo. Por ejemplo, en Irlanda, la falta de legislación en relación con el acceso a la atención comunitaria es controversial y existe una dependencia excesiva del Plan de Apoyo a las Residencias para Personas de Edad (*Nursing Homes Support Scheme* (NHSS)), ante la falta de desarrollo en el país de otras alternativas como los

servicios de asistencia en la vivienda o la promoción del envejecimiento en la propia comunidad (Donnelly y O'Loughlin, 2015). En el informe de Garavan, McGee y Winder (2001) se concluye que los servicios comunitarios de salud y asistencia social en Irlanda son extremadamente limitados y fragmentados. Además, no existe un marco político oficial para la prestación de servicios integrados de atención domiciliaria a las personas mayores ni legislación alguna que la regule (Timonen, Doyle y O'Dwyer, 2012).

En las zonas urbanas de China, una proporción considerable de los cuidados ofrecidos en el domicilio proviene de cuidadores remunerados que, en la mayoría de los casos, carecen de capacitación. Se trata principalmente de mujeres con escasa educación formal, que probablemente hayan migrado de zonas rurales a zonas urbanas y que reciben una remuneración relativamente baja por su asistencia (OIT, 2014).

6. Los programas de cuidado a largo plazo para personas mayores de América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe los servicios de cuidados de largo plazo generalmente tienen baja cobertura y, además, operan en el marco de una débil institucionalidad. En la mayoría de los casos, los programas nacionales relacionados de forma directa o indirecta con los cuidados se enmarcan dentro de programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres, en condición de vulnerabilidad o dependientes. La universalidad del derecho al cuidado sigue siendo una asignatura pendiente en la región.

a) Cuidados a domicilio

Para ayudar a las personas mayores a vivir de forma independiente, muchos países del Caribe han desarrollado programas tales como servicios de ayuda a domicilio, cuidados de enfermería en el hogar y centros de día, de actividades y para las personas mayores que no pueden vivir solas. Numerosos países han puesto en marcha algún tipo de plan para prestar servicios de atención domiciliaria a las personas mayores. Los servicios prestados incluyen ayuda con la higiene personal, la limpieza de la casa, la preparación de comidas y la compra de comestibles y otras necesidades, así como compañía. De esta manera, las personas mayores reciben el apoyo que necesitan para seguir viviendo en su propio hogar, normalmente la mejor opción para mantener su autonomía. El cuidado domiciliario de personas que viven de forma independiente resulta, además, mucho más rentable que el cuidado residencial integral (en el que, sin embargo, los costos se dividen entre el Estado y el individuo).

En algunos países, como Barbados y Saint Kitts y Nevis, el Estado proporciona atención básica de enfermería en el hogar, ya sea como parte del Programa de Atención Domiciliaria u otro programa. La atención básica puede incluir desde curar heridas y controlar la presión arterial y los niveles de glucosa hasta ofrecer consejos sobre nutrición, normas sanitarias y otros problemas de salud. Además, los cuidadores también están capacitados para detectar y reportar enfermedades o casos de abandono, abuso o malnutrición.

b) Transferencias monetarias para los cuidadores no remunerados

En la Argentina el sistema de protección social se basa en la presunción de que las familias se hacen cargo de las personas mayores que necesitan cuidados. En el caso de la clase media, la más envejecida en los grandes centros urbanos, el Estado no ofrece este tipo de servicios, que sí están disponibles para las personas pobres o

abandonadas; las clases con mayores recursos económicos, por otro lado, recurren a los cuidados privados. El único tipo de servicio de cuidados que la clase media puede permitirse de forma sostenida no es adecuado: son situaciones en las que las personas mayores se encuentran sedadas, inmovilizadas y sin ningún tipo de estimulación. Además, las familias están cambiando: las madres también trabajan y ya no están disponibles para atender a una persona mayor con dependencia.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la Argentina (INSSJP- PAMI) estableció, a partir de la resolución núm. 0610-13, la Asistencia Integral de Ayuda Económica para la atención a la dependencia y la fragilidad de las personas mayores. Su objetivo es brindar una asistencia económica de 55 dólares al mes a aquellos afiliados que, por su problemática sociosanitaria, se encuentren en situación de dependencia o fragilidad y no tengan capacidad económica para afrontar los gastos inherentes a dicha situación o carezcan de una red social de apoyo acorde con sus necesidades. Si bien el subsidio económico resulta escaso, suele utilizarse para contratar a un cuidador formal una o dos veces por semana, lo que brinda alivio al familiar a cargo del cuidado.

En el Ecuador existe el Bono Joaquín Gallegos Lara, creado en 2010 para personas con discapacidad grave y profunda. Se trata de un bono de 240 dólares mensuales (el equivalente a un salario básico) que se otorga a quienes cuidan de personas con discapacidad para cubrir los gastos de alimentación, vestido, movilización e insumos básicos. El bono es administrado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

En el caso de Chile, el Programa Chile Cuida constituye una iniciativa que alivia la carga de trabajo de los cuidadores no remunerados. El programa ofrece un servicio de cuidados domiciliarios dos veces por semana a personas mayores con dependencia moderada y grave. Esto no solo contribuye a que estas personas puedan permanecer en sus casas, sino que también ofrece un descanso a su cuidadora o cuidador, además de la opción de participar, una vez por semana, en grupos de autoayuda dirigidos por profesionales de la salud mental, talleres de capacitación, formación especializada de cuidados, habilitación laboral o actividades educativas recreativas. Para brindar esta asistencia, se capacita y emplea como cuidadoras formales a mujeres locales que están desempleadas o que buscan incrementar sus ingresos.

En Costa Rica, a través de la Red Nacional de Cuido de las Personas Adultas Mayores, se entregan bienes de primera necesidad a las familias que están a cargo de personas mayores en situación de extrema pobreza. La iniciativa apuesta por generar una estructura social, compuesta por familiares, grupos organizados de la comunidad e instituciones no gubernamentales y estatales, con el fin de articular acciones, intereses y programas. Los destinatarios son personas de 65 años o más en situación de pobreza o extrema pobreza, dependencia o riesgo social que carecen de una red de apoyo. Durante el primer trimestre de 2016, la Red atendió a 12.086 personas distribuidas en 53 redes, con una inversión de 2.700.000 dólares (223 dólares por persona). La mayor parte de las ayudas consisten en la entrega de alimentos, medicamentos, productos de higiene, electrodomésticos y dispositivos, así como el pago de alquileres y servicios básicos, para facilitar la vida diaria en el propio hogar. El programa también contrata a asistentes a domicilio que ayudan a las familias en la atención de las personas mayores, ya que en muchos hogares estas no disponen de suficiente tiempo para cumplir con dicha tarea.

Cabe destacar la experiencia de la Ley núm. 7.756 de Costa Rica, que otorga una licencia y el pago de subsidios a las personas designadas como responsables de cuidar a un enfermo en fase terminal. Toda persona activa asalariada, ya sea familiar o no, que por vínculo afectivo o responsabilidad se designe responsable de cuidar a un enfermo en su fase terminal gozará de una licencia y un subsidio que se calculará sobre la base del promedio salarial del último trimestre.

c) La alternativa de las familias sustitutas

En 2010, por medio de la resolución 863/2010 del Gobierno del Uruguay, se creó en el marco del Gabinete Social del país un grupo de trabajo para coordinar el diseño del Sistema Nacional de Cuidados. Como parte del Sistema Nacional de Cuidados, existe un Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) de base hospitalaria, que practica y promueve la reinserción de personas de edad avanzada en su comunidad dentro de familias sustitutas en las que un miembro de la familia actúa como cuidador sujeto a un contrato de servicios remunerados. La persona mayor pasa a formar parte del núcleo familiar y, a través del Servicio, recibe apoyo y asistencia en múltiples disciplinas (geriatría, psiquiatría, enfermería, asistencia social) por parte del Hospital Luis Piñeyro del Campo.

En Costa Rica, en casos extremos en los que no hay un soporte familiar, existe la modalidad de la familia solidaria, que acepta hacerse cargo del pleno cuidado de estas personas con la supervisión rigurosa y la ayuda económica de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, así como los Hogares para Ancianos Comunitarios, que proporcionan un cuidado institucional de larga estancia.

d) Formación para el cuidado de las personas mayores

En la Argentina, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios forma a mayores de 18 años interesados en brindar atención primaria a personas que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria y que no cuentan con familiares o allegados. Se brinda capacitación para realizar distintas tareas de cuidado, como administrar medicamentos orales y de uso externo prescritos por profesionales médicos, preparar alimentos y ayudar en su ingesta, cuidar la higiene y el arreglo personal o prevenir accidentes. El curso está orientado a quienes trabajan como cuidadores y quieren perfeccionar sus capacidades o para aquellos con vocación para esta labor y que quieran hacer de ella una salida laboral. La formación consta de un total de nueve módulos dictados por docentes, profesionales pedagógicos y un equipo de coordinación especializado en el tema y tiene una duración de cuatro meses, con 200 horas teóricas y 148 prácticas. Una vez finalizados los estudios, los alumnos reciben una certificación del Ministerio de Educación que los habilita para ejercer el oficio de manera profesional.

En el Brasil, el Ministerio de Salud lleva a cabo el Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Personas de Edad (*Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos*), que hace hincapié en fomentar la comunicación entre la persona mayor y su familia y ofrece herramientas y estrategias para actuar en situaciones de riesgo o de emergencia.

En Cuba existe la Escuela de Cuidadores, un programa psicoeducativo impartido por un equipo multidisciplinario de profesionales que capacitan a los familiares a cargo del cuidado primario o secundario de pacientes con dependencia en el cuidado y manejo adecuado de las personas mayores dependientes y de ellos mismos.

En México, a través del Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Adultos Mayores, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) capacita a personal voluntario como promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de personas mayores. Esta formación es parte del Plan Geriátrico Institucional (GeriatriMSS) y del Programa de Envejecimiento Activo (PREA), cuyos objetivos son mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de este sector de la población.

Desde hace tres años, el Instituto de Previsión Social (IPS) del Paraguay ofrece, a través del Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Buonghermini, el Curso de Capacitación a los

Cuidadores, centrado en aspectos relacionados con la problemática biopsicosocial y espiritual del cuidado. El curso no solo busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sino también la de los cuidadores. El IPS está tramitando el reconocimiento oficial de este curso por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio de Educación y Cultura, de manera que los estudiantes puedan obtener una titulación y la acreditación de estos organismos oficiales.

C. Los rezagos y desafíos de la protección

A pesar de que hoy en día el tema del maltrato de las personas de edad es insoslayable, persisten las dificultades para detectarlo y visibilizarlo e intervenir adecuadamente. A menudo se presupone que ciertos comportamientos o estados físicos en una persona mayor se deben únicamente a su edad avanzada o su mala salud.

Por otro lado, la desprotección en que viven las personas mayores se expresa, por ejemplo, en la permisibilidad con que se aborda la violencia contra dichas personas en las legislaciones nacionales, que se limitan a imponer medidas blandas y de muy reducida cobertura. En este sentido, las mujeres mayores suelen resultar especialmente perjudicadas.

El progreso de los países de la región en la prevención y erradicación del maltrato dependerá del compromiso de los distintos actores y disciplinas que intervienen en el tema, el desarrollo de una base sólida en materia de derechos humanos y un apoyo jurídico nacional favorable a la eliminación del maltrato de las personas de edad. Esta legislación debe ir acompañada de una toma de conciencia; de no ser así, aunque las leyes se tornen más punitivas, las personas mayores que inician un juicio en contra de alguien que les ha infligido malos tratos seguirán siendo pocas. Surgen sentimientos contrapuestos: la impotencia y rabia con respecto al agresor se mezclan con el agradecimiento y, a veces, el afecto.

Por otra parte, muchas personas mayores no están en condiciones de hacer una denuncia, sobre todo cuando sufren maltrato en las instituciones, que suele adquirir el carácter de tortura o trato cruel. Tras este uso tan elevado de malos tratos en las residencias y hospitales puede hallarse una causa de naturaleza cultural, relacionada con un talante paternalista y sobreprotector, pero ello no exime de la responsabilidad de los delitos.

Es conveniente cambiar de mentalidad y poner un límite a este tipo de comportamientos; de lo contrario, las personas mayores terminarán ingresadas en una institución y atadas a una silla para que no les pase nada. De acuerdo con la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), vivir implica asumir riesgos, y es necesario romper con el mito de que las sujeciones evitan las caídas o mejoran la conducta; al contrario, pueden provocar una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima y un deterioro físico mayor, ya que al inmovilizar a las personas de manera forzosa sus huesos se atrofian y el daño que puede causar una eventual caída es mayor (Arrarás, 2011).

Ni los profesionales ni los legos en la materia podrán detectar los abusos si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de una persona mayor se debe únicamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin una toma de conciencia al respecto, solo podrán llamar la atención los casos graves de maltrato, puesto que las personas de edad que son víctimas de violencia y que no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente pueden hacerse notar (Naciones Unidas, 2002).

La sensibilización acerca de esta cuestión ha sido reforzada en la agenda mundial por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 66/127, en la que se designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso

y Maltrato en la Vejez, en que se expresa la oposición al abuso y sufrimiento infligidos a las personas mayores.

En las Américas, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores sirve de base jurídica para el desarrollo de iniciativas nacionales que garanticen la protección de las personas de edad frente a la violencia y los malos tratos. Sin embargo, es imperativo señalar que cualquier acción que se emprenda en este sentido debe apoyarse en un cambio de perspectiva acerca de la conceptualización, el análisis y el tratamiento del maltrato.

El maltrato debe tratarse como un problema de la sociedad, no solo de las personas que lo sufren. En virtud de lo establecido en la Convención Interamericana, los Estados tienen obligaciones al respecto con las personas mayores y deben invertir considerables recursos públicos en servicios y personal especializado para cumplir con estas obligaciones. La información sobre este tema sigue siendo escasa, y hacen falta programas educativos que contribuyan al funcionamiento de las medidas, seguros que ayuden a las personas mayores que han sufrido violencia doméstica a tomar decisiones para recobrar su independencia, acceso prioritario a la vivienda, apoyo económico, formación, pensión digna o trabajo, cuando estén en condiciones de realizarlo.

Mientras el problema se siga considerando una simple cuestión de asistencia y prevención, es poco probable que haya cambios reales en la condena y erradicación de los actos de violencia contra la vejez. La Convención Interamericana es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que establece un marco legal general destinado a prevenir la violencia, proteger a las víctimas y condenar a los agresores. Sin embargo, hasta la fecha solamente ha sido ratificada por tres países.

La situación de los cuidados de largo plazo ha mejorado desde 2012, pero siguen persistiendo rezagos. Tanto los marcos normativos generales y específicos de los países de la región como el abanico existente de programas sociales relacionados con la protección de la vejez revelan que los riesgos asociados al cuidado se concentran cada vez más en las familias. Esto acrecienta la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidado y de las que lo brindan, que en la actualidad se ven directamente afectadas por la distribución desigual de los recursos según su origen familiar.

De ello se deriva precisamente uno de los grandes retos de aquí a 2030: avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas en un marco de solidaridad e igualdad. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha insistido en la necesidad de replantear la protección social de forma que responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y que pueda anticipar respuestas a las demandas de una población en constante cambio.

Es necesario transitar hacia la categorización del cuidado de largo plazo como un asunto de responsabilidad colectiva que debe sostenerse mediante prestaciones y servicios para, en el marco de los sistemas de protección social, maximizar la autonomía y el bienestar de las familias y de los individuos. Las respuestas públicas a esta problemática han de concebirse como parte del quehacer estatal e imponer ciertas obligaciones inmediatas con respecto a los que precisan ayuda y los que la brindan.

Tal y como se documenta en este capítulo, la demanda de cuidado de largo plazo seguirá aumentando en la región. Sin embargo, la posibilidad de las sociedades latinoamericanas de ofrecer cuidados de largo plazo a sus miembros es reducida: según las estimaciones para la primera mitad del siglo XXI, no alcanzaría a una persona por cada miembro que necesita ayuda. Tal vez esto bastaría para satisfacer las necesidades de una parte de la demanda, pero no de aquellos que requieren una asistencia diaria permanente, intensiva y especializada.

Por otro lado, la capacidad demográfica de una sociedad para prestar ayuda está condicionada por el contexto sociocultural y económico, en el que se aprecia claramente la incidencia de tres factores clave: la desigualdad de género que caracteriza la división de las tareas de cuidado (Rico y Robles, 2016), las diferencias generacionales en el ejercicio de la solidaridad y las inequidades por ingreso, que se traducen en la desprotección de segmentos específicos de la población. La heterogeneidad regional en este sentido es evidente. La composición demográfica actual de la carga de cuidados y la disponibilidad de cuidadores potenciales difiere de un país a otro según la etapa de transición demográfica que estén atravesando y, mientras que ciertos países cuentan con sistemas de protección social desarrollados, en otros están debilitados.

En este contexto, la construcción de una política pública de cuidado de largo plazo es más importante que nunca. Su fundamento, incluso más allá de la demanda, radica en el creciente aporte al empleo que las labores de atención de las personas mayores pueden representar para la economía de muchos países⁶. Junto con ello, la previsión prácticamente nula de la necesidad de este tipo de cuidado en los sistemas de protección social puede provocar que las personas mayores no acaben recibiendo la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna. De este modo, una parte considerable de la población queda excluida de los servicios sociales, e incluso su patrimonio e ingresos pueden verse comprometidos en la búsqueda de ayuda para realizar los actos esenciales de la vida diaria.

Como se observa, la necesidad de cuidado es multifacética, pero en esencia no difiere de la que siempre han tenido los seres humanos en distintos momentos de su ciclo vital. El contexto en que se desarrolla en la actualidad, no obstante, hace que sus implicaciones sociales y económicas dependan mucho más de los arreglos institucionales —tanto públicos como privados— de cada país, lo que afecta no solo a la división de la responsabilidad de provisión de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, sino también a los contratos generacionales y de género en esta materia.

Bibliografía

- AEA (Action on Elder Abuse) (1995), "What is elder abuse?," *Action on Elder Abuse Bulletin*, N°11, Londres, mayo-junio.
- AGE UK (2016), "Paying for temporary care in a care home," *Factsheet*, N° 58, abril.
- Alemania, Gobierno de (2008), "Cuarto informe del Gobierno sobre el seguro de dependencia," *Revista Actualidad Sociolaboral*, N° 111, febrero [en línea] www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista111/50.pdf.
- Arias, A. (2002), "España abandona a sus mayores" [en línea] http://www.abc.es/hemeroteca/historico-30-07-2002/abc/Sociedad/espa%C3%B1a-abandona-a-sus-mayores_117821.html.
- Arrarás, A. (2011), "Basta de amarrar a los pacientes," *El País*, 11 de octubre [en línea] http://elpais.com/diario/2011/10/11/salud/1318284001_850215.html.
- Arazola, L. (1999), "El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores," *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, N° 34.
- Arriagada, I. (comp.) (2007), *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Libros de la CEPAL, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Barry, U. y C. Conlon (2010), "Elderly care in Ireland: provisions and providers," *UCD School of Social Justice Working Papers*, vol. 10, N° 1, University College Dublin.

⁶ Por ejemplo, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la disminución prevista de la disponibilidad de cuidadores familiares, se estima que en 2050 la demanda de cuidados de largo plazo en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) implicará una duplicación de los trabajadores del cuidado de largo plazo como porcentaje de la población activa (Colombo y otros, 2011).

- Care Alliance Ireland (2015), *Family Caring in Ireland* [en línea] <http://www.carealliance.ie/userfiles/file/Family%20Caring%20in%20Ireland%20Pdf.pdf>.
- Carretero, S., J. Garcés y F. Ródenas (2006), *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial*, Valencia, Tirant lo Blanc.
- CDDH (Comité Directivo sobre Derechos Humanos) (2013a), *Compendium of Good Practices* (CDDH-AGE(2013)04), Estrasburgo, 23 de mayo [en línea] [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cddh/CDDH-DOCUMENTS/CDDH-AGE\(2013\)04_moz_good%20practices.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cddh/CDDH-DOCUMENTS/CDDH-AGE(2013)04_moz_good%20practices.pdf).
- _____(2013b), "Draft explanatory report to the recommendation on the promotion of the human rights of older persons", Cuarta Reunión, Consejo Europeo, 23 a 25 de septiembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago.
- _____(2004), *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/G.2228), Santiago.
- Cloos, P. y otros (2009), "Active ageing": a qualitative study in six Caribbean countries", *Ageing & Society*, vol. 30, 2010, Cambridge University Press.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OECD Publishing.
- Comas-Herrera, A., R. Wittenberg y L. Pickard (2010), "The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England", *Social Policy and Administration*, vol. 44, N° 4.
- Departamento de Protección Social de Irlanda (2017), "Carer's Allowance Section" [en línea] http://www.citizensinformation.ie/en/social_welfare/social_welfare_payments/carers/carers_allowance.html.
- Donnelly, S. y A. O'Loughlin (2015), "Growing old with dignity: challenges for practice in an ageing society", *Social Work in Ireland: Changes and Continuities*, A. Christie y otros (eds.), Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Donnelly, S. y otros (2016), "I'd prefer to stay at home but I don't have a choice", *Meeting Older People's Preference for Care: Policy, but what about practice?*, Dublín, University College Dublin.
- Eisenberg, R. (2014a), "Are you set to pay a \$262,800 nursing home bill?" [en línea] <http://www.nextavenue.org/are-you-set-pay-262800-nursing-home-bill/>.
- _____(2014b), "Alzheimer's tab for families: \$4,000 a month" [en línea] <http://www.nextavenue.org/alzheimers-tab-families-4000-month/>.
- Etcheverría Mauleón, X. (2014), "Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad", *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. I. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Fariñas, L. (2015), "Los cuidados del Alzheimer" [en línea] <http://www.granma.cu/todo-salud/2015-05-31/los-cuidados-del-alzheimer>.
- Fernández, A. (2016), "Cuidado de las personas mayores y sus cuidadores, compatibilidad de agenda e intereses", Segunda Reunión de Expertos para el Seguimiento de la Carta de San José sobre los derechos humanos de las personas mayores, Santiago, 16 a 18 de noviembre.
- Garavan, R., H. McGee y R. Winder (2001), *Health and Social Services for Older People (HeSSOP)*, Dublín, National Council on Ageing and Older People [en línea] http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/64_Hessop1.pdf.
- García-García, F. y otros (2011), *Fragilidad: un fenotipo en revisión*, Madrid Elsevier.
- Gleckman, H. (2010), *Long-term Care Financing Reform: lessons from the US and abroad*, Washington, D.C., The Urban Institute.
- Guillán, A. (2013), "Alemania exporta jubilados" [en línea] <https://icasticoblog.com/2013/09/20/alemania-exporta-jubilados/>.
- Huenchuan, S. (2014), "'¿Qué más puedo esperar a mi edad?'. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado", *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (LC/L.3942), S. Huenchuan y R. I. Rodríguez (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. y R.I. Rodríguez (2015), "Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: diagnóstico y lineamientos de política", *Documentos de Proyecto* (LC/W.664), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Kamiya, Y. y otros (2012), *Profile of Community-Dwelling Older People with Disability and their Caregivers in Ireland*, Dublín, TILDA.

- Kwan, A. Y. (1995), "Elder abuse in Hong Kong: A new family problem for the old cast?," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 6, N° 3-4.
- Lachs, M. y otros (1998), "The mortality of elder mistreatment," *Journal of the American Medical Association*, N° 280.
- McCaskill, C. (2015), "Broken Trust: Combating Financial Exploitation Targeting Vulnerable Seniors," intervención en la Comisión Especial del Senado sobre el Envejecimiento, 4 de febrero [en línea] http://www.aging.senate.gov/imo/media/doc/SCA_CMC_2_4_15.pdf.
- MINSALUD (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia) (2015), *SABE Colombia 2015: Estudio nacional De salud, bienestar y envejecimiento*, Bogotá.
- Mortimer, J. y M. Green (2015), *Briefing: The Health and Care of Older People in England 2015*, Londres, Age UK.
- Naciones Unidas (2015a), *World Population Prospects: The 2015 Revision*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [en línea] <http://esa.un.org/wpp/>.
- (2015b), *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte (A/HRC/30/43)*, Nueva York.
- (2010), *Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/GC/27)*, Nueva York, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
- (2008), *Observación general N° 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes (CAT/C/GC/2)*, Nueva York, Comité Contra la Tortura.
- (2002), *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General de las Naciones Unidas (E/CN.5/2002/PC/2)*, Nueva York, Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, segundo período de sesiones.
- (2000), *Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/2000/4, CESCR)*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en línea] <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>.
- (1992), *Observación general N° 20, Comentarios generales adoptados por el Comité de Derechos Humanos, Artículo 7 - Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (HRI/GEN/1/Rev.7 at 173)*, Comité de Derechos Humanos.
- Nesbi, J. (2016), "What your millennial child should know about health insurance" [en línea] <http://www.nextavenue.org/what-your-millennial-child-should-know-about-health-insurance/>.
- NHS (2016), "Carers' breaks and respite care" [en línea] <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/breaks-for-carers-respice-care.aspx>.
- Nueva Zelanda, Gobierno de (2013), "Elder abuse and neglect prevention," *Funding Agreement. Practice Guidelines*, Ministry of Social Development.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2006), "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers," *Economics Department Working Papers*, N° 477, París.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2014), *World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2016), "Maltrato de las personas mayores," *Nota descriptiva*, septiembre [en línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>.
- (2011), *European Report on Preventing Elder Maltreatment*, Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa [en línea] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
- (2003), *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- (2002), "El maltrato de las personas mayores," *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de las Salud (OPS).
- Peri, K. y otros (2009), "Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect," *Social Policy Journal of New Zealand*, N° 35.
- Rico, M. N. y C. Robles (2016), "Políticas de cuidado en América Latina: forjando igualdad," *serie Asuntos de Género*, N° 140 (LC/L.4226), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- SASSA (South African Social Security Agency) (2016), "A statistical summary of social grants in South Africa," *Fact Sheet*, N° 12, 31 de diciembre.
- Scheil-Adlung X. (ed.) (2015), "Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries," *ESS Document*, N° 47, Organización Internacional del Trabajo (OIT) [en línea] www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceld=51297.
- Selman-Houssein, E. y otros (2012), *Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad*, La Habana, Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.
- SEPIN (2015), "Recurso 846/2014. Ponente: IGNACIO SANCHO GARGALLO, TS, Sala Primera, de lo Civil, 244/2015, de 13 de mayo," Madrid, Editorial Jurídica SEPIN.
- SiiS (Centro de Documentación y Estudios) (2012), "El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa" [en línea] www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus.
- Sudáfrica, Gobierno de (2016), "Social benefits" [en línea] <http://www.gov.za/services/social-benefits/grant-aid>.
- Sunkel, G. (2006), "El papel de la familia en la protección social en América Latina," *serie Políticas Sociales*, N° 120 (LC/L.2530-P/E), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- The Family Watch (2012), *La familia como agente de salud*, Madrid, Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
- Timonen, V., M. Doyle y C. O'Dwyer (2012), "Expanded, but not regulated: ambiguity in home-care policy in Ireland," *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, N° 3.
- UNIR (Universidad Internacional de La Rioja) (2016), "Los programas de respiro familiar: una decisión acertada" [en línea] <http://cuidadores.unir.net/informacion/actualidad/877-los-programas-de-respiro-familiar-una-decision-acertada>.
- UNRISD (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social) (2010), "¿Cuál es la importancia del cuidado para el desarrollo social?," *UNRISD Investigación y Política, Síntesis 9*, Ginebra.
- Vásquez, J. (2004), "Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada," documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento - II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, San Salvador, 10 a 12 de noviembre.
- Villalobos, A. (s/f), *Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*, Santiago, Ministerio de Salud de Chile [en línea] <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>.
- Wittenberg, R. y otros (2006), "Future demand for long-term care, 2002 to 2041: Projections of demand for long-term care for older people in England," *PSSRU Discussion Paper*, 2330, Londres, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), London School of Economics.
- Wong, Y.C. y J. Leung (2012), "Long-term care in China: Issues and prospects," *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55, N° 7.
- Wotapka, A. (2015), "Explotación de los mayores. La vigilancia financiera es sólo una parte de la solución" [en línea] <http://www.acamstoday.org/explotacion-de-mayores-vigilancia-financiera/>.



De las enseñanzas aprendidas al fortalecimiento de las instituciones y de las políticas públicas

El mundo experimenta una transformación demográfica inédita, y probablemente irreversible, que lo conduce hacia el envejecimiento. Es imposible desconocer que casi 900 millones de personas de 70 años y más viven en el planeta en la actualidad, que sumarán 1.400 millones en 2030. Asuntos globales como el cambio climático, la trata de personas, la planificación del desarrollo, el comercio o las concepciones sobre el buen vivir se ven afectados por la inversión de la pirámide por edades de la población.

Para los derechos humanos, el envejecimiento tiene profundas repercusiones porque abre nuevas posibilidades y plantea desafíos inéditos para la construcción de las ciudadanía del siglo XXI. Primero, alienta a conciliar las necesidades y los intereses de todos los grupos sociales en un marco de interdependencia donde cada persona tenga una función activa que desempeñar en su beneficio y el de los demás. Segundo, involucra a un sujeto que reclama un tratamiento particular en razón de su edad, e introduce nuevas reivindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

La CEPAL ha insistido en que el enfoque de los derechos humanos es el más propicio para abordar la situación de las personas mayores porque ayuda a superar la clásica simplificación que asocia la vejez con las pérdidas y pone el acento en la igualdad, sin discriminación de ningún tipo. A su vez identifica las obligaciones del Estado en la protección y la habilitación de las personas mayores como titulares de derechos.

En los últimos cinco años, el envejecimiento ha ocupado un lugar en el quehacer de organismos regionales intergubernamentales de África, Europa y las Américas por medio de la elaboración y adopción de instrumentos para asegurar los derechos de las personas de edad avanzada. Aunque son de distinta naturaleza, su existencia demuestra que estos derechos requieren de una estandarización que establezca los parámetros mínimos para asegurar una vejez con dignidad. En este momento, la protección y especificación de esos derechos establecida en el ámbito regional debe reflejarse en el plano nacional por medio de garantías que los hagan efectivos.

En América Latina y el Caribe, las organizaciones de la sociedad civil han sido actores esenciales para posicionar los derechos de las personas mayores. En 2012 pidieron a los Gobiernos que participaron en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe que el nombre de dicha reunión hiciera referencia a los derechos de las personas mayores.

Como respuesta, en la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe se acordó que en la siguiente Conferencia se realizaría tal modificación. Gracias a esa iniciativa, la denominación de la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y los Derechos de las Personas Mayores, que se realizará en el Paraguay del 27 al 30 de junio de 2017, recoge los anhelos de las organizaciones de la sociedad civil en ese aspecto.

El cambio de nombre de la Conferencia tiene implicaciones en los debates y las decisiones que los países adoptarán, en las propuestas que la sociedad civil pondrá a consideración y en el mandato que la CEPAL tiene en relación con los asuntos del envejecimiento y las personas mayores.

Cumpliendo con ello, la CEPAL ha preparado este informe, en el que se reflejan los avances, las limitaciones y los desafíos que tienen ante sí los países de la región para promover, respetar, proteger y realizar los derechos de las personas mayores, en un escenario donde los compromisos internacionales en la materia han sido auspiciosos pero no suficientes, sobre todo porque persisten las debilidades en el desarrollo de garantías institucionales y ciudadanas.

Los países de la región cuentan por primera vez con un instrumento jurídicamente vinculante que identifica las obligaciones de los Estados con respecto a este grupo social. La Convención además repara en cierta medida la falta de consideración de las personas mayores en el derecho internacional.

Un logro histórico para la región y para el mundo de los últimos cinco años es la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Los países cuentan por primera vez con un instrumento jurídicamente vinculante que identifica las obligaciones de los Estados con respecto a este grupo social. De igual manera, la Convención introduce nuevos derechos y repara en cierta medida la falta de consideración de las personas mayores en el derecho internacional de derechos humanos.

La implementación de la Convención es un proceso que recién se inicia. Los Estados tendrán que trabajar para generar los mecanismos que garanticen las libertades y los derechos consagrados en este instrumento. Una tarea que exige, entre otros requisitos, innovación, transparencia, personal calificado y presupuesto gubernamental.

La experiencia adquirida en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y sus traducciones regionales es de utilidad para cumplir con las obligaciones asumidas en la Convención Interamericana. Un aporte indiscutible de los acuerdos plasmados en los instrumentos regionales de la CEPAL es la promoción de enfoques más integrales en el tratamiento gubernamental de los asuntos vinculados a este grupo social. Ese aprendizaje es insustituible en el escenario actual.

A partir de 2003 varios países desplegaron esfuerzos e hicieron progresos destacados, por ejemplo, la instalación del maltrato de las personas mayores como un asunto público, la creación de leyes de protección de sus derechos humanos, el desarrollo de acciones dirigidas a mantener su autonomía y brindarles cuidado en situaciones de fragilidad, el rescate de la planificación a mediano plazo por medio de los planes nacionales y las reformas administrativas para incluir a las instituciones de personas mayores en el ámbito de los ministerios sociales, entre otros.

Algunas de estas iniciativas se sostuvieron en el tiempo, pero otras no. En los últimos cinco años varias carecieron de una adecuada metodología, seguimiento técnico o evaluación periódica. Muchas sucumbieron frente a la falta de presupuesto y otras se volvieron insostenibles debido a una voluntad política frágil para asegurar su existencia más allá de una administración de turno. Como corolario, distintos programas que se iniciaron cinco años atrás ya no existen. Incluso algunas instituciones nacionales dirigidas a las personas mayores descendieron de jerarquía o cambiaron de dependencia con más facilidad que otras dedicadas a las problemáticas de las mujeres o la niñez.

La evaluación regional de las acciones que se desarrollan en favor de las personas mayores revela que su principal característica, con notables excepciones, es que no siempre logran impregnar el conjunto de la labor del Estado y que en general los asuntos vinculados a la población adulta mayor se circunscriben a organismos o sectores específicos. En ocasiones, la voluntad de las autoridades de las instituciones vinculadas al tema del envejecimiento choca con limitaciones estructurales que ponen en riesgo su credibilidad y mina la confianza de las personas mayores.

Lo anterior junto con la escasez de personal calificado y la incipiente estandarización de las reglas o procedimientos, entre otros aspectos, condicionan gravemente el rendimiento institucional. De no haber cambios de por medio, ello se puede convertir en un inconveniente para avanzar en la efectiva implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores en los próximos años.


Las personas mayores y sus organizaciones tienen claridad con respecto a este punto. De tal manera, entre sus reivindicaciones más recurrentes en los últimos cinco años se encuentra, por una parte, que la institución gubernamental que les corresponde tenga un elevado rango organizacional y, por otra, que sus asuntos se aborden desde una perspectiva de derechos humanos. Esta aspiración no es al azar. Las personas

mayores y sus organizaciones están cada vez más conscientes de que la forma en que se conceptualizan sus problemas, necesidades e intereses en el discurso oficial de los Gobiernos ejerce influencia en la sociedad y en la forma de comprender su situación o valorar sus aportes.

De cara a los cambios demográficos que se avecinan y tomando en cuenta que las instituciones dirigidas a las personas mayores deben asumir un papel protagónico en la implementación de la Convención Interamericana y otros instrumentos multilaterales, se deben revertir las tendencias arriba descritas y fortalecer las instituciones para que asuman responsabilidades crecientes y diversas. Junto con ello, es imprescindible abrir los espacios para ampliar la participación de las personas mayores en las cuestiones que les afectan.

En este marco, la planificación sostenida vuelve a retomar su importancia. Las políticas públicas que se pongan en marcha han de empezar por el sujeto e impactar de verdad en su situación. Han de procurar niveles de vida dignos y combatir la discriminación. Asimismo, han de tener en cuenta la interdependencia entre generaciones, porque no habrá desarrollo si los salarios de los jóvenes están estancados o tienden a la baja, si las mujeres mantienen lagunas previsionales debido a ausencias por maternidad o cuidado, o si los sistemas privados de pensiones aumentan la desigualdad.

Es el momento de actuar y abordar los asuntos del envejecimiento y de las personas mayores con altura de miras; pensar en el futuro de manera realista, pero también audaz; poner en práctica los compromisos tantas veces soslayados y, sobre todo, habilitar y abrir oportunidades para todas las generaciones, en especial para las personas mayores, en un marco de interdependencia y solidaridad.



El rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe trae consigo múltiples desafíos y exige acciones que garanticen la distribución justa de los recursos para responder adecuadamente a las necesidades de todos los grupos etarios. Requiere, asimismo, un cambio de actitudes, políticas y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. En este marco, la inclusión efectiva de las personas de edad tiene relación con la equidad en el acceso a diferentes servicios y beneficios sociales y económicos, así como con la garantía y el ejercicio de sus derechos humanos.