

Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores

Sandra Huenchuan
Editora



NACIONES UNIDAS



COSTA RICA
GOBIERNO DEL BICENTENARIO
2018 · 2022

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



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

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps

Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores

Sandra Huenchuan
Editora



NACIONES UNIDAS

CEPAL



COSTA RICA
GOBIERNO DEL BICENTENARIO
2018 · 2022

Este documento fue coordinado por Sandra Huenchuan, Funcionaria, bajo la supervisión de Miguel del Castillo, Jefe de la Unidad de Desarrollo Social y de Pablo Yanes, Coordinador de Investigaciones, de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, en el marco de las actividades de la asistencia técnica que esta sede subregional proporcionó al Gobierno de Costa Rica en 2021 para realizar un curso internacional sobre los derechos humanos de las personas mayores y para producir material de referencia que sirva para futuras actividades de capacitación e investigación en el tema.

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

Notas explicativas:

- La coma (,) se usa para separar los decimales.
- La palabra “dólares” se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo que se indique lo contrario.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/MEX/TS.2022/4

Distribución: L

Copyright © Naciones Unidas, 2022

Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

Esta publicación debe citarse como: S. Huenchuan (ed.), *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores* (LC/MEX/TS.2022/4), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.

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

Índice

| | |
|---|-----------|
| Presentación | 11 |
| Resumen..... | 15 |
| Introducción..... | 17 |
| <i>Sandra Huenchuan</i> | |
| Bibliografía | 24 |
| Capítulo I | |
| La discriminación por edad de la vejez: definiciones y alcances..... | 25 |
| <i>Sandra Huenchuan</i> | |
| Introducción | 25 |
| A. La construcción social de la edad como la base de la diferencia y el trato desventajoso | 27 |
| B. La discriminación en la Convención Interamericana..... | 30 |
| 1. Discriminación por edad | 30 |
| 2. Discriminación múltiple..... | 32 |
| C. Discriminación directa e indirecta por razones de edad..... | 33 |
| D. Medidas afirmativas y ajustes razonables..... | 34 |
| E. Edadismo no es lo mismo que la discriminación por edad..... | 36 |
| F. A modo de cierre..... | 38 |
| Bibliografía..... | 39 |
| Capítulo II | |
| Intersección entre la edad de la vejez y la condición de discapacidad..... | 43 |
| <i>María Soledad Cisternas</i> | |
| Introducción | 43 |
| A. Estereotipos y prejuicios: viejismo o edadismo..... | 44 |
| B. ¿Qué ocurre en el ámbito normativo?..... | 45 |

| | |
|---|-----------|
| C. La triple dimensión..... | 47 |
| D. El cuidado y la asistencia personal..... | 49 |
| E. Comentario final sobre el envejecimiento y la CIE-11..... | 52 |
| F. Conclusiones..... | 53 |
| Bibliografía..... | 54 |
| Capítulo III | |
| Dignidad y autonomía en la vejez..... | 57 |
| <i>Xabier Etxeberria</i> | |
| Introducción..... | 57 |
| A. Dignidad, derechos humanos, vejez..... | 58 |
| 1. El concepto de dignidad y su aplicación histórica..... | 58 |
| 2. La reivindicación de la dignidad universal..... | 59 |
| 3. Dignidad universal y personas mayores..... | 59 |
| 4. Los malos tratos a las personas mayores como daño grave a la dignidad..... | 60 |
| B. Dignidad, autonomía y vejez..... | 63 |
| 1. Formulación de la dignidad en la Declaración de 1948 y pensamiento ilustrado..... | 63 |
| 2. Limitaciones antropológicas en la formulación ilustrada de la dignidad..... | 64 |
| 3. Dignidad e interdependencia..... | 65 |
| 4. Sobre la independencia reclamada en los documentos de los derechos humanos..... | 66 |
| C. Variaciones de la autonomía y vejez..... | 67 |
| 1. Expresiones de la autonomía..... | 67 |
| 2. Criterios morales para el apoyo a la autonomía de las personas mayores..... | 69 |
| 3. Respeto y apoyo a la autonomía cívica de las personas mayores..... | 71 |
| D. Propuestas de deliberación para inspirar y orientar buenas prácticas en el apoyo a las personas mayores..... | 72 |
| 1. Deliberación grupal en torno a posibles malos tratos a personas mayores..... | 72 |
| 2. Deliberación en torno a los apoyos ofrecidos a la autonomía de la persona mayor..... | 74 |
| E. Recapitulación..... | 75 |
| Bibliografía..... | 75 |
| Capítulo IV | |
| El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez..... | 77 |
| <i>Sandra Huenchuan</i> | |
| Introducción..... | 77 |
| A. El derecho a la vida y su relación con la muerte digna..... | 78 |
| B. Las personas mayores y la muerte digna..... | 81 |
| 1. La realización de la dignidad ante la muerte..... | 82 |
| 2. El respeto de la autonomía en la muerte..... | 83 |
| C. El derecho al consentimiento libre e informado y la voluntad anticipada..... | 85 |
| D. Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores..... | 87 |
| 1. La atención curativa y la atención paliativa..... | 89 |
| 2. Los cuidados paliativos en América Latina..... | 91 |

| | |
|---|------------|
| E. Conclusiones..... | 93 |
| Bibliografía..... | 94 |
| Capítulo V | |
| Consentimiento libre e informado en el acceso a la salud | 99 |
| <i>Joanna Pereira</i> | |
| Introducción..... | 99 |
| A. Elementos conceptuales..... | 100 |
| 1. Elementos formales..... | 101 |
| 2. ¿Cómo debe ser la información que se brinda en el proceso de consentimiento? | 103 |
| B. Reflejo normativo en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores..... | 104 |
| C. Vinculación con otros derechos reconocidos en la Convención..... | 107 |
| D. Algunos aspectos relevantes del consentimiento libre e informado en el contexto de emergencia sanitaria..... | 108 |
| E. Recapitulación..... | 109 |
| Bibliografía..... | 110 |
| Capítulo VI | |
| Transiciones pendientes en los sistemas de cuidados de larga duración | 113 |
| <i>Dolores Puga</i> | |
| Introducción..... | 113 |
| A. Cuidados de larga duración: lecciones aprendidas y tareas pendientes desde las experiencias europeas..... | 114 |
| 1. El riesgo de necesitar cuidado..... | 114 |
| 2. Diversidad de modelos, evoluciones paralelas..... | 115 |
| 3. De la custodia al derecho a vivir con dignidad en todos los momentos de la vida..... | 116 |
| 4. De intervenciones a trayectorias de cuidado..... | 117 |
| 5. De la sustitución a la complementariedad..... | 118 |
| 6. De la “cuidadora principal” a la red de cuidados..... | 121 |
| 7. Del individuo a la comunidad..... | 122 |
| 8. De la homogeneidad hacia la heterogeneidad, en búsqueda de mayor equidad..... | 123 |
| 9. Transformaciones en la financiación y la provisión..... | 126 |
| B. Ejemplos de buenas prácticas..... | 127 |
| C. Recomendaciones..... | 129 |
| D. Recapitulación..... | 130 |
| Bibliografía..... | 131 |
| Capítulo VII | |
| Derecho a los cuidados paliativos | 135 |
| <i>Tania Pastrana</i> | |
| Introducción..... | 135 |
| A. Derecho a los cuidados paliativos o los cuidados paliativos como derecho..... | 138 |
| B. Necesidad de cuidados paliativos..... | 141 |
| C. Desarrollo de los cuidados paliativos en América Latina..... | 141 |
| D. Acciones requeridas e instrumentos guía..... | 144 |
| E. Recapitulación..... | 145 |

| | |
|--|------------|
| Bibliografía | 146 |
| Capítulo VIII | |
| La participación de las personas mayores como estrategia política: entre el reconocimiento y la redistribución..... | 149 |
| <i>Adriana Rovira</i> | |
| Introducción | 149 |
| A. El rol de las políticas estatales en la construcción de identidad de las personas mayores en las agendas de participación..... | 150 |
| B. Transformaciones políticas, sociales y económicas actuales en las agendas de participación de las personas mayores..... | 155 |
| C. Las personas mayores por una lógica de reconocimiento | 157 |
| D. La identidad política, clave en los procesos de participación por el reconocimiento y la redistribución..... | 159 |
| E. La contribución del paradigma en derechos humanos en las lógicas de reconocimiento y redistribución de las personas mayores..... | 161 |
| F. Conclusiones..... | 163 |
| Bibliografía | 164 |
| Capítulo IX | |
| La educación como derecho de las personas mayores: avances y desafíos..... | 169 |
| <i>Teresa Orosa</i> | |
| <i>Laura Sánchez</i> | |
| Introducción | 169 |
| A. Educación y desarrollo humano | 172 |
| B. Buenas prácticas..... | 174 |
| C. Empoderamiento y educación: un acercamiento a la experiencia cubana..... | 176 |
| D. La educación de las personas mayores en situación de pandemia por COVID-19 | 179 |
| E. Recomendaciones | 181 |
| F. Recapitulación..... | 182 |
| Bibliografía | 183 |
| Capítulo X | |
| Acceso a la tecnología y a la alfabetización mediática e informacional de las personas mayores..... | 187 |
| <i>Miguel Rivera</i> | |
| Introducción | 187 |
| A. TIC, autonomía e independencia de la persona mayor | 189 |
| B. Las implicaciones del edadismo en el uso y aceptación de la tecnología..... | 192 |
| C. Conclusiones..... | 194 |
| Bibliografía | 195 |
| Capítulo XI | |
| Envejecimiento, salud y cambio climático..... | 197 |
| <i>Luis Heredia</i> | |
| Introducción | 197 |
| A. Cambio climático, envejecimiento y salud | 200 |
| B. Investigación y toma de conciencia sobre el impacto del cambio climático en las personas mayores..... | 204 |

| | |
|--|------------|
| C. Ejemplo de buena práctica en Cuba..... | 205 |
| D. Recapitulación y recomendaciones | 206 |
| Bibliografía | 208 |
| Capítulo XII | |
| Derecho al trabajo de las personas mayores. Buenas prácticas en la impartición de justicia en México | 213 |
| <i>Aída Díaz-Tendero</i> | |
| Introducción | 213 |
| A. Derecho al trabajo de las personas mayores | 214 |
| B. Derecho al trabajo como derecho económico, social y cultural..... | 215 |
| C. El derecho al trabajo de las personas mayores en los ámbitos universal, regional y nacional | 217 |
| 1. Ámbito universal..... | 217 |
| 2. Ámbito regional..... | 218 |
| 3. Ámbito nacional: México..... | 220 |
| D. Un caso de protección del derecho al trabajo de las personas mayores en México..... | 221 |
| 1. Construcciones sociales sobre la vejez y las personas mayores de la sentencia | 222 |
| 2. Alineación de la sentencia con los estándares del sistema supranacional | 224 |
| 3. Integración de los estándares del sistema interamericano de derechos humanos..... | 224 |
| 4. Convergencia de la sentencia con las normatividades nacional e internacional..... | 224 |
| E. Recomendaciones | 225 |
| F. Recapitulación..... | 226 |
| Bibliografía | 228 |
| Capítulo XIII | |
| Ejercicio de la defensa de los derechos humanos de la persona mayor en Costa Rica..... | 231 |
| <i>Gustavo Fallas</i> | |
| <i>Anahí Fajardo</i> | |
| Introducción | 231 |
| A. Los derechos de las personas mayores en el ordenamiento jurídico costarricense..... | 232 |
| B. El derecho a representación legal en Costa Rica para la persona mayor..... | 239 |
| C. Proyecto ED-3427 Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor | 241 |
| D. Población atendida en el Consultorio Jurídico, Proyecto ED-3427 Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor | 244 |
| 1. Distribución por sexo de las personas usuarias..... | 244 |
| 2. Consultas por materia | 244 |
| 3. Consultas por zona geográfica | 245 |
| 4. Procesos en los que se ha brindado patrocinio letrado | 246 |
| E. Recomendaciones | 246 |
| F. Recapitulación..... | 247 |
| Bibliografía | 247 |

Capítulo XIV

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su papel en la protección de los derechos de las personas mayores.....

| | |
|--|-----|
| <i>Constanza Argentieri</i> | |
| Introducción | 249 |
| A. El funcionamiento del SIDH y su uso para la protección de los derechos de las personas mayores..... | 250 |
| 1. El sistema de peticiones y casos..... | 252 |
| 2. El caso <i>Poblete Vilches</i> | 255 |
| 3. Otros mecanismos de promoción y protección de derechos humanos del SIDH | 257 |
| B. Reflexiones finales..... | 259 |
| Bibliografía | 260 |

Cuadros

| | | |
|---------------|--|-----|
| Cuadro IV.1 | Modelo de dignidad del cuidado del final de la vida..... | 83 |
| Cuadro IV.2 | Principios que guían la atención paliativa..... | 88 |
| Cuadro VI.1 | España: población de 65 años y más con necesidad de ayuda según tipo de apoyo y categoría regional, 2008..... | 120 |
| Cuadro VI.2 | Dinamarca, Suecia y España: autonomía en actividades de la vida diaria según servicios utilizados y país de residencia, población de 75 años y más, 2000-2007..... | 125 |
| Cuadro XII.1 | Derechos humanos presentes en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores..... | 216 |
| Cuadro XIII.1 | Distribución de personas usuarias del Proyecto ED-3428 por sexo, 2017 a 2021..... | 244 |
| Cuadro XIII.2 | Número de consultas por materia trabajadas en el Proyecto ED-3428, 2017 a 2021..... | 245 |
| Cuadro XIII.3 | Distribución de personas usuarias del Proyecto ED-3428 por zona geográfica, 2017 a 2021..... | 246 |
| Cuadro XIII.4 | Número de procesos en los que se ha brindado patrocinio letrado en el Proyecto ED-3428 de 2016 a 2021..... | 246 |

Gráficos

| | | |
|--------------|--|-----|
| Gráfico IV.1 | América Latina (países seleccionados): demanda de cuidados paliativos..... | 91 |
| Gráfico VI.1 | Suecia: esquema de evolución de la cobertura de cuidados de LTC según tipo de servicio, 1950-2008..... | 119 |
| Gráfico VI.2 | Probabilidad (OR) de recepción de servicios públicos en función de variables relacionadas con la fragilidad física, según categorías regionales..... | 125 |

Diagramas

| | | |
|---------------|--|-----|
| Diagrama I.1 | Discriminación y edadismo | 38 |
| Diagrama IV.1 | Cuidados paliativos como un continuo desde el diagnóstico al final de la vida..... | 90 |
| Diagrama IV.2 | Trayectorias de la necesidad de cuidado paliativo en personas con enfermedad crónica progresiva..... | 91 |
| Diagrama V.1 | Elementos formales del consentimiento libre e informado..... | 102 |

| | | |
|----------------|--|-----|
| Diagrama V.2 | Requisitos de la información que se brinda para el consentimiento libre e informado..... | 104 |
| Diagrama VII.1 | Modelo de atención integrado..... | 137 |
| Diagrama XI.1 | Impacto de la variabilidad y el cambio climático en las enfermedades no transmisibles..... | 202 |
| Diagrama XIV.1 | El Sistema Interamericano de Derechos Humanos..... | 251 |

Recuadros

| | | |
|----------------|---|-----|
| Recuadro IV.1 | México: leyes de voluntad anticipada..... | 87 |
| Recuadro VII.1 | Definición y componentes de los cuidados paliativos..... | 136 |
| Recuadro VII.2 | Artículos relacionados con cuidados paliativos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores..... | 139 |
| Recuadro VII.3 | Acciones requeridas para el avance..... | 145 |
| Recuadro IX.1 | El derecho a la educación en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores..... | 171 |
| Recuadro XIV.1 | Garantías de no repetición de la Corte Interamericana de Derechos Humanos..... | 254 |
| Recuadro XIV.2 | Garantía de no repetición..... | 257 |

Mapa

| | | |
|------------|---|-----|
| Mapa VII.1 | Ubicación y número de equipos asistenciales de cuidados paliativos..... | 143 |
|------------|---|-----|

Presentación

Este documento, coordinado por Sandra Huenchuan, es el resultado de una serie de actividades emprendidas en conjunto con el Gobierno de Costa Rica, país que ha mostrado con sus acciones ser vanguardia en materia de fomento y protección de los derechos humanos de las personas mayores. Entre ellas se encuentra la Reunión de Expertos Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en el Marco de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, realizada del 31 de octubre al 2 de noviembre de 2018, en San José, Costa Rica, así como el valioso apoyo que el Gobierno de Costa Rica dio en 2020 en la organización de la Reunión de Expertos El Impacto de la Pandemia por COVID-19 en las Personas Mayores, llevada a cabo el 29 de abril de dicho año.

En 2021, a solicitud de la segunda vicepresidencia de la república de Costa Rica, la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México efectuó el curso taller “Promoción, protección y ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores”, entre el 1 de octubre y el 25 de noviembre, en el que participaron 110 personas provenientes de 14 países latinoamericanos y que se transformó una experiencia de extraordinario valor para la toma de conciencia sobre el tema en la región.

Este libro, que es esencialmente un reflejo de la actividad de formación de capacidades celebrada en 2021, cubre temas diversos y con miradas desde varias disciplinas. Las distintas miradas y enfoques le dan un sello único y permiten al lector tener una visión holística del reto que se enfrenta en la promoción y defensa de la dignidad y los derechos humanos de las personas mayores:

- La visión de una antropóloga sobre la discriminación y el derecho a la vida.
- La dignidad y la autonomía de la persona mayor, analizadas por un filósofo.
- La vejez y la condición de discapacidad, revisadas por una abogada.

- El consentimiento libre e informado en salud, examinado por una especialista en bioética.
- Los cuidados de larga duración, a cargo de una demógrafa.
- El derecho a los cuidados paliativos, por parte de una médica y cirujana.
- La participación política de las personas mayores, por una psicóloga.
- La educación, el reto de la tecnología y el derecho al trabajo, por parte de una gerontóloga.
- Salud y cambio climático, por un geriatra.
- El panorama en materia de derechos (humanos, fundamentales y legales) que resguardan a las personas mayores en Costa Rica, presentado por dos abogados.
- Se cierra con el análisis del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su papel en la protección de los derechos de las personas mayores por una abogada.

Esta diversidad le da al documento una riqueza de perspectivas que permite comprender de manera amplia la temática abordada. Es indudable, como muestran los autores de este libro, que América Latina tendrá un envejecimiento poblacional que deberá ser tomado en cuenta con anticipación para dirigir correctamente las políticas públicas, siendo, muy probable que algunos países de la región enfrenten un reto más complicado.

Por regla general los demógrafos presentan las estimaciones y proyecciones de población en ausencia de una reflexión social y económica. No aplican un enfoque sistémico porque consideran que la demografía tiene su propia dinámica, independiente de lo social, y afirman que se acerca una tercera etapa de transición demográfica con bajas tasas de natalidad y bajas tasas de mortalidad. Detrás de esta tesis está la idea de la convergencia donde eventualmente todos los países van a coincidir en un alto nivel de desarrollo, ante lo que surge la siguiente preocupación: ¿qué pasaría en materia demográfica si los países no resuelven los problemas sociales, la pobreza y la educación, entre otros?, ¿qué podría suceder con la transición demográfica?

Para 2030, cuando se deberá cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las proyecciones demográficas sugieren que la región tendrá niveles de fecundidad similares a los que tienen algunos países de Europa, como por ejemplo Francia, Finlandia y Suecia. Algo similar ocurrirá con la esperanza de vida que coincidiría, de acuerdo con las proyecciones, con la de muchos países europeos.

Sin embargo, estas cifras no siempre toman en cuenta el contexto social. A diferencia de los países desarrollados, la pobreza en la subregión centroamericana fluctúa entre el 21% (Costa Rica y Panamá) y el 58,6% (Honduras). ¿Se podrá cumplir con las proyecciones de población y llegar a los niveles de fecundidad y mortalidad actuales de las naciones desarrolladas, si los países de la subregión no logran el anhelado desarrollo social? ¿Se lograrán las tasas de fecundidad en ausencia de una mejor educación de las y los jóvenes?

Las expectativas de la población van cambiando. En el caso de México, por ejemplo, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) llevada a cabo por el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las mujeres jóvenes tienen una fecundidad deseada superior a la de las mujeres de mediana edad. Si estas jóvenes no terminan sus estudios, no logran salir de la pobreza, de la precariedad laboral o de la violencia, sus posibilidades de desarrollo personal se verán diezmadas seriamente, así como el futuro de sus hijos.

Se acostumbra a ver el futuro como algo preestablecido, como un destino que aguarda y quienes lo ven así esperan que la demografía únicamente pronostique dicho futuro. Sin embargo, el futuro se debe ver desde una perspectiva diferente. Todo parece indicar que más bien se construye el futuro con las acciones que hoy se realizan, con lo que se hace o se deja de hacer en el presente. Si bien en la actualidad se observan tendencias robustas en la demografía, por ejemplo, el crecimiento de las personas mayores en las próximas décadas, el perfil demográfico futuro no está totalmente preestablecido y será afectado por las decisiones y los actos que se realicen para resolver los problemas de pobreza y atender de manera eficaz la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En suma, hay que tomar en cuenta que el cumplimiento de las proyecciones poblacionales de 2030 o 2050 dependerá de si se resuelve el problema social, de si se atiende la situación de pobreza, de la educación que se brinde, de las oportunidades de empleo digno que se ofrezcan. Si no se toman en cuenta estos aspectos de la realidad, en el futuro la situación puede ser un poco más complicada.

La sede subregional de la CEPAL en México, establecida en 1951, ha sido un centro de asistencia técnica e investigación para Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana. En este marco, la Unidad de Desarrollo Social ha prestado apoyo técnico en asuntos relacionados con el desarrollo social, el cambio demográfico, la protección social, la igualdad de género y la desigualdad, los derechos humanos, entre otros.

En los últimos cuatro años, la Unidad ha aunado esfuerzos con el Gobierno de Costa Rica para posicionar los asuntos del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en la agenda subregional. Un agradecimiento especial al Gobierno de Costa Rica por su apoyo y estímulo en la búsqueda de un mayor nivel de bienestar y cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas mayores.

Miguel del Castillo Negrete Rovira
Jefe de la Unidad de Desarrollo Social
Sede subregional de la CEPAL en México

Resumen

En este libro se presenta una perspectiva multidisciplinaria y contemporánea de los derechos humanos de las personas mayores. Se proveen elementos conceptuales y ejemplos de prácticas sobre cómo promover y proteger los derechos humanos de este grupo social en ámbitos que han sido clave durante la pandemia por COVID-19. Se trata de una contribución inédita construida a partir de reflexiones y propuestas de autores de la región y de fuera de ella.

En 2022 se cumplen 20 años de la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y alrededor del mundo se preparan eventos regionales de conmemoración para evaluar los avances en su implementación. Uno de los retos más comunes para la región y el mundo es cómo garantizar el ejercicio de los derechos humanos en la vejez. La pandemia por COVID-19 demostró que, a pesar de la existencia de una amplia normativa internacional y nacional, los derechos y libertades de las personas mayores aún no están protegidos con el vigor que se requiere.

Este libro, que reúne trabajos desde distintas perspectivas, servirá para ampliar el debate y las propuestas acerca de la protección y ejercicio de las personas mayores en ámbitos como el acceso a la justicia, el trabajo, la salud, la educación, las comunicaciones, los cuidados, entre otros. En él se presentan, además, reflexiones profundas sobre asuntos trascendentales como la dignidad y autonomía, la igualdad y no discriminación, y el derecho a la vida.

Introducción

Sandra Huenchuan¹

Hasta fines del siglo pasado el envejecimiento no era un tema que atrajera extensamente la atención, a pesar de que las estadísticas mostraban el resuelto incremento de las personas de 60 años y más, a escala mundial, regional y nacional y que el cambio de la estructura por edades de la población podría remitir impactos importantes en varios aspectos de la sociedad como el crecimiento económico, la participación en la fuerza laboral, los servicios educativos y de salud, los mercados de vivienda, entre otros. En la década de 2000, preocupados ante esta situación, los organismos internacionales advirtieron de distintas maneras a los gobiernos sobre el envejecimiento que estaban experimentando las sociedades y desplegaron variados esfuerzos para hacer más comprensible el cambio demográfico para los tomadores de decisiones. Uno de los conceptos que logró más arraigo fue el de envejecimiento activo.

Hoy, el mundo se encuentra en un punto de inflexión de la estructura por edades de la población. Muestra de ello es que la población infantil ya no aumenta al ritmo que lo hacía a la mitad del siglo pasado, mientras que el número de personas de edad avanzada se incrementa rápidamente. De la misma manera, la edad mediana de la población mundial pasó de 21,5 en 1970 a 30,4 años en la actualidad. Esto significa que la mitad de los habitantes del mundo tiene menos de esta edad y la otra mitad es mayor.

En la región, en 2020, la población de 60 años superó los 84 millones de personas, casi el doble de lo que reunía en el año 2000 (alrededor de 43 millones). Este grupo de edad representó el 13% de la población de América Latina y el Caribe en 2020, lo que equivale a

¹ Doctora en estudios latinoamericanos por la Universidad ARCIS, Chile. Posdoctorado en antropología en la Universidad de Chile. Funcionaria de la Unidad de Desarrollo Social de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México.

un incremento de 5 puntos porcentuales con respecto a inicios de este siglo. Hacia 2025, la población de 60 años y más (101 millones) habrá duplicado el número de niños menores de 5 años (50 millones) y por primera vez en la región habrá más personas de edad avanzada que niños. De igual manera, en 2025, el número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 se habrá duplicado (54,2) con respecto a 2000 (25,6), mientras que la población de 80 años y más prácticamente se triplicará entre 2000 y 2025.

A inicios de la tercera década del siglo XXI, al cambio de la estructura por edades de la población se suma un segundo hito demográfico: la transición de la longevidad, lo que en opinión de algunos autores marcará el rumbo de las sociedades en el futuro próximo. La confluencia del envejecimiento y la longevidad plantearía, en opinión de Scott (2020): nuevos desafíos para la humanidad, equivalentes al cambio climático o la globalización. De manera paralela, desde las ciencias sociales surgen cuestionamientos relacionados con la definición cronológica de la etapa de la vejez. Se plantea, por ejemplo, que definir su inicio a partir de los 60 o 65 años es un criterio que debe ser superado porque no se condice con el incremento de la esperanza de vida.

También se discute el dar demasiada importancia a la edad cronológica en la definición de la identidad de las personas mayores, descuidando otras formas de autoidentificación y las biografías de cada sujeto. Se postula que la edad es una de las muchas dimensiones de los procesos de diferenciación social, pero que sería un error comprenderla de forma aislada, sin considerar el contexto social y las relaciones de poder que se originan a partir de ella (Krekula, Nikander y Wilińska, 2018). Estas ideas se debaten en el marco de una producción más amplia sobre los derechos de las personas mayores, tanto en la literatura de habla hispana como anglosajona. Por su parte, los países latinoamericanos se destacaron por la determinación con la que promovieron los derechos humanos de las personas mayores en la agenda política internacional durante los últimos 20 años. Por ejemplo, en 2015 se celebró la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que ya suma ocho ratificaciones.

En este escenario, la emergencia sanitaria internacional por COVID-19 iniciada en 2020 se constituyó en una oportunidad inédita para ponderar si las sociedades realmente habían hecho suyos los progresos ocurridos en la arena internacional y regional. La observación de los hechos ocurridos en los últimos dos años con los derechos de las personas mayores lleva a una reflexión similar a la que hizo Simone de Beauvoir cuando afirmó que basta con una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres se cuestionen. Estos derechos nunca se deben dar por adquiridos, sino que son parte de una lucha constante (De Beauvoir, 1987). En efecto, a pesar de los avances de las dos últimas décadas en los derechos humanos de las personas mayores, la emergencia sanitaria dejó en evidencia que se imponía ir más allá.

Antes de la pandemia por COVID-19 se pensaba que en la región latinoamericana el consenso para abordar los asuntos de las personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos estaba afianzado. Varios países emprendieron reformas legislativas para modernizar y adecuar las normas a los cambios que se estaban produciendo en el ámbito internacional y otros actualizaron sus políticas para darles un enfoque centrado en los derechos humanos; sin embargo, durante la pandemia se atestiguó que la implementación de los derechos de las personas mayores no estaba del todo resuelta.

Transcurridos más de dos años desde el inicio de la pandemia por COVID-19, muchas personas mayores han sufrido el atropello de su dignidad e independencia, observaron o experimentaron cómo se agravaron las pautas preexistentes de discriminación en su contra, o vieron amenazados o perjudicados sus derechos a la salud, a la educación o al trabajo.

Aún no se podría hacer un balance definitivo del impacto de la pandemia en los derechos humanos de las personas mayores, pero valdría prevenir dos riesgos inmediatos. El primero es que las violaciones a los derechos humanos de las personas mayores se naturalicen y sean interiorizadas sin cuestionamientos por el resto de la sociedad. El segundo es que la elevada presencia de las personas mayores entre los contagios y las muertes por la enfermedad desvíe la atención hacia su riesgo biomédico en desmedro de su titularidad de derechos, lo que equivaldría a un retroceso de más de 50 años de discusión.



El escenario actual es complejo y exige repensar estrategias, alianzas y caminos para seguir adelante. Urge una narrativa de los derechos humanos de las personas mayores menos centrada en la retórica y más enfocada en la práctica, donde concurren distintos actores y se escuchen nuevas voces. El Experto Independiente sobre Derechos Humanos y Solidaridad Internacional, dijo en 2020 que “las coyunturas críticas como las de ahora, generan apertura para nuevas visiones ... imaginar nuevos futuros pospandémicos no es una tarea fácil, pero no hay tiempo para anhelar el pasado” (Okafor, 2020).

Este libro se construyó en dirección a contribuir a ese desafío, en particular para colaborar a formular de manera pragmática los derechos humanos de las personas mayores en ámbitos que resultaron particularmente clave en los últimos años. Lo que toca ahora es asentar los aprendizajes y generar capacidades para seguir avanzando. ¿Qué se puede aprender de la forma en que se actuó con la pandemia? ¿Cómo se puede fortalecer el ejercicio del derecho reconocido en la norma para llevarlo a la práctica? ¿Qué hacer para que las violaciones a los derechos humanos dejen de ser toleradas?

La publicación se inicia con el capítulo titulado “La discriminación por edad en la vejez: definiciones y alcances”, en el que se analizan conceptos clave con la finalidad de facilitar la lectura de las situaciones adversas que afectan a las personas mayores en su vida cotidiana y que muchas veces pasan desapercibidas para sí mismas y para el resto de la sociedad. La igualdad y no discriminación es un tema que atraviesa todos los capítulos de este volumen y en ellos se ofrecen ejemplos puntuales con respecto al acceso a la justicia, el trabajo, los cuidados, la educación, la comunicación, entre otros.

En el segundo capítulo, titulado “Intersección entre la edad de la vejez y la condición de discapacidad”, María Soledad Cisternas ofrece una lectura sobre la discriminación múltiple e interseccional que afecta a las personas mayores con discapacidad. La autora señala que si bien muchas personas de edad avanzada presentan discapacidad, no se puede considerar que la discapacidad es una condición inherente a la edad de la vejez y analiza las normas internacionales que serían más favorables para proteger los derechos humanos de este colectivo, sobre todo en el marco de situaciones de emergencia.

En los dos primeros capítulos del libro se ponen en tensión distintos elementos. Uno de ellos es la afirmación de que el trato diferenciado, en ciertas ocasiones, es necesario para resguardar la igualdad cuando se trata de grupos desaventajados. Ni más ni menos: cuando la igualdad de trato supone coartar o empeorar el acceso a un servicio, bien o el ejercicio de un derecho, es indispensable resaltar la diferencia (CIDH, 2019). En el caso de las personas mayores ello debe estar necesariamente asociado a la edad de la vejez y cómo

influye de manera activa e interactiva con un contexto determinado para dar origen a una desventaja objetiva. Otro aspecto que se destaca es la pertinencia de haber incluido la discriminación múltiple en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, lo que constituye uno de los aportes más trascendentales de dicho instrumento a la doctrina internacional de los derechos humanos.

En el tercer capítulo, titulado “Dignidad y autonomía en la vejez”, Xabier Etxeberria hace una contribución sustantiva al debate sobre los derechos de las personas mayores. El autor comienza su capítulo explorando la categoría de dignidad, su significado, su alcance, su intrínseca imbricación con los derechos humanos que encuentran en ella su fundamento y su relación con las exigencias más básicas de amparo de las personas mayores. Acto seguido, analiza la conexión de los derechos humanos con una determinada concepción de la autonomía, proponiendo que se afine y desarrolle ligándola no meramente al hombre abstracto, sino a la condición humana concreta. Luego expone las variaciones que se dan en la autonomía efectivamente vivida por las personas, concentrándose en el caso de las personas mayores. El autor cierra el capítulo con un breve apartado en el que se proponen dos actividades de deliberación orientadas a alentar buenas prácticas de apoyo a la dignidad y autonomía de las personas mayores.

En el cuarto capítulo, “El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez”, se analiza la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores concentrándose en la muerte digna y los derechos conexos, como una contribución a la profundización del conocimiento sobre el derecho a la vida y dignidad en la vejez, por las implicaciones que tiene en ejercicio de todos los derechos humanos de las personas mayores. Se trata de tópicos que se han debatido en la región en años recientes, desde una perspectiva que, a juicio de esta autora, se ha ido alejando del espíritu de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Se examina además el nexo entre el derecho a la vida, consagrado en la doctrina internacional de derechos humanos y la muerte digna, y se revisa su vínculo con los cuidados paliativos y el consentimiento informado.

En el quinto capítulo, titulado “Consentimiento libre e informado en el acceso a la salud”, Joanna Pereira analiza las implicaciones del derecho al consentimiento libre e informado para la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Establece de manera clara y detallada el vínculo del consentimiento libre e informado con el derecho a la vida, la dignidad, la libertad y la autonomía de las personas mayores, así como con el respeto a la voluntad y preferencia sustentado en la no discriminación por razón de edad. La autora ofrece un mapa de ruta de cómo llevar a la práctica el derecho al consentimiento libre e informado y cómo se utilizó durante la pandemia por COVID-19 en distintos ámbitos de la atención en salud.

En el sexto capítulo, denominado “Transiciones pendientes en los sistemas de cuidados de larga duración”, Dolores Puga examina las implicaciones del tránsito hacia poblaciones más complejas, con individuos de más edad y de más edades y lo relaciona con la disminución de los hogares multigeneracionales y las generaciones de mujeres adultas que dedicaban su vida a cuidar a otros miembros de la familia. Se pregunta cómo gestionar poblaciones que ya no son las de ayer, para responder de forma eficiente a los nuevos riesgos que plantean. Se concentra en la necesidad de cuidados de larga duración por parte de una proporción creciente de población y analiza la experiencia de los sistemas europeos en el tema. La autora plantea que hay que evolucionar de la óptica de

la custodia a la del derecho a una vida digna en cualquier edad, de las intervenciones a las trayectorias de cuidado, del cuidador principal a la red de cuidados, del individuo a la comunidad, de la sustitución a la complementariedad, o de la homogeneidad a la heterogeneidad en búsqueda de mayor igualdad.

En el séptimo capítulo, “Derecho a los cuidados paliativos”, Tania Pastrana hace un acercamiento conceptual a este derecho y su relación con la cobertura universal de atención en salud. La autora plantea un modelo de atención con base en la forma como se ha ido estandarizando el derecho a los cuidados paliativos en el mundo y en la región, presenta un análisis pormenorizado de la necesidad de los cuidados paliativos y documenta su desarrollo en América Latina. Al igual que otros autores del libro, la autora plantea una guía de cómo llevar a la práctica los cuidados paliativos con base en estrategias integrales y efectivas que involucren la educación, la provisión de servicios y el acceso a medicamentos en el marco de una política sanitaria que involucre a diferentes sectores de la sociedad y esté centrada en la comunidad.

En el octavo capítulo, “La participación de las personas mayores como estrategia política: entre el reconocimiento y la redistribución”, Adriana Rovira plantea el análisis de la participación de las personas mayores como estrategia política. Comienza por el papel de las políticas estatales en la construcción de identidad de las personas mayores en las agendas de participación, luego introduce la reflexión sobre algunas transformaciones políticas, sociales y económicas actuales y su impacto en las agendas de participación de las personas mayores. Finaliza con una reflexión acerca de la contribución que supone el paradigma de derechos humanos para negociar políticas de reconocimiento y redistribución, considerando la identidad de las personas mayores como un aspecto fundamental para llevar adelante estos procesos.

En el noveno capítulo, “La educación como derecho de las personas mayores: avances y desafíos”, Teresa Orosa y Laura Sánchez hacen una reflexión de la educación como uno de los pilares del denominado envejecimiento saludable, tanto desde la construcción subjetiva de cada persona como para la conformación cultural del imaginario social acerca de la vejez. Abordan la educación como un derecho de las personas mayores teniendo en cuenta la existencia de un cambio generacional. Exponen referentes que forman la base científica en la narrativa de los procesos de enseñanza-aprendizaje en las personas mayores y del desarrollo en esta etapa de la vida que han contribuido al posicionamiento de la gerontología educativa en la región. Describen alternativas educativas como ejemplos de buenas prácticas en varios países de América Latina y el Caribe y analizan los desafíos que las restricciones de movilidad por la pandemia han impuesto para ejercer el derecho a la educación por parte de las personas mayores en un escenario virtual.

En el décimo capítulo, “Acceso a la tecnología y a la alfabetización mediática e informacional de las personas mayores”, Miguel Rivera reflexiona sobre cómo las personas mayores ejercen su derecho a la participación en un mundo hiperconectado. Identifica las maneras en que las herramientas tecnológicas puedan brindarles ayuda técnica para mantener, durante el mayor tiempo posible, su autonomía, y señala los riesgos de no familiarizarse con ellas. Insiste en la responsabilidad de los Estados para que las personas mayores puedan acceder, aceptar y usar la tecnología a partir de crear, implementar y dar seguimiento a políticas públicas que brinden acceso a internet a toda la población, poniendo especial énfasis en crear programas de alfabetización mediática e informacional

que se centren no solo en el desarrollo de competencias digitales, sino también en erradicar estereotipos y prejuicios basados en la edad.

En el undécimo capítulo, “Envejecimiento, salud y cambio climático”, Luis Heredia analiza un tema escasamente abordado en el debate sobre los derechos humanos de las personas mayores. Se pondera cómo el cambio climático afecta los derechos humanos de este grupo social en ámbitos tan amplios como el agua, el saneamiento, la alimentación y la salud. El autor analiza con detalle el impacto del cambio climático en las enfermedades que suelen afectar a las personas mayores y cómo las investigaciones desarrolladas en distintas partes del mundo han evidenciado la desprotección en que se encuentran las personas mayores con respecto a los recursos y medidas de adaptación. Asimismo, presenta ejemplos de buenas prácticas en la materia y recomendaciones para mitigar los efectos del cambio climático en el bienestar y la salud de las personas mayores.

En los dos capítulos siguientes se documentan buenas prácticas sobre los derechos de las personas mayores en México y en Costa Rica. En el capítulo “Derecho al trabajo de las personas mayores. Buenas prácticas en la impartición de justicia en México”, Aída Díaz-Tendero analiza la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales a partir de una sentencia de la justicia mexicana sobre discriminación por edad en el ámbito laboral. En el capítulo “Ejercicio de la defensa de los derechos humanos de la persona mayor en Costa Rica”, Gustavo Fallas y Anahí Fajardo ofrecen un panorama en materia de derechos que resguardan a las personas mayores en el país. Realizan un recuento de los principales reconocimientos y cambios dentro del ordenamiento jurídico nacional en materia de derechos específicos para este sector poblacional y muestran como una buena práctica el patrocinio letrado gratuito para acudir a la sede jurisdiccional en defensa de los derechos.

Finalmente, en el decimocuarto capítulo, “El Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su papel en la protección de los derechos de las personas mayores”, Constanza Argentieri aborda los lineamientos generales sobre el funcionamiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su aplicación para la efectiva implementación de los derechos previstos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. La autora identifica las principales funciones de sus dos órganos, la Comisión Interamericana y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, haciendo especial referencia al alcance de las sentencias del Tribunal Interamericano a través de las garantías de no repetición. A su vez, describe las particularidades del mecanismo de seguimiento de la Convención mediante el que se amplía el acceso a la justicia interamericana.

El conjunto de trabajos presentados en este libro demuestra los desafíos a los que se enfrentan los países de la región para hacer efectivos los derechos humanos de las personas mayores, así como en la necesidad de aprender de experiencias provenientes de distintas partes del mundo para desarrollar cada vez mejores prácticas. A todas luces el ejercicio de difundir herramientas y metodologías de trabajo es indispensable en el escenario actual. Como se indica en algunos de los capítulos, los derechos de las personas mayores es un asunto en desarrollo y sin duda los avances registrados en los últimos años en la jurisprudencia de los tribunales internacionales de derechos humanos son grandes aportes para hacer efectivos los derechos consagrados en los estándares internacionales.

No se puede concluir esta introducción sin hacer mención a la notable sentencia de diciembre de 2021 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Profesores de Chañaral y otras Municipalidades vs. con Chile*, que ilustra la significativa contribución de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores a la doctrina internacional de derechos humanos y los desafíos de actualizar los estándares y enfoques sobre los derechos de las personas mayores.

La Corte falló a favor de 846 profesoras y profesores de seis municipalidades en Chile, quienes reclamaban el pago de una asignación especial no imponible otorgada a las y los docentes que fueron transferidos desde el Ministerio de Educación a los gobiernos locales durante la dictadura militar, sometiéndolos al mismo tiempo al trato de los trabajadores privados. La sentencia otorgó justicia a un gremio que, desde 1990, venía reclamando el pago de la denominada deuda histórica. Todas las víctimas sobrevivientes del caso son, al momento del fallo, personas mayores. El texto de la sentencia en su párrafo 148 describe a los afectados de la siguiente forma: “esta Corte resalta que las presuntas víctimas en el presente caso son todas personas mayores..., muchas de ellas en situación de vulnerabilidad” (Corte IDH, 2021a, pág. 54) y recuerda las obligaciones del Estado con respecto a este grupo social².

La Corte concluyó que las personas demandantes, en virtud del artículo 31 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, debían gozar de una protección reforzada al indicar que la persona mayor tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable (OEA, 2015) y contar con garantías de debida diligencia y trato preferencial en su acceso a la justicia³. El tribunal interamericano consideró, por lo tanto, que “El Estado desconoció su deber reforzado de garantizar la debida diligencia en el acceso a la justicia de las personas mayores y la celeridad en los procesos en lo que participa esta población” (Corte IDH, 2021b, pág. 1). Entre las medidas de reparación, la Corte ordenó la creación e implementación, en el plazo de un año, de un plan de capacitación y sensibilización a los operadores judiciales sobre el acceso a la justicia de las personas mayores.

Esta sentencia presenta muchos aspectos interesantes. Por primera vez un tribunal internacional utiliza de forma directa la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. En efecto, este tratado constituyó la principal norma utilizada por la Corte IDH para optimizar los derechos de los demandantes, fungió como estándar para aplicar el principio *pro persona* y para ordenar el deber reforzado de un Estado para garantizar la debida diligencia y el tratamiento preferencial a la persona mayor en el acceso a la justicia y de celeridad en los procesos.

En la aplicación del principio *pro persona*, la Corte IDH utilizó la Convención de dos maneras. Por una parte, acudió a la norma jurídica más amplia y favorable para los demandantes en la protección de su derecho de acceso a la justicia. Por otra parte, la

² Hasta el 30 de junio de 2021, fecha de transmisión de los alegatos finales de las partes, 149 de las 846 profesoras y profesores (18%) se encontraban entre los 80 y 92 años de edad; 325 entre los 70 y 79 años (38%), y 189 (22%) entre los 61 y 69 años de edad. Para esa misma fecha, 185 demandantes, esto es, más de un quinto del total, había fallecido esperando la ejecución de los dictámenes de los tribunales nacionales que ordenaban a las municipalidades el pago de la asignación reclamada (Corte IDH, 2021b).

³ “La Corte considera que surge un derecho a un tratamiento preferencial de las personas mayores en la ejecución de las sentencias a su favor y un correlativo deber estatal de garantizar un acceso diligente, celeridad y efectivo de las personas mayores a la justicia, tanto en los procesos administrativos como judiciales” (Corte IDH, 2021a, pág. 55).

Corte IDH realizó una interpretación extensiva de los destinatarios de la protección de la Convención. Cuando ocurrieron los hechos, los demandantes no eran personas de edad avanzada⁴; sin embargo, al momento de la sentencia sí. Con esta interpretación, se podría afirmar que se amplía la protección de las personas mayores, esto es, se vulneran los derechos de las personas mayores con independencia de que los hechos hayan ocurrido con anterioridad a que el demandante se encuentre en la etapa de la vejez.

Como se deduce de esta sentencia, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ha hecho un aporte fundamental a la especificación y promoción de los derechos de las personas mayores desde su adopción en 2015. Sin duda, se ha constituido en un instrumento de toma de conciencia para los titulares, como se ha observado en sinnúmero de acciones protagonizadas por las personas mayores en distintos lugares de la región y es un referente obligado para la protección de los derechos humanos de las personas mayores como se documenta también en este libro.

Aun así, ello no será suficiente si los titulares y quienes trabajan por los derechos de las personas mayores siguen careciendo de herramientas para llevarlos a la práctica en las políticas públicas y cualquier otra acción que despliega el Estado a su favor. He ahí una de las principales contribuciones de este libro, que ofrece desarrollos conceptuales, elementos empíricos y programáticos para avanzar cada día más en construir una sociedad donde los derechos humanos sean promovidos y respetados, aun en contextos tan complejos como en los que ha vivido el mundo en estos últimos años.

Bibliografía

- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2019), *Compendio igualdad y no discriminación: estándares interamericanos*.
- Corte IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos) (2021a), *Caso profesores de Chañaral y otras municipalidades vs. Chile sentencia de 10 de noviembre de 2021* [en línea] https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_443_esp.pdf.
- ____ (2021b), *Caso profesores de Chañaral y otras municipalidades vs. Chile: resumen oficial emitido por la corte interamericana* [en línea] https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_443_esp.pdf.
- De Beauvoir, S. (1987), *El segundo sexo*, Editorial Siglo XX, Buenos Aires, Argentina.
- Krekula, C., P. Nikander y M. Wilińska (2018), "Multiple marginalizations based on age: Gendered ageism and beyond, *Contemporary Perspectives on Ageism*, L. Ayalon y C. Tesch-Römer (eds.), Springer International Publishing, Suiza.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)* [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp.
- Okafor, O. (2020), "Solidarity key to post COVID-19 response", *Up Close: Imagining Our Post-Pandemic Futures*, Open Global Rights [en línea] <https://www.openglobalrights.org/solidarity-key-to-post-covid-19-response/>.
- Scott, A. (2020), "The long, good life: longer, more productive lives will mean big changes to the old rules of aging", *Finance & Development*, vol. 57, N° 1, Fondo Monetario Internacional (FMI).

⁴ De acuerdo con la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, corresponde a "aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" (OEA, 2015, pág. 4).

Capítulo I

La discriminación por edad de la vejez: definiciones y alcances

Sandra Huenchuan

Introducción

Las personas mayores han seguido una trayectoria semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados en la sociedad, tales como las mujeres o las personas con discapacidad. Esta coincidencia radica en el estándar de normalidad a partir del que se ha erigido 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 se conforma a partir de los parámetros de quienes constituyen el arquetipo culturalmente dominante (Courtis, 2004).

De una u otra manera, en la base de la construcción de este estándar de normalidad se ubica el poder, asociado generalmente a un arquetipo viril, blanco, sin deficiencias de ningún tipo y de preferencia joven, a partir del cual se ha aprendido a interpretar la existencia humana y que se erige como lo único y auténticamente capaz. Aquel que no cumple con estos requisitos se aleja de la normalidad y la diferencia —sea de sexo, de edad, de capacidad funcional o de origen étnico— se transforma en adversidad y surgen los obstáculos que limitan o impiden una vida digna.

Así, el itinerario social que siguen las personas y los grupos “diferentes” es muy parecido. Pasan desde su construcción como seres indeseables —carácter a veces atribuido a un origen mágico religioso—, siguiendo por el amparo, la necesidad urgente de

anular o disfrazar la diferencia, hasta llegar a ser considerados y asumirse como sujetos plenos. También padecen los efectos de las políticas asistencialistas —muchas de ellas inspiradas en propósitos nobles—, elaboradas a partir de la concepción de la diferencia como una carencia, un defecto o una mutilación que debe ser suplida.

Las personas mayores están además bajo la sospecha de no tener la capacidad para gobernar sus vidas, que se les confían a otro superior o experto, sea el cónyuge o el padre en el caso de las mujeres, los médicos en el de las personas con discapacidad, los cuidadores o los hijos en el de las personas mayores. La medicalización y la institucionalización son también dos prácticas comunes a las que se ven enfrentadas con demasiada frecuencia tanto las personas mayores como aquellas con discapacidad.

La reivindicación por el reconocimiento de los grupos discriminados tiene que ver con la construcción de sociedades más incluyentes, que hagan de la diferencia parte de la riqueza humana y no un motivo de segregación. Este objetivo, sin embargo, es de largo aliento, plagado de obstáculos de diversa índole, pero puede alcanzarse, al menos en su expresión formal; paso fundamental para su materialización en la práctica.

La reflexión, el debate y las soluciones relativas al tema 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 toda la sociedad. Se trata de una interpelación a la supuesta homogeneidad y al rechazo frente a aquello que no es igual al sí mismo, que recuerda la otredad siempre presente y amenazante. Quizás por la misma profundidad del cuestionamiento personal y colectivo que implica la edad de la vejez, el debate sobre los derechos de las personas mayores suele ser tan complejo de abordar, tanto en el plano político como en el programático, así como en el contexto cotidiano.

Hoy, cuando el debate sobre los derechos de este grupo social está instalado con solidez en el ámbito interamericano, a través de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, Convención), surgen nuevas necesidades de orden conceptual y práctico. Se requiere ir más allá del *chapeau* de cada uno de sus artículos. Algunos autores (Serrano y Vázquez, 2013) llaman a este proceso “desempaquetar los derechos humanos”, de manera que se hagan más comprensibles y asequibles para llevarlos a la práctica.

En este capítulo se realiza un ejercicio para hacer más comprensible el derecho a la igualdad y no discriminación por la importancia que se le otorga en la Convención. En efecto, el término “discriminación” es empleado en 18 ocasiones en este instrumento y el de “igualdad” en 26 —de hecho, 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 parte 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 (Huenchuan, 2018). La estructura de este capítulo es la siguiente. Primero se presenta un repaso de las teorías de la edad y se vinculan con la discriminación. Luego se exponen los conceptos de discriminación, discriminación por edad y discriminación múltiple. Se continúa con la discriminación directa e indirecta por razón de edad. Se prosigue con las medidas afirmativas y ajustes razonables, y se concluye con una reflexión sobre edadismo y discriminación por edad.

A. La construcción social de la edad como la base de la diferencia y el trato desventajoso

Un primer asunto que se debe plantear es qué hace distintas a las personas mayores del resto. Si las personas mayores son adultas, ¿por qué resulta tan difícil garantizar que sus derechos humanos sean respetados de la misma forma que para otros adultos?, ¿por qué la edad avanzada se convierte en una causal de discriminación? La teoría señala que la edad es una dimensión fundamental de la organización social porque la vida está dividida en períodos o ciclos relevantes que se basan en ella. Neugarten, Moore y Lowe (1965) afirman que las expectativas acerca de la actuación apropiada según la edad forman un elaborado y omnipresente sistema de normas que rigen el comportamiento y la interacción entre seres humanos, una red de expectativas que está incrustado en todo el tejido social.

Las normas de la edad asociadas al paso del calendario constituyen, por lo tanto, un sistema de control social, quizás uno de los más arraigados. Se exigen actitudes y comportamientos ajustados a la edad cronológica que tiene cada uno, e incluso a la que se representa y se establecen juicios cuando las expectativas en torno a la edad real o supuesta no son cumplidas. No hay más que pensar en todos los ritos asociados a la edad y sus respectivas instituciones (escuela, matrimonio, trabajo, jubilación) y de inmediato se revelará cuán profundamente afecta la edad al funcionamiento de la vida social.

La edad es un concepto multidimensional. Por un lado, están la edad cronológica (o de calendario) y la edad fisiológica asociada con los cambios que se producen en el cuerpo con el avance de la edad cronológica y, por otro, la edad social que alude a las expectativas sobre las actitudes y comportamientos de acuerdo con la edad cronológica real o atribuida. La edad como proceso conllevaría además los beneficios y perjuicios del trato diferenciado. Cuando el paso del tiempo, expresado en años, se percibe de manera positiva se le suele llamar “desarrollo” —el caso de los niños—, pero cuando ocurre lo contrario se le denomina “decadencia” —el caso de las personas mayores—. Ambos grupos comparten una condición común: son reificados a partir de su edad, lo que los haría diferentes al resto y determina su dependencia en ambos casos: la falta de capacidad para decidir por sí mismos en los niños y la pérdida o limitación para ejercer la autonomía en las personas mayores.

La diferencia fundamental entre ambos grupos radica en la transitoriedad de la dependencia. Mientras que los niños son protegidos para desarrollar su capacidad de ser independientes, las personas mayores, por el contrario, son despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas a medida que envejecen, pudiendo convertirse en perpetuas dependientes. Ambas concepciones —desarrollo/independencia y decadencia/dependencia— no son más que el resultado de la construcción social de la edad cronológica y fisiológica. Por medio del desarrollo, las personas adquieren atributos físicos y mentales necesarios para mantener su independencia, como ocurre con los niños. En cambio, la decadencia incluye pérdidas fisiológicas que en el ámbito social se derivan de manera general en incapacidad para tomar decisiones, tal cual sucede con frecuencia con las personas mayores.

Las sociedades occidentales aceptan casi de forma natural el trato diferenciado a partir de la edad y la estratificación que de ella se deriva. De acuerdo con Goosey (2021), dicha estratificación se mantiene porque proporciona una organización eficaz de la sociedad, asegurando un orden cronológico de las actividades de las vidas de las personas para obtener beneficios. En contrapartida, el trato desigual a partir de la edad también puede

socavar, aunque sea de manera transitoria, el estatus social de las personas cuando forman parte de ciertos grupos de edad que son subordinados (Neugarten y Neugarten, 1987).

En el caso de las personas mayores, la edad cronológica o de calendario de los 60 años marca el inicio de una nueva etapa de la vida. En general, este límite etario suele estar asociado al momento de la jubilación como un fenómeno connatural para todas las personas, aunque en la práctica conlleva una relación más estrecha con la edad fisiológica. Ambos cambios —calendario y cuerpo— traen consigo una serie de alteraciones para las personas mayores y quienes les rodean debido a que la sociedad suele tener una visión peyorativa de la edad de la vejez y subordina a quienes la experimentan por medio de un conjunto de restricciones para mantener la autonomía.

Surge así una relación opresiva entre las personas mayores y el resto de la sociedad, que es similar a la que viven las mujeres y las personas con discapacidad, aunque basadas en causas diferentes: la anatomía imponiendo el destino en el caso de las primeras, la deficiencia haciendo lo propio con las segundas (Palacios y Bariffi, 2007) y la edad de la vejez repitiendo el mismo patrón con las personas mayores. No obstante, en la diferencia que existe en la base del trato desventajoso entre las personas mayores y otros grupos oprimidos radica la complejidad de distinguir la edad como una causa de discriminación.

La edad se distingue por su naturaleza dinámica y transitoria. La clasificación de las personas según edad se caracteriza por un continuo cambio y, por consiguiente, no constituye un rasgo inmutable —como sucedería, por ejemplo, con el origen étnico racial— y es una característica omnipresente a simple vista. Además, como afirma Williams (2011), en el caso de las personas mayores se trata de adultos que deberían disfrutar del mismo estatus social y moral que el resto. Si la vejez es parte natural del ciclo de vida, ¿por qué como sociedad se alienta el trato desigual hacia las personas mayores?, ¿por qué la autonomía que se adquiere con la adultez no permanece inalterable hasta la muerte?

Traxler (1980) 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 institucionalización. El miedo a la muerte influye en el temor a la vejez. La civilización occidental concibe la muerte como fuera del ciclo de la vida humana y como una afrenta hacia la propia existencia (Butler y Lewis, 1977). Previo a la pandemia por COVID-19, la muerte cotidiana se había convertido en un hecho olvidado, escondido, alejado, como asunto de otros (González, 2021) o que afectaba solo a las personas de muy avanzada edad. Por esta razón, en el imaginario habita un profundo malestar hacia las personas mayores porque se asocian con la inutilidad, la impotencia y la finitud de la vida.

El énfasis en un ideal joven y un imaginario asentado en la productividad van unidos. La belleza, la lozanía y el potencial sexual 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. Las personas mayores habrían perdido 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 llamadas hospicios o asilos,

donde viven a partir de los parámetros establecidos por un tercero. “Siendo una práctica corriente en el siglo XIX, su inspiración moralizante y segregadora sigue marcando hoy en día la representación colectiva de la edad avanzada” (Guillemard, 1992).

Lo curioso del desarrollo de la gerontología de la década de 1980, que identificó de manera tan clara las causas de la discriminación de las personas mayores en las sociedades occidentales —y que, por cierto, se cuidó de no hacer extensivo este fenómeno a todas las culturas—, es que no logró llamar suficientemente la atención sobre el hecho de que las personas mayores, como ocurría con otros grupos discriminados, tienen derechos y estos deben ser garantizados en el campo político¹. Por el contrario, muchas veces la gerontología dio como resultado el diseño y la implementación de políticas de integración que fueron minando la construcción de las personas mayores como sujetos autónomos (Huenchuan, 2004)².

Para tener derechos, las personas deben ser percibidas como individuos diferentes unos de otros y ser capaces de formular juicios morales independientes y deben formar parte de la comunidad política y ser competentes para establecer lazos de empatía con los demás (Hunt, 2009). Si la atención de las personas mayores en las décadas de 1970 y 1980, que estuvo concentrada en su institucionalización y su territorialidad se redujo a los asilos y hospitales, muy difícilmente podrían llegar a cumplir con estos requisitos. Como corolario, a fines de la década de 1990 la definición ortodoxa de las personas mayores continuó vigente y se les siguió negando sistemáticamente el estatus social que se les exige para ser reconocidas como completamente autónomas.

De este modo, el deterioro y la dependencia que puede conllevar la edad fisiológica automáticamente se tradujeron en la falta de autonomía moral. Sin embargo, tal como ocurrió con los esclavos, los sirvientes o las mujeres, las prácticas discriminatorias en contra de las personas mayores pueden ser desterradas, puesto que la noción de autonomía no es estática, sino inventada y las limitaciones otrora admisibles para tener derechos pueden ser puestas en entredicho.

Desde inicios de la década de 2000, con la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la concepción de las personas mayores empezó a cambiar. Varios países latinoamericanos promulgaron legislaciones específicas para proteger sus derechos humanos y se inició un movimiento —con el apoyo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros— dirigido a dar visibilidad a las personas mayores como titulares de derechos humanos. Este movimiento permitió que se aprobara la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015, se formara el Grupo de Trabajo de Composición Abierta de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento y se creara un mecanismo especial en el Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas mayores. Todos estos logros fueron promovidos con el protagonismo de los países de la región.

¹ Hay que recordar que, en la misma época, la literatura académica ya reconocía el género y la raza como causas de opresión social (Palacios, 2008), y que más adelante hizo lo propio con las personas con discapacidad.

² Sobre este punto, véase el capítulo de Adriana Rovira en este mismo volumen.

B. La discriminación en la Convención Interamericana

La discriminación está prohibida por seis de los principales documentos internacionales de derechos humanos y la gran mayoría de los Estados del mundo tienen disposiciones constitucionales o legales que prohíben la discriminación (Osin y Porat, 2005). La Convención ofrece tres conceptos de discriminación. En el artículo 2 la define como:

“Cualquier distinción, exclusión, restricción 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” (OEA, 2015).

Hay tres principios estrechamente relacionados con la discriminación, además de la igualdad: la autonomía, el respeto y la dignidad. Se entiende que el trato diferenciado es discriminatorio cuando produce un perjuicio o menoscabo en la aplicación de estos principios. Por ejemplo, hay discriminación cuando una característica protegida de la persona conduce a la desventaja y se le responsabiliza de ello (igualdad), cuando se daña la capacidad de una persona de vivir una vida independiente (autonomía), cuando se degrada a la persona en su valor social o moral (respeto) y cuando se deshonra la integridad de la persona (dignidad) (Goosey, 2021; Khaitan, 2011). El ejercicio de la práctica discriminatoria, como se verá más adelante, es un elemento esencial para probar discriminación, pero al mismo tiempo importa la sola probabilidad de sentirse amenazado en el disfrute de la libertad, el acceso a bienes esenciales y a oportunidades valiosas, la autoestima y la seguridad, entre otros.

1. Discriminación por edad

La Convención define la discriminación por edad 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 libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada” (OEA, 2015).

Lo primero que hay que aclarar es que la discriminación por edad constituye una especificación del derecho a la igualdad y no discriminación. En efecto, los conceptos de igualdad y no discriminación no son nuevos ya que, como se dijo, 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 ello, se podría afirmar que, en términos teóricos, todos los derechos reconocidos en los tratados de derechos humanos tanto de carácter universal como americano son plenamente aplicables a las personas mayores, aunque en la práctica ello no ocurra.

El aporte indudable y novedoso de la Convención Interamericana es prohibir la discriminación a partir de una determinada edad (60 años y más). De este modo, se reconoce jurídicamente que, en determinadas situaciones, las personas mayores tienen una “desventaja inmerecida” para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que el resto. Se subraya el término desventaja inmerecida porque las personas mayores no han hecho nada para que se les trate de manera desigual, excepto tener una edad diferente.

Lo segundo es que la discriminación por edad está relacionada con la diferencia de trato y para que ese trato sea discriminatorio debe carecer de objetividad y proporcionalidad y, en el peor de los casos, ser degradante. Esto último significa que las actitudes y comportamientos hacia las personas mayores comunican que es un grupo con un valor moral y social más bajo que el resto de la sociedad debido a su edad. En términos más simples, se podría decir que implícita o explícitamente, debido a su edad, a las personas mayores se les niega que tengan capacidad de acción, la facultad de responsabilizarse por ella, o ambas.

Con respecto a la diferencia de trato, sin embargo, hay que hacer la salvedad de que no todas las distinciones son ofensivas. Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2019), pueden establecerse distinciones basadas en desigualdades de hecho que en sí constituyen un mecanismo de protección de quienes lo necesitan. Se trata de aplicar la máxima de “tratar cuestiones desiguales de forma diferente de acuerdo con su desigualdad” (Collins, 2018). En el caso de trato diferenciado por edad, podría ser aceptado si cumple con algunas de las siguientes condiciones: no conduce a situaciones contrarias a la justicia, razón o naturaleza de las cosas (CIDH, 2019) y es un medio proporcionado para lograr un objetivo legítimo o se ajusta a una excepción específica (Goosey, 2021). El artículo 4, letra b), de la Convención Interamericana es esclarecedor en tal sentido al señalar:

“No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas afirmativas y ajustes razonables que sean necesarios para acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor, así como para asegurar su plena integración social, económica, educacional, política y cultural. Tales medidas afirmativas no deberán conducir al mantenimiento de derechos separados para grupos distintos y no deberán perpetuarse más allá de un período razonable o después de alcanzado dicho objetivo” (OEA, 2015).

Una vez establecido lo anterior, se transita a un tercer elemento fundamental sobre la discriminación en general y la discriminación por edad en particular. La discriminación se sustenta en prejuicios y estereotipos, y por ello no hay que confundir estos términos.

Los estereotipos y los prejuicios son los motores simbólicos de la discriminación. Los primeros son las creencias u opiniones acerca de los atributos de un grupo social o sus miembros. Los segundos son sentimientos o expresiones de animadversión u hostilidad hacia un grupo social basados con frecuencia en los estereotipos (Solís, 2017). Ambos tienen existencia solo en el ámbito de la subjetividad, son difíciles de identificar e incluso de medir, a menos que sea través de la percepción. En cambio, la discriminación, en este caso, la discriminación por edad se manifiesta por medio de prácticas.

Los prejuicios y estereotipos producen prácticas discriminatorias basadas en actitudes y comportamientos. Las prácticas discriminatorias son acciones que de manera efectiva implican una violación de los derechos y libertades de las personas mayores. Las actitudes son un conjunto interrelacionado de creencias, sentimientos y motivaciones acerca de las personas mayores, que en sí mismas no son una acción abierta y visible, mientras que los comportamientos son acciones que inciden en el tejido social y están dirigidas a las personas, identificados por la actitud (Rodríguez, 2005). Analizar y trabajar la discriminación por edad desde la perspectiva de las prácticas discriminatorias permite abarcar todo el abanico de elementos intervinientes en la discriminación. Concentrarse en la discriminación solo a partir de los prejuicios y estereotipos, además de subjetivar el tema, lo reduce al comportamiento individual y no al funcionamiento de la estructura social ni a las normas basadas en la edad.

Por último, hay que hacer una salvedad no menos importante. Se trata de responder a una pregunta usual: ¿la discriminación por edad es un tipo de discriminación estructural? La respuesta es no. La discriminación estructural se aplica cuando se trata de un atributo protegido de carácter inalterable y, entre otros requisitos, debe tener como causa un contexto histórico, socioeconómico y cultural específico que se perpetúa a través de las generaciones, por ejemplo, la discriminación étnico racial.

En el caso de la edad, como ya se dijo anteriormente, se trata de una característica dinámica y transitoria, y cuya construcción peyorativa afecta al sujeto en distintos momentos de la vida, pero no siempre. No es una característica o atributo inmutable, por el contrario. Debido a lo mismo, tampoco se hace una transmisión intergeneracional de la desigualdad que conlleva la discriminación por edad (a menos que se desee analizar indirectamente). Una persona es discriminada a partir de su edad cuando se ubica en una edad específica, cuando pertenece o se le atribuye a un grupo de determinado rango de edad. Las consecuencias de esa discriminación, sin duda, afectan todo su espectro de actividades y relaciones sociales durante un lapso acotado, pero no la transfiere directamente a sus descendientes, como ocurre con la discriminación estructural.

2. Discriminación múltiple

La Convención define la discriminación múltiple como “cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación” (OEA, 2015). Ante todo, hay que valorar que la Convención haya incluido con particular atención la discriminación múltiple. El espíritu de esta incorporación fue precisamente rescatar situaciones en las que la discriminación por edad se vincula con otros tipos de discriminaciones que en su conjunto conllevan desventajas multicausales, por ejemplo, en el caso de mujeres mayores o ancianos indígenas³.

Aplican aquí varias de las distinciones que se ofrecieron en los párrafos anteriores, aunque la discriminación múltiple hace hincapié en el potencial de combinar la edad con otras razones de diferenciación (como el origen étnico, racial, sexo, género, discapacidad, entre otras) para explicar las experiencias de discriminación que viven las personas mayores. De esta manera, la discriminación múltiple permite examinar con más detenimiento los sistemas de poder y opresión que provocan daño e injusticia, así como las barreras que afrontan determinados colectivos de personas mayores para hacer valer sus derechos. Es indispensable, sin embargo, insistir en que, en este caso, la discriminación múltiple debe tomar a la edad como causa de diferenciación de trato “fija” que sumada a otras características del sujeto pueden hacer que la experiencia de la desventaja sea experimentada de manera distinta.

Para aclarar este punto, por ejemplo, piénsese en una mujer mayor indígena que no tiene acceso a la propiedad de la tierra. ¿Cuál sería la causa principal de discriminación?, ¿su origen indígena, su edad o ser mujer? Es posible que las causas fijas sean ser mujer o indígena, puesto que en el acceso a la propiedad ambas características se constituyen en el fundamento del trato desigual. Lo que hace la edad es profundizar la desventaja porque conlleva una vulnerabilidad adicional. Esta misma mujer, cuando era adulta pudo haber sobrellevado la misma situación.

³ Sobre la discriminación múltiple que afecta a las personas mayores con discapacidad, véase el capítulo de María Soledad Cisternas en este mismo volumen.

Es distinto cuando un empleador decide no contratar a una solicitante para un puesto de trabajo porque cree que ella tiene 65 años. Aquí, la discriminación ocurre principalmente por la edad de la solicitante, donde el ser mujer puede agravar la desventaja. Lo fundamental, de acuerdo con la Convención Interamericana, es que a la discriminación que se sufre por edad se sumen otras desventajas por pertenecer a otros grupos que comparten características protegidas. La verdad es que estos asuntos no siempre son fáciles de abordar en la práctica, porque las diferencias que definen los grupos desfavorecidos son mucho más imprecisas que las que podrían observarse a simple vista, pero es importante hacer el ejercicio⁴.

En definitiva, la discriminación múltiple ofrece un marco de interpretación y acción para eliminar las relaciones desiguales de poder entre grupos privilegiados y marginados y en el caso de las personas mayores permite afinar la mirada acerca de las desventajas a las que se ven sometidos determinados grupos de población de edad avanzada. Esto es más importante aun cuando la discriminación por edad tiene por característica que en muchas ocasiones los mismos sujetos que componen el grupo de edad avanzada son los que brindan un trato desigual y degradante a sus coetáneos.

C. Discriminación directa e indirecta por razones de edad

La discriminación por edad, como otros tipos de discriminación, puede ejercerse de forma directa o indirecta. Ambas son iguales de graves y su diferencia radica, entre otras cosas, en su obviedad. Goosey (2021) enseña que la discriminación por edad directa se produce cuando un individuo es tratado de manera menos favorable que otro a causa de su edad o a la que se cree que tiene, o porque se asocia alguien a una edad en particular. Una característica importante de la discriminación directa, de acuerdo con este autor, es que debe existir un vínculo entre el trato menos favorable y la característica protegida. La desventaja impuesta por la discriminación por edad, además, debe determinarse en relación con algún miembro de un grupo social de comparación apropiado (Altman, 2020).

Esta referencia esencial a la comparación explica por qué en la Convención se señala de manera explícita “igualdad de condiciones”, lo que se puede identificar haciendo una comparación entre el denunciante de cierta edad con una persona en una situación similar (real o hipotética) de una edad diferente. Hay discriminación si el denunciado trató a la persona mayor de manera menos favorable en comparación con personas de una edad distinta (Goosey, 2021). Otra forma de identificar la discriminación directa, que puede ser aplicada a la discriminación por edad, es que debe ser explícita e intencional, aunque en ocasiones basta con utilizar un recurso sustituto para dejar fuera a las personas mayores. Esto ocurre, por ejemplo, cuando se hace un llamado para un empleo y se establece que el solicitante debe tener menos de 55 años. La desventaja igualmente puede ser resultado de la indiferencia con respecto a la existencia, características o necesidades de las personas mayores, como sucede con frecuencia en los planes de emergencia frente a los desastres naturales.

La discriminación indirecta tiene lugar cuando una disposición aparentemente neutra introduce una desventaja para un grupo de personas que comparten las mismas características (FRA, 2019). Vale decir, una práctica aparentemente ecuaníme con respecto a la edad, pero que menoscaba a las personas mayores y que no es un medio

⁴ Véase el trabajo de Aída Díaz-Tendero de este documento.

proporcionado para alcanzar un objetivo legítimo. Ella se consideraría discriminatoria, con independencia de si el agente tiene la intención de perjudicarles o no, esté influenciado por la indiferencia o el sesgo hacia la vejez (Goosey, 2021; Altman, 2020). Para algunos autores, la discriminación indirecta por razón de edad se ha convertido en una forma sutil de eludir la normativa prohibitiva de la discriminación (Soldevila, 2019). En estos casos no es el trato lo que difiere, sino sus efectos, que afectan de modo distinto a personas con características diferentes. La discriminación indirecta puede surgir cuando:

“No se toman en cuenta adecuadamente y de forma positiva todas las diferencias pertinentes entre las personas que se encuentran en una situación comparable o cuando no se toman medidas apropiadas para garantizar que todas las personas puedan acceder realmente a los derechos y las ventajas colectivas que se encuentran a disposición de todos” (FRA, 2019).

Al igual que la discriminación directa, se requiere la comparación, pero en este caso entre grupos en lugar de individuos.

Lo importante de la distinción entre discriminación directa e indirecta por razones de edad pareciera ser el desarrollo de habilidades que faciliten la identificación de la segunda, puesto que resulta más difícil de tipificar. Un ejemplo de discriminación indirecta puede ser el requisito de contar con una pensión o jubilación para acceder a un beneficio para personas de 60 años y más (tal es el caso de servicios turísticos, culturales o deportivos) en un país sin pensiones no contributivas. ¿Qué sucedería en este caso? Solo las personas mayores, con acceso a pensiones contributivas podrían acceder a los beneficios. Por lo tanto, el beneficio no es para todas las personas mayores: es un beneficio para jubilados y pensionados.

D. Medidas afirmativas y ajustes razonables

La oportunidad y la necesidad de medidas especiales o afirmativas a favor de las personas pertenecientes a grupos específicos han sido expresamente ratificadas por los instrumentos y la práctica internacionales de derechos humanos (Rodríguez-Piñero, 2010). En particular, el Comité de Derechos Humanos ha afirmado, en términos generales, que:

“El principio de la igualdad exige algunas veces a los Estados Parte adoptar disposiciones positivas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan que se perpetúe la discriminación... En un Estado en el que la situación general de un cierto sector de su población impide u obstaculiza el disfrute de los derechos humanos por parte de esa población, el Estado debería adoptar disposiciones especiales para poner remedio a esa situación. Las medidas de ese carácter pueden llegar hasta otorgar, durante un tiempo, al sector de la población de que se trate un cierto trato preferencial en cuestiones concretas en comparación con el resto de la población. Sin embargo, en cuanto son necesarias para corregir la discriminación de hecho, esas medidas son una diferenciación legítima” (Naciones Unidas, 1989).

Las medidas especiales o afirmativas son de hecho permitidas o demandadas por una serie de instrumentos de derechos humanos como obligaciones requeridas a los Estados parte. En la Convención se asientan estos, con lo que se suma a la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial o la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Las políticas de los organismos internacionales o regionales también han asumido de manera explícita las medidas especiales o afirmativas dentro de sus métodos de acción. Por ejemplo, las de la Unión Europea reconocen ahora la necesidad de la adopción de estas, con el fin de prevenir o compensar las desventajas o la discriminación, así como para “proveer la igualdad sustantiva al tener en cuenta la situación específica de grupos desaventajados y romper el ciclo de desventaja asociado con la pertenencia a un grupo específico” (CE, 2009).

En el caso de las medidas afirmativas para las personas mayores, es importante tomar en cuenta algunas distinciones por su característica como categoría protegida. La edad es un rasgo que las personas no pueden controlar pero, como ya se dijo, es cambiante y durante la vida se pertenece a distintos grupos de edad. Por ello, es posible experimentar las ventajas o desventajas de la edad en distintos momentos. Entonces, partiendo de la base de que todas las personas podrían vivir todas las etapas del curso de vida, Goosey (2021) propone utilizar la igualdad distributiva como principio para ponderar la pertinencia del trato diferenciado por edad. Este autor señala que el trato diferenciado por edad se justificaría si garantiza la igualdad de recursos o bienestar a lo largo de la vida, es decir, que cada individuo recibe los beneficios y soporta las cargas de acuerdo con su etapa del ciclo vital.

Aunque la aplicación de este razonamiento es compleja, es posible ilustrarla con el ejemplo de las pensiones no contributivas. La entrega de una transferencia monetaria a las personas mayores con cargo a impuestos generales sería una medida de trato diferenciado de acuerdo con la edad que estaría correcta desde el punto de vista de la justicia distributiva porque implicaría, por una parte, que las personas pensionadas hicieron una contribución a la economía durante su vida de trabajo (sea en el ámbito doméstico o extradoméstico); pero además quienes en la actualidad se encuentran en la etapa productiva también tendrán la oportunidad de disfrutar del beneficio de una pensión una vez alcanzada la edad de jubilación.

En este ejemplo, el trato diferenciado por edad puede ser aceptado porque asegura el bienestar de todas las personas mayores (actuales y futuras) mediante la reducción de la desventaja económica que afrontan en la generación de ingresos en el mercado laboral. Lo importante de esta medida de trato diferenciado es que debe ser constante en el tiempo. Para ello es fundamental que constituya parte de los sistemas de protección social construidos sólidamente sobre la base de un pacto que beneficie a todas las generaciones en algún momento de la vida.

Otro ejemplo de un trato diferenciado justificado es que las personas de avanzada edad reciban la vacuna contra el COVID-19 primero que otros grupos de edad. En este caso, la edad se utiliza como un *proxy* para inocular a las personas que se encuentran en mayor riesgo de contraer una enfermedad grave o morir durante la pandemia. Es eficiente porque, de lo contrario, habría que examinar la situación de cada persona para ponderar su exposición al riesgo, lo que, además de costoso, tomaría un tiempo valioso que no se puede perder. En este caso, las personas más jóvenes no tendrán que esperar a llegar a la edad avanzada para acceder a la vacuna, sino que lo harán una vez que aquellas con más riesgo frente a la enfermedad se encuentran protegidas.

Una categoría más reciente que la de medidas afirmativas es la de los ajustes razonables (Rodríguez-Piñero, 2010). La Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, define este tipo de medidas como:

“Las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (Naciones Unidas, 2006).

La Convención utiliza el concepto de ajuste razonable en dos ocasiones. En un primer momento en el artículo 4, letra b), en lo relativo a los arreglos necesarios para acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor, así como para asegurar su plena integración social, económica, educacional, política y cultural. Y luego en el artículo 31, sobre el acceso a la justicia para ajustar los procedimientos en todos los procesos judiciales y administrativos en cualquiera de sus etapas en que esté involucrada una persona mayor. Es interesante que la Convención asocie los ajustes razonables a la igualdad social (artículo 4, letra b) porque implícitamente hay un doble reconocimiento. Por un lado, que la discriminación por edad es dañina cuando crea condiciones en las que las personas no pueden interactuar como iguales y, por otro, que el trato desigual puede ser favorable cuando promueve la integración social de las personas mayores.

E. Edadismo no es lo mismo que la discriminación por edad

En marzo de 2021, la Organización Mundial de la Salud publicó el *Informe Mundial sobre Edadismo (Global Report on Ageism)* en el que define el edadismo como los estereotipos (cómo se piensa), los prejuicios (cómo se siente) y la discriminación (cómo se actúa) hacia las personas en función de su edad (OMS, 2021). El edadismo es un término acuñado por primera vez en 1969 por R. Butler. En la jerga común se suele decir que el edadismo es a las personas mayores —aunque de igual manera tendría que ser a los jóvenes— lo que el racismo es a las personas negras y el sexismo a las mujeres.

Es indudable el aporte que han hecho los “ismo” a la comprensión coloquial del trato desfavorable; sin embargo, la falta de una definición única hace complicado su uso en términos estrictos. Su conceptualización va desde una ideología hasta un hecho, por lo que quizás lo que mejor identifica a los “ismo” es que —en los casos de sexismo y racismo— se trata de una relación de poder entre dos grupos, en el que uno de ellos asume una posición única: de superioridad con respecto a otro. Este requisito no es tan fácil de cumplir en el caso del edadismo porque en la práctica quien ocuparía la posición de supuesta superioridad/inferioridad es variable. Por un lado, todas las personas son vulnerables de experimentar el edadismo en algún momento de la vida y, por otro, en determinados momentos también se forma parte del grupo dominante. Vale decir, la analogía entre sexismo y racismo (con toda la fuerza de ambos) con el edadismo no es del todo correcta.

Por otra parte, Goosey (2021) subraya que el uso común del término edadismo como sinónimo de discriminación es inexacto porque el primero se relacionaría con el uso intencional e indebido de la edad para menoscabar a una persona. Esto significa que en la base hay un propósito. En cambio, el concepto jurídico de discriminación por edad envuelve asimismo las conductas que no reflejan una intención de perjudicar o causar daño a otro, tales como las acciones neutrales que tienen el efecto de poner en desventaja a las personas de una determinada edad.

La Convención es muy clara sobre este punto cuando establece que la discriminación por edad conlleva el objetivo o efecto de anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Comprender la distinción entre ambos (objetivo y efecto) es fundamental. El objetivo es abierto y fácil de identificar, se puede expresar de varias maneras, siendo las más frecuentes las prohibiciones o negaciones explícitas. En tanto, el efecto tiene que ver con el significado de las prácticas discriminatorias, que importa en sí mismo. En ambos casos, los daños consecuentes pueden ser de orden tangible o intangible.

Entonces, ¿cuál es la contribución del edadismo? De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el edadismo conduce a la discriminación por edad (en inglés, *ageism leads to age discrimination*), por lo que lo adecuado sería circunscribir el concepto de edadismo a los estereotipos y prejuicios, y no ampliarlo a las prácticas discriminatorias. La discriminación es un concepto jurídico que puede ser sancionado por medio de la legislación. Para quienes trabajan por los derechos de las personas mayores no es posible reducir la discriminación a estereotipos y prejuicios (como ocurre con el edadismo) porque estos son una predisposición personal, cuyo combate se ubica en el plano de las ideas, pero no en el derecho.

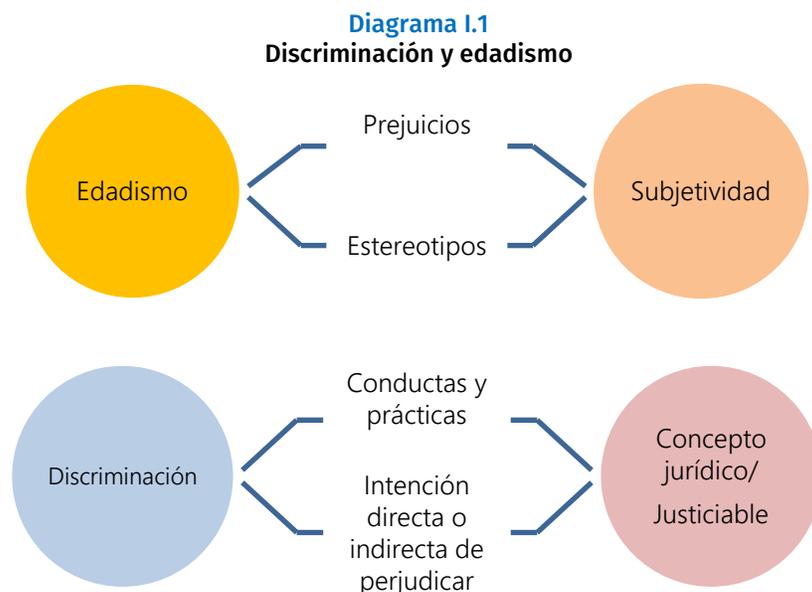
La no discriminación es un principio fundamental y absoluto, declarado por todos los estándares internacionales relativos a los derechos humanos. Pertenece al *jus cogens*⁵, puesto que sobre él descansa todo el andamiaje jurídico del orden público nacional internacional (CNDH, 2018). En tal sentido, la discriminación por edad no es simplemente otro “ismo” como el edadismo. “No se trata de una filosofía ofensiva contra la que esperaríamos que la gente corriente, liberal, tolerante e inteligente se opusiera” (Oswick y Rosenthal, 2001, pág. 156). La discriminación por edad es un conjunto de normas que regulan la conducta en sociedad y que introducen penas por su incumplimiento.

El establecimiento de la discriminación por edad en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores forma parte de un debate mucho más amplio y profundo que el del edadismo. Tiene que ver con brindar un estatus jurídico a la discriminación por edad en el mismo nivel que la discriminación racial o la discriminación en contra de las mujeres, lo que conlleva obligaciones internacionales para los Estados y cuya protección es exigible por parte de los titulares de derechos. El proceso llevado a cabo en América Latina para lograr la Convención Interamericana implicó un enorme trabajo de abogacía, elaboración conceptual y negociación sobre los derechos de las personas mayores, entre ellos el derecho a la igualdad y no discriminación, por parte de los Estados miembros de la OEA. Uno de los argumentos utilizado fue que los asuntos de la vejez y envejecimiento no se subyugan únicamente a una cuestión de desarrollo social —incluyendo el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que depende de la voluntad de los Estados—, sino que deben abordarse al mismo nivel que otros grupos sociales en la doctrina internacional de derechos humanos.

Restringir la discriminación por edad (incluso protegida en las Constituciones de algunos países de la región) al edadismo (que no está reconocido en ninguna) conllevaría una pérdida política en el momento en que se siguiera analizando la viabilidad de elaborar

⁵ *Jus cogens* o *ius cogens* es una locución latina empleada en el derecho internacional público para referirse a aquellas normas que no admiten ni la exclusión ni la alteración de su contenido (CNDH, 2018).

un tratado jurídicamente vinculante en el marco de las Naciones Unidas. Con esta afirmación no se quiere desconocer su aporte. Más bien, la idea es esclarecer que el edadismo y la discriminación por edad **forman parte de dos campos políticos distintos**, que se pueden complementar, pero no superponer.



Fuente: Elaboración propia.

F. A modo de cierre

En este trabajo se ofrecen distintos elementos para llevar a la práctica el derecho a la igualdad y no discriminación. Se brinda una argumentación sustantiva sobre la constitución de las personas mayores como un grupo social discriminado que merece la atención de la comunidad internacional para promover y proteger sus derechos humanos. Se examinan las dificultades que suelen tener las personas mayores para hacer valer sus demandas e intereses como fundamento de la especificación de sus derechos y se entregan elementos para afirmar que, pese a la amplia heterogeneidad de este colectivo, es precisamente en materia de derechos humanos —sea su ejercicio o su vulneración— donde tienen más puntos en común que en ninguna otra esfera de la vida social.

El ejercicio es valioso porque la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aún tiene bastante camino por recorrer para llevarse a la práctica. Prueba de esto ha sido su limitada utilización durante la pandemia por COVID-19. Por ello es imprescindible operacionalizar el contenido de los derechos establecidos en ella, tanto desde el punto de vista de la teoría social como jurídica. De esta manera, se espera que tanto los obligados como los titulares tendrán disponible ciertas herramientas para dilucidar el núcleo del derecho a la igualdad y no discriminación para llevar a cabo las prácticas dirigidas a combatir la discriminación por edad y múltiple que afecta a las personas mayores.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos) (2021), Convocatoria de presentaciones: Informe temático sobre el edadismo y la discriminación por edad [en línea] <https://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/AgeismAgeDiscrimination.aspx>.
- Altman, A. (2020), "Discrimination", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2020 Edition), E. N. Zalta (ed.) [en línea] <https://plato.stanford.edu/archives/win2020/entries/discrimination/>.
- Butler, R. N. (1969), "Age-ism: another form of bigotry", *The Gerontologist*, N° 9 [en línea] https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/4_Part_1/243/569551?login=false.
- Butler, R. N. y M. I. Lewis (1977), *Aging and mental health*, St. Louis, C. V. Mosby [en línea] <https://www.amazon.com/-/es/Robert-N-Butler/dp/067520920X>.
- Collins, L. (2018), "Sustainable Development Goals and human rights: challenges and opportunities", cap. IV, *Sustainable Development Goals*, Cheltenham, U. K., Edward Elgar Publishing [en línea] <https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781786438751/9781786438751.00010.xml>.
- CE (Comisión Europea) (2009), *International Perspectives on Positive Action Measures: A Comparative Analysis in the European Union, Canada, the United States and South Africa*, Bruselas, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas [en línea] <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/45515983-3e3e-4a24-bcbc-477f04f0ba04>.
- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2019), *Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares interamericanos* (OEA/Ser.L/V/II.171), Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en línea] <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Compendio-IgualdadNoDiscriminacion.pdf>.
- CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos) (2018), *El derecho a la no discriminación*, Ciudad de México [en línea] <https://www.cndh.org.mx/documento/el-derecho-la-no-discriminacion>.
- Courtis, 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 [en línea] <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/699>.
- Goosey, S. (2021), *A pluralist theory of age discrimination*, London, Hart Publishing [en línea] <https://www.bloomsbury.com/uk/pluralist-theory-of-age-discrimination-9781509933761/>.
- Fericgla, J. (1995), *Envejecer: una antropología de la ancianidad*, Madrid, Anthropos [en línea] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=48560>.
- FRA-Unión Europea (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea) (2019), *Manual de legislación europea contra la discriminación, Edición de 2018*, Viena [en línea] https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-handbook-non-discrimination-law-2018_es.pdf.
- González, A. (2021), "La muerte y su corona en tiempos del COVID-19", *Pensar la pandemia más allá de la sanidad y la economía*, A. del Campo (ed.), Madrid, Editorial Dykinson [en línea] <https://www.dykinson.com/libros/pensar-la-pandemia/9788413774138/>.
- Guillemard, A. M. (1992), *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) [en línea] <https://www.abebooks.com/first-edition/An%C3%A1lisis-comparativos-pol%C3%ADticas-vejez-Europa-Guillemard/9719807041/bd>.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf.
- _____ (2004), "Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina", *Serie Población y Desarrollo*, N° 51, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7193/1/S044281_es.pdf.
- Hunt, L. (2009), *La invención de los derechos humanos*, Barcelona, Tusquets Editores [en línea] <https://www.planetadelibros.com/libro-la-invencion-de-los-derechos-humanos/89863>.

- Khaitan, T. (2011), "Dignity as an Expressive Norm: Neither Vacuous nor a Panacea", *Oxford Journal of Legal Studies*, vol. 32, N° 1 [en línea] <https://academic.oup.com/ojls/article-abstract/32/1/1/1391941?redirectedFrom=fulltext&login=false>.
- Mégret, F. (2011), "The Human Rights of Older Persons: A Growing Challenge", *Human Rights Law Review*, vol. 11, N°1 [en línea] <https://academic.oup.com/hrlr/article-abstract/11/1/37/652960?login=false>.
- Murphy, M. (2011), *International human rights law and older people: Gaps, fragments and loopholes*, Londres, HelpAge International.
- Naciones Unidas (2006), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la resolución 61/106 de la Asamblea General del 13 de diciembre de 2006, entrada en vigor el 3 de mayo de 2008.
- _____(1989), *Observación general*, N° 18, "No discriminación" (HRI/GEN/1/Rev.7), Comité de Derechos Humanos [en línea] <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/892>.
- Neugarten, B. L. y D. A. Neugarten (1987), "The changing meanings of age (Life Flow)", *Psychology Today*, vol. 21, May.
- Neugarten, B. J., J. W. Moore y J. C. Lowe (1965), "Age norms, age constraints, and adult socialization", *American Journal of Sociology*, vol. 70, N°6, [en línea] <https://www.journals.uchicago.edu/>.
- Northcott, H. C. (1975), "Too young, too old. Age in the world of television", *The Gerontologist*, vol. 15, N° 2, [en línea] <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/15/2/184/602150?redirectedFrom=fulltext&login=false>.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)* [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2021), *Global report on ageism*, Ginebra, Suiza [en línea] <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>.
- Osin, N. y D. Porat (eds.) (2005), *Legislating Against Discrimination: An International Survey of Anti-Discrimination Norms*, Leiden, Martinus Nijhoff [en línea] <https://www.amazon.com/Legislating-Against-Discrimination-International-Survey/dp/900414529X>.
- Oswick, C. y P. Rosenthal (2001), "Towards a Relevant Theory of Age Discrimination in Employment", *Equality, Diversity and Disadvantage in Employment*, M Noon y E. Ogbonna (eds.), Nueva York, PALGRAVE [en línea] <https://link.springer.com/book/10.1057/9780333977880>.
- 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 [en línea] <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4010>.
- Palacios, A. y F. J. Bariffi (2008), *La discapacidad como una cuestión de derechos humano: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Grupo Editorial Cinca [en línea] <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/402>.
- Rodríguez, J. (2005), "Definición y concepto de la no discriminación", *El Cotidiano*, vol. 21, N°134, [en línea] <https://www.redalyc.org/pdf/325/32513404.pdf>.
- Rodríguez-Piñero, L. (2010), "Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad", *Documentos de Proyectos*, N° 305, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3749/1/S2009907_es.pdf.
- Serrano, S. y D. Vásquez (2013), *Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos*, Ciudad de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) [en línea] <https://www.flacso.edu.mx/los-derechos-en-accion-obligaciones-y-principios-de-derechos-humanos/>.
- Soldevila, S. (2019), "Discriminación indirecta por razón de edad. Apariencia de legalidad y prueba en contra", *Revista Actualidad Administrativa*, N°3 [en línea] <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/511968>.

- Solís, P. (2017), *“Discriminación estructural y desigualdad social. Con casos ilustrativos para jóvenes indígenas, mujeres y personas con discapacidad”*, Colección Fundamentos, Ciudad de México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) [en línea] <http://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/discriminacion-estructural-y-desigualdad-social-con-casos-ilustrativos-para-jovenes-indigenas-mujeres-y-personas-con-discapacidad/>.
- 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, Illinois Department of Aging [en línea] <https://www.worldcat.org/title/lets-get-gerontologized-developing-a-sensitivity-to-aging/oclc/10292066>.
- 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.), Abingdon, Routledge.

Capítulo II

Intersección entre la edad de la vejez y la condición de discapacidad

María Soledad Cisternas¹

Introducción

Se estima que en la actualidad alrededor de 900 millones de personas son mayores, lo que equivale al 12% de la población mundial, y se prevé que para 2050 habrá 2.000 millones de personas mayores, lo que corresponderá al 22% de la población global (OMS, 2015). Se considera que la persona mayor es quien tiene 60 años y más y que no todas las personas mayores tienen discapacidad. Se calcula que el 15% de la población mundial, esto es, alrededor de 1.000 millones de personas, vive con una o más discapacidades. Más de 250 millones de personas mayores experimentan una discapacidad de moderada a grave, cifra que equivale al 28% de este sector de la población (OMS, 2011). Se ha señalado que la vejez es la construcción social de la última etapa del curso de vida². Se sabe que la sociedad actual experimenta una transición demográfica avanzada hacia una población de personas mayores cada vez más numerosa, ya que la expectativa de vida se va extendiendo.

¹ Abogada. Enviada Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad.

² Véase OEA (2015), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70), artículo 2, inciso 14, adoptada en Washington, D.C., el 15 de junio de 2015; entrada en vigor: 11 de enero de 2017; registro en Naciones Unidas: 27 de febrero de 2017 N° 54318 [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

Puede ocurrir que algunas personas mayores vean afectada su movilidad física o su agudeza sensorial o cognitiva a través del tiempo. No obstante, esto es un hecho que debe observarse caso por caso. Hay personas de edad avanzada que siguen gozando de una buena condición física, sensorial, intelectual y mental. Como ya se mencionó, ser persona mayor no implica ser persona con discapacidad. Algunas personas mayores podrán presentar discapacidad en alguna parte de su vida, pero no es una identificación correlativa o equivalente. Por lo tanto, se aprecia con claridad que puede haber un espacio de intersección entre los titulares de derecho personas mayores y personas con discapacidad en algún segmento de la vida, que debe ser observado en cada caso. No cabe aquí la aplicación de reglas científicas o legales. En el presente capítulo se aborda esta realidad haciendo notar los estándares jurídicos aplicables, ya que la población de personas mayores es heterogénea y solo un porcentaje de ella puede presentar discapacidad, momento en el que se debe discernir cuál es el estándar normativo aplicable, poniendo especial atención en el caso de las personas mayores con discapacidad en situación de dependencia.

A. Estereotipos y prejuicios: viejismo o edadismo

El rol de la cultura en la manera en que se vive y se otorga significado al envejecimiento es fundamental para conformar la identidad societal. Si la vivencia social contiene estereotipos y prejuicios vinculados al envejecimiento, estos influirán de modo negativo en la forma en que el entorno social interactúa con esta realidad, particularizada en seres humanos que llegan a la adultez mayor. Butler (1969) describe el viejismo como el conjunto de actitudes negativas socialmente estereotipadas y prejuicios mantenidos por la población en detrimento de la vejez y las personas mayores por el hecho de serlo. ¿Por qué, entonces, hay una brecha tan grande entre ciertas percepciones sociales y su contrapartida en la realidad? Butler (1969) responde a esta pregunta señalando que estos estereotipos, prejuicios y discriminaciones tienen relación con un rechazo al envejecimiento por temor a este.

Si el estereotipo y el prejuicio consisten en considerar a la persona mayor como niño/a pequeño/a, existe la tendencia a no incentivar su toma de decisiones de manera personal y directa, con lo que se pierde de vista la esencia del ser humano y es una fuerte base de discriminación por la limitación para la expresión de su voluntad y preferencias. En este contexto, el viejismo fomenta la utilización de pautas terapéuticas distintas con las personas mayores en virtud de su edad (Losada, 2004). Las personas mayores, en un importante número, tienen redes sociales y afectivas y no se encuentran deprimidas (Sánchez, 2004); por lo tanto, la correlación que se hace entre depresión y vejez es solo un mito (Kabanchik y otros, 2001). A veces se registra la decisión de un equipo médico de no proseguir con un tratamiento en consideración a que la persona es mayor, sin consultar su opinión (Naciones Unidas, 2015).

Como se aprecia, la vejez conlleva diversos factores hacia el empobrecimiento, lo que da lugar a otras formas de discriminación múltiple e interseccional si se combinan con condiciones de género, origen indígena, discapacidad, ruralidad, situaciones de emergencias humanitarias, entre otras. Por otro lado, en ocasiones se produce el confinamiento de la persona mayor en residencias de larga estadía, legales o ilegales, sin consultar su opinión. Muchas de estas residencias no son debidamente fiscalizadas, lo que hace que la persona mayor corra el grave riesgo de que no sea bien alimentada o atendida. Se han registrado casos de establecimientos de larga estadía que se transforman solo en un negocio más, sin cuidar las condiciones éticas de la atención para la persona mayor.

Por ejemplo, hay instituciones donde se deja a la persona mayor en situación de dependencia acostada todo el día, sin acceso a la luz solar. Si no puede reclamar o denunciar esta forma de maltrato, la falta de movilidad le puede ocasionar escaras y una mala condición de vida. Puede ocurrir que nadie converse con la persona de edad y permanezca sin salir a algún espacio al aire libre. Además, en algunos de estos lugares se utiliza un sistema de ropa en común o comunitaria, al igual que otros artículos, lo que no deja lugar a la pertenencia y propiedad. Esto es muy duro para las personas mayores, especialmente en situación de dependencia, cuando han sido independientes en su vida previa. Si reclaman por alguna situación, se les trata como personas conflictivas. En ocasiones, estos establecimientos no se preocupan por mantener las estructuras de los edificios en buenas condiciones (Urquieta, 2016). También se ha registrado falta de capacitación del personal para cubrir una buena atención de los residentes mayores.

Como se comprenderá, los factores contextuales que van rodeando a una persona mayor tienen claramente una especificidad propia. El análisis da cuenta de situaciones de discriminación, negligencia, violencia y abuso contra la persona mayor en distintos niveles, sean familiares, institucionales o de cualquier otra índole lo que, asimismo, va configurando violaciones estructurales de derechos de las personas de edad. Esto conduce a preguntar si es necesario abordar las mencionadas particularidades desde una perspectiva jurídica, si se considera, además, la necesaria toma de conciencia por parte de la sociedad y de los poderes del Estado. En la actualidad es indispensable hablar de los cuidados paliativos para personas mayores que afrontan situaciones de dolor o diagnóstico terminal. Sin duda, la denegación de cuidados paliativos es otra forma de maltrato estructural.

B. ¿Qué ocurre en el ámbito normativo?

En el contexto multilateral, la Asamblea General de las Naciones Unidas, como respuesta al seguimiento efectuado a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, estableció el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre Envejecimiento, con el objeto de “aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad examinando el marco internacional vigente en la materia, determinando sus posibles deficiencias, así como la mejor forma de subsanarlas” (Naciones Unidas, 2011, pág. 4).

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoció los problemas relacionados con el ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas de edad en aspectos como la prevención y protección ante la violencia y los malos tratos, la protección social, la alimentación y la vivienda, el empleo, la capacidad jurídica, el acceso a la justicia, la asistencia sanitaria, y la necesidad de cuidados asistenciales a largo plazo y paliativos, por lo que exhortó a todos los Estados a proveer a las personas de edad el ejercicio pleno y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Naciones Unidas, 2012).

La Asamblea General solicitó al Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre Envejecimiento iniciar, a partir de su cuarto período de sesiones, que se celebró en 2013, realizar:

“El examen de las propuestas relativas a un instrumento jurídico internacional para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad, presentando lo antes posible una propuesta que contuviera, entre otras cosas,

los principales elementos que debe reunir un instrumento jurídico internacional para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas mayores, que no se contemplaban de manera suficiente en los mecanismos existentes y exigían, por lo tanto, una mayor protección internacional” (Naciones Unidas, 2013, pág. 3).

Se han llevado a cabo 11 sesiones del Grupo de Composición Abierta sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas, en las que se ha discutido el ejercicio específico de derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, pero aún no ha habido progresos significativos en orden a la elaboración de un instrumento mundial sobre los derechos de las personas mayores.

En la actualidad, el único estándar normativo en la esfera internacional de alcance regional es la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, Convención), cuyo propósito “es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad” (OEA, 2015). En ella se señala que la persona mayor es “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años” (OEA, 2015, art. 2, inciso 10).

En consecuencia, la Convención es un referente normativo que se puede tener presente para efectos analíticos, aun cuando su vigencia es solo para la región de las Américas. Esta plantea interesantes desafíos jurídicos: independencia y autonomía (OEA, 2015, art. 7), participación e integración comunitaria (2015, art. 8), servicios de cuidado a largo plazo (2015, art. 12) y cuidados paliativos (2015, arts. 2, 6, 11, 12 y 19), entre otros.

Ser una persona mayor no significa ser una persona con discapacidad y, por lo tanto, no es una afirmación equivalente. Lo anterior, sin perjuicio de que en algún momento de sus vidas las personas puedan tener una discapacidad, por lo que desde allí en adelante es aplicable a ellas la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (en adelante, CDPD) (Naciones Unidas, 2006).

La CDPD es el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI. Describe la discriminación por motivos de discapacidad como:

“Cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables” (Naciones Unidas, 2006, art. 2).

Con su eje de igualdad y no discriminación, la CDPD ha abordado en artículos específicos a ciertos sectores de la población con discapacidad que son doblemente invisibles e infraprotegidos, como es el caso de las mujeres con discapacidad (Naciones Unidas, 2006, art. 6) y niños/as con discapacidad (Naciones Unidas, 2006, art. 7). Agrega una innovación al mencionar la edad de manera genérica en algunos artículos del tratado, como los relativos a la toma de conciencia (Naciones Unidas, 2006, art. 8), al acceso a la justicia (2006, art. 13) y a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (2006,

art. 16). La formulación genérica sobre la edad se hace aplicable a las personas mayores con discapacidad, aunque muchas veces es difusa. La visibilidad que significa la Convención sobre los Derechos del Niño y todo el trabajo en torno a este tratado hace que las referencias a la edad en la CPDP se entiendan fundamentalmente hacia la población infantil.

La CPDP es también el primer tratado del sistema internacional que menciona a las personas mayores con discapacidad en dos aspectos específicos:

- En el derecho a la salud, en relación con la prevención secundaria para evitar la aparición de nuevas discapacidades (Naciones Unidas, 2006, art. 25, letra b), y
- en el derecho a un nivel de vida adecuado y protección social en cuanto a la aplicación de programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza (Naciones Unidas, 2006, art. 28, letra b).

En estas prescripciones se reconoce claramente que puede haber personas mayores con discapacidad, lo que implica que hay otro sector de personas mayores sin discapacidad.

Desde otro ángulo, el envejecimiento produce nuevos desafíos en el ámbito jurídico que son necesarios asumir normativamente, como el envejecimiento activo, el envejecimiento positivo, los cuidados paliativos y la cultura intergeneracional, entre otros. Un ejemplo del impacto que tiene un tratado en derechos humanos respecto de sus titulares lo refleja la CPDP, que ha permitido visibilizar al sujeto de derecho en todo contexto, catalizando el mayor disfrute de derechos humanos y libertades fundamentales para este sector de la población y su nítida presencia en el desarrollo sostenible, lo que incluye al sector de personas mayores con discapacidad.

C. La triple dimensión

Hay muchas personas mayores que son independientes y ejercen de manera plena su autonomía, voluntad y preferencia, quienes anónimamente desarrollan sus vidas. Cada lector puede recordar a familiares que, siendo personas mayores, realizan labores importantes en el núcleo del hogar y la familia extendida. Al mismo tiempo, hay personas mayores que han desempeñado un rol destacado como, por ejemplo, Tu Youyou, científica, médica y química farmacéutica china, quien a los 85 años recibió el Premio Nobel de Medicina (2015); Bilkis Dadi, activista india en materias de minorías religiosas y libertad de conciencia que, con 83 años, fue reconocida por la BBC y por la revista *Time* entre las 100 personas más influyentes e inspiradoras del mundo (2020).

Otros ejemplos son Betty Reardon, estadounidense, fundadora del Instituto Internacional de Educación para la Paz, quien a los 92 años sigue publicando, concediendo entrevistas y dictando conferencias y fue destacada por la revista *The Muslim 500* como “Mujer del año 2020”, o Nelson Mandela, sudafricano, quien tenía 81 años cuando terminó su período presidencial y a los 89 años anunció la creación de The Elders, una organización internacional no gubernamental formada por un grupo de conocidos líderes globales defensores de la paz y de los derechos humanos, entre otros. También se puede mencionar a los líderes religiosos Dalai Lama, tibetano, de 86 años, y al papa Francisco, argentino, con 85 años.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define el envejecimiento como “el proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, los cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (OEA, 2015, art. 2, inciso 6). Es un proceso natural en el ciclo de vida de las personas y no implica en sí una discapacidad. Incluso, hoy se habla del envejecimiento activo y saludable que, de acuerdo con la Convención, es:

“El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, con lo cual se les permite seguir contribuyendo activamente en sus familias, amigos, comunidades y naciones” (OEA, 2015, art. 2, inciso 7).

Aun cuando las personas mayores desarrollen una vida activa, en diversas situaciones se ven afectadas por discriminación por edad en la vejez, que en la Convención se conceptualiza 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 libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otro ámbito de la vida pública y privada” (OEA, 2015, art. 2, inciso 5).

De ahí los innumerables casos de imposibilidad de acceder a la educación o al trabajo, entre otros. Las personas mayores son titulares de derechos y el concepto de persona con discapacidad se refiere a otro sujeto de derecho. Lo que sí existe es un área de intersección entre personas mayores y personas con discapacidad, de la misma forma en que existe intersección entre niños/as y discapacidad.

El término personas con discapacidad incluye aquellas que “tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (CDPD, 2006, art. 1, inciso 2). Cuando una persona mayor experimenta discapacidad, sin duda tiene una amplia posibilidad de sufrir discriminación múltiple, entendida como “cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación” (OEA, 2015, art. 2, inciso 4).

Este es un aspecto que debe ser analizado minuciosamente en derechos humanos, ya que una persona mayor con discapacidad puede expresar su voluntad y preferencia con autonomía. Por ejemplo, Stephen Hawking, que falleció a los 76 años, utilizaba un sintetizador de voz para manifestarse porque padecía tetraplejía e imposibilidad de hablar. No obstante, el caso de este físico teórico es una excepción por haber tenido tecnología a su alcance y un entorno de vida propicio para la potenciación de su ser y sus saberes.

En general, las personas mayores con discapacidad en situación de dependencia son más expuestas a la negligencia, entendida como

“el error involuntario o falta no deliberada, incluido, entre otros, el descuido, la omisión, el desamparo e indefensión, que les causa un daño o sufrimiento, tanto en el ámbito público como en el privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias” (OEA, 2015, art. 2, inciso 9).

Incluso puede quedar más expuesta al maltrato, que es

“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, con independencia de que ocurra en una relación de confianza” (OEA, 2015, art. 2, inciso 8).

De igual forma, la persona queda más expuesta al abandono, que es “la falta de acción, deliberada o no, para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral” (Naciones Unidas, 2015, art. 2, inciso 1).

La mencionada negligencia para la persona mayor en situación de dependencia puede ocurrir en su propio núcleo familiar u hogar, o en residencias de larga estadía, que no son fiscalizadas por la autoridad, especialmente cuando son clandestinas. Entonces, cuando se habla de la triple dimensión se alude al universo de personas mayores que, en un primer estadio, no presentan discapacidad y desarrollan plenamente sus vidas. Otro estadio es el de personas mayores con discapacidad (pero que no están en situación de dependencia, en especial si pueden expresar su voluntad y preferencias, o también cuando tienen movilidad personal). Un tercer estadio es el de personas mayores con discapacidad en situación de dependencia. Sin duda, en estas dos últimas categorías las personas mayores pueden experimentar discriminación múltiple, que puede estar agravada en los casos de personas mayores con discapacidad en situación de dependencia.

D. El cuidado y la asistencia personal

Las personas mayores con discapacidad en situación de dependencia necesitarán la provisión de asistencia personal que respete siempre su autonomía, voluntad y preferencias, teniendo en cuenta el bienestar, el buen trato, la seguridad física, económica y social, fortaleciendo la protección familiar y comunitaria (Naciones Unidas, 2006, art. 3). Los derechos de las cuidadoras es un tema convergente con el anterior que puede ser abordado desde un enfoque de género. Por ejemplo, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) enfatiza correctamente este aspecto al señalar que:

“los cuidados sostienen el corazón de la vida cotidiana y son indispensables para el bienestar, pero, como han recaído histórica y mayoritariamente sobre las mujeres no son reconocidos ni social ni económicamente... La falta de políticas o acciones de cuidados por parte del Estado, las empresas, la comunidad, y la ausencia de corresponsabilidad entre hombres y mujeres, constituyen los principales obstáculos a la participación igualitaria de las mujeres cuidadoras” (OEA, 2021, numeral 5, inciso 4).

En principio, podría pensarse que hay un antagonismo entre los derechos de la persona mayor con discapacidad en situación de dependencia, en términos de asistencia personal, y los derechos de las cuidadoras. Sin embargo, se trata de un enfoque

complementario, que debe otorgar debida protección a dos titulares de derechos diferentes: la persona con discapacidad en situación de dependencia y las cuidadoras. Existe un elemento común entre ambos, que es el servicio de apoyo personalizado o asistencia personal; una persona lo recibe y otra persona lo realiza. Pero esa acción en común deberá ejecutarse siempre teniendo en cuenta la dignidad de la persona mayor con discapacidad en situación de dependencia, como también sus derechos humanos y libertades fundamentales. En esta misma línea, la CIM señala que “los cuidados de las personas deben ser un derecho y su protección y promoción una responsabilidad del Estado” (OEA, 2021).

En el caso de la persona mayor con discapacidad en situación de dependencia se hace plenamente aplicable la CDPD de las Naciones Unidas en el señalamiento de que las personas con discapacidad deben tener acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta (Naciones Unidas, 2006, art. 19, letra b). Dicha prescripción se efectúa en el marco de la obligación de los Estados parte de reconocer el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad de las personas con discapacidad, adoptando todas las medidas necesarias para este fin.

Por otro lado, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se refiere expresamente a los servicios de cuidado a largo plazo, enfocando el derecho de la persona mayor a recibir ese cuidado (Naciones Unidas, 2006, art. 12):

“La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y la 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” (OEA, 2015, art. 12, inciso 1).

Este estándar regional efectúa la mirada desde la persona mayor en situación de dependencia. Al mismo tiempo, la citada Convención sitúa la obligación del cuidado personal en el Estado, que debe diseñar medidas de apoyo para las familias y cuidadores mediante la creación de servicios para el cuidado de la persona mayor (OEA, 2015, art. 12, inciso 2). En consecuencia, el Estado debe desarrollar un servicio integral de apoyo personalizado, comúnmente denominado servicio de cuidados, que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor (OEA, 2015, art. 12, inciso 3).

Esta obligación del Estado ha sido descrita en la Convención señalando los aspectos básicos que se deben considerar; por ejemplo, desarrollar un servicio en el que se cuente con un personal capacitado que respete siempre la autonomía, la voluntad y la preferencia de la persona mayor; contar con un marco regulatorio que permita evaluar y supervisar; establecer la legislación necesaria para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor y adoptar medidas adecuadas para que la persona mayor cuente con servicios de cuidados paliativos, entre otros (OEA, 2015, art. 12).

Para todas las personas mayores, en especial para aquellas con discapacidad, estén o no en situación de dependencia, hay dos factores de gran importancia para el desarrollo de su vida: el reconocimiento de la capacidad jurídica y la accesibilidad universal de estas. El Estado tiene la obligación de proporcionar a las personas mayores con discapacidad los apoyos para la toma de decisiones en el ejercicio de su capacidad jurídica, aplicando:

“las salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona mayor, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos, por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas” (OEA, 2015, art. 12, inciso 4).

Este nuevo paradigma, reconocido antes en la CDPD de las Naciones Unidas, produjo un cambio jurídico trascendental, ya que se reemplaza el modelo de voluntad sustitutiva, que implica la declaración judicial de interdicción y el nombramiento de curador, por el modelo de voluntad con apoyo. Este aspecto atañe también a las personas mayores con ciertas discapacidades, en especial cognitiva, razón por la cual el nuevo paradigma se reproduce de manera íntegra en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Todo esto supone un gran desafío para los Estados en lo tocante a la realización de las modificaciones legales que estén acordes con el nuevo modelo.

Por su parte, la accesibilidad es otra innovación jurídica de la CDPD que, planteada en términos generales, establece:

“La obligación de los Estados parte de adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales” (Naciones Unidas, 2006, art. 9, inciso 1).

La Convención Interamericana también integró el concepto de accesibilidad en sus prescripciones, haciéndola exigible por los titulares de derecho (Naciones Unidas, 2006, art. 26). Cuando las condiciones generales de accesibilidad no alcanzan a satisfacer las necesidades o requerimientos de una persona con discapacidad, debe aplicarse en el caso individual el ajuste razonable, que consiste en:

“Las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, a fin de garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (Naciones Unidas, 2006, art. 2).

Es un derecho para la persona, cuya denegación implica discriminación (Naciones Unidas, 2006, art. 2). En consecuencia, la capacidad jurídica y la accesibilidad deberán ir de la mano para asegurar a las personas mayores, con y sin discapacidad, el pleno ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

E. Comentario final sobre el envejecimiento y la CIE-11

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) es un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948, en el que se adopta un sistema de codificación que tiene por objeto permitir el registro, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recopilados en diferentes países y regiones del mundo (OMS, 2019). Asimismo, la CIE se ha convertido en un estándar de diagnósticos y en una forma de clasificar los datos registrados como causas de muerte, motivos de ingresos, afecciones o trastornos, motivos de consulta, entre otros.

La última versión de esta clasificación, denominada CIE-11, ha generado confusión y descontento en la población, organizaciones de la sociedad civil de personas mayores y en la comunidad académica, además del rechazo internacional. Tal descontento se debe a que este estudio trata el proceso del envejecimiento en la sección acerca de los “síntomas generales” y en los “períodos geriátricos inicial y final”, lo que implica un enfoque medicalizado de la vejez. Como se mencionó, este documento es utilizado por profesionales del área de la salud para diagnosticar y determinar enfermedades, y la OMS ha manifestado su intención de incorporar la vejez en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que se publicará en enero de 2022 (Universidad de Costa Rica, 2021).

¿Cuál es la razón para incorporar la vejez en la CIE-11? Tiene relación con la función de los médicos de certificar las defunciones, que en un número importante de casos estarían colocando la vejez como causal de muerte de personas mayores. Esta justificación no puede más que causar una impresión negativa de la acción de los respectivos profesionales quienes, en lugar de identificar el motivo del fallecimiento de una persona mayor, simplifican registrando escuetamente “vejez”. Si esta situación sigue ocurriendo en algunas partes del mundo, lo que procede es corregir la mala práctica. Sin perjuicio de lo anterior, es pertinente hacer referencia a una contradicción en la que incurre la OMS (2020) al aceptar el concepto de vejez como enfermedad, ya que su plan para la “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030” señala que “se adoptará un enfoque basado en los derechos humanos, reconociendo la universalidad, inalienabilidad e indivisibilidad de estos derechos que corresponden a toda persona, sin distinciones de ningún tipo” (pág. 5).

Además, este documento, publicado en 2020, recalca su compromiso de adherirse a los principios rectores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como aquellos principios que inspiran la estrategia mundial para luchar contra la discriminación por motivos de edad, entre los cuales se encuentra la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OMS, 2020). Este tratado interamericano reafirma, en su preámbulo, la importancia de eliminar todas las formas de discriminación por motivos de edad, resaltando que las personas mayores tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que los demás.

Por estos motivos, se hace necesario comprender que, al igual que la niñez y la adultez, la vejez es una etapa vital, natural y no patológica, que forma parte del curso de vida de los seres humanos. Todas las personas envejecen de distinta manera, lo que

finalmente plantea la necesidad de reconocer que este proceso no puede reducirse a la naturaleza biológica y a ser tratado como un sinónimo de enfermedad. Si bien es cierto que a medida que se envejece existe un mayor riesgo y probabilidad de contraer enfermedades o tener accidentes y discapacidad, no es menos cierto que parte de la población perteneciente al grupo de personas mayores sigue siendo activa, independiente y, como lo define la propia OMS, saludable. En este aspecto, la CIE-11 ha significado un retroceso en la visión y apreciación de las personas mayores, donde ningún esfuerzo interpretativo será suficiente para desdibujar lo que ya está escrito en aquel documento.

En la actualidad, las diversas autoridades internacionales, gubernamentales y locales, entre otras, deben promover el disfrute de una vida plena, independiente y autónoma por parte de las personas mayores, con salud, seguridad, inclusión y participación activa, abordando toda materia que verse sobre el envejecimiento desde la perspectiva de derechos humanos. Por estas razones, se considera erróneo que la OMS, a través de la CIE-11, relacione la vejez con situación de enfermedad, trastorno de salud, o la perciba como un síntoma, signo o resultado clínico, ya que constituye una forma más de discriminación para las personas mayores, que atenta contra el modelo de derechos humanos para este sector de la población.

F. Conclusiones

El proceso de envejecimiento que vive toda persona determina, cuando llega a la edad mayor, la posibilidad de comenzar a padecer la mirada estereotipada y prejuiciosa de la sociedad que va restando posibilidades de participación plena y efectiva en la comunidad a este sector de la población, en términos del disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales. El viejismo o edadismo, como una forma del prejuicio y estereotipo que puede llegar a prácticas nocivas y discriminatorias, está presente en la atención en salud, en la educación, el trabajo o en la decisión de la forma de vida de la persona mayor, entre otros. Se observan tres estadios en los que se puede encontrar una persona mayor: persona mayor sin discapacidad, persona mayor con discapacidad y persona mayor con discapacidad en situación de dependencia. Lamentablemente, no hay estadísticas sobre la cantidad de personas mayores que tienen una discapacidad severa que las coloque en situación de dependencia.

El flagelo que puede experimentar la persona mayor con discapacidad, esté o no en situación de dependencia, es la discriminación múltiple, en la que muchas veces su dignidad personal es socavada, en especial cuando está en dependencia de terceros. Por lo mismo, es relevante señalar que el estatuto de protección en el caso de la persona mayor con discapacidad es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, ratificada por 184 Estados parte, por lo que se puede decir que está en un nivel de ratificación universal. La discapacidad determina la aplicación de esta Convención y no la edad de la persona. Las estimaciones indican que más de la mitad de las personas mayores no tiene discapacidad, lo que representa a la mayoría de este sector de la población, quienes también pueden experimentar discriminación debido a la edad, pero no cuentan con un instrumento universal que garantice sus derechos.

Por otro lado, el único estándar internacional de alcance regional es la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada por ocho Estados parte y, por lo tanto, vigente en los respectivos países. La vanguardia de esta Convención en el ámbito jurídico hace necesario considerar sus

prescripciones como valiosas orientaciones para el resto del mundo, así como para los Estados de la región de las Américas que aún no la han ratificado. La CDPD de las Naciones Unidas y la mencionada Convención Interamericana coinciden en dos aspectos centrales para la inclusión y participación plena y efectiva en la sociedad de las personas: la capacidad jurídica y la accesibilidad universal.

Se hace hincapié en que las personas mayores con discapacidad en situación de dependencia se encuentran más expuestas a la vulneración de sus derechos. Es indispensable, entonces, que el Estado asuma su responsabilidad de garante del bienestar y respeto a la dignidad de este sector de la población. Por lo mismo, desde la CDPD cobra especial importancia la prescripción de que las personas con discapacidad deben tener acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta (Naciones Unidas, 2006, art. 12, letra b). Este precepto se combina con la obligación de que las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición de las personas con discapacidad, para dar satisfacción a sus necesidades (Naciones Unidas, 2006, art. 12, letra c).

Esta materia es tan relevante que la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ha señalado de modo expreso que “el Estado debe desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor” (OEA, 2015, art. 12, inciso 3). En esta línea, dicha Convención ha prescrito que la persona mayor:

“tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y la 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” (OEA, 2015, art. 12, inciso 1).

Esto último tiene su correlato en la CDPD, que enfatiza que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico (Naciones Unidas, 2006, art. 12, letra a).

Sin duda, ambos instrumentos jurídicos debe utilizarse en el ámbito de sus respectivos Estados parte, teniendo siempre en cuenta el respeto a la autonomía, la voluntad y las preferencias de las personas, que es un derecho de cada ser humano hasta el final de sus días. Se trata de un principio básico del derecho internacional de los derechos humanos. Por último, la CIE-11 de la OMS presenta un enfoque medicalizado de la vejez, lo que fortalece prejuicios y estereotipos, y se atenta contra el modelo de derechos humanos de las personas mayores, en franca contradicción con el plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020).

Bibliografía

Butler, R. N. (1969), “Age-ism: Another form of bigotry”, *The Gerontologist*, N° 9 [en línea] https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/4_Part_1/243/569551?login=false.

- Kabanchik, A. y otros (2001), "Duelos y depresiones: indicaciones, clínica y abordaje en psicoterapia psicoanalítica", ponencia presentada en el decimoséptimo Congreso de APSA, Mar del Plata, Argentina [en línea] <https://www.psicomundo.com/argentina/apsa2001/depresin.htm>.
- Losada Baltar, A. (2004), "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención", *Informes Portal Mayores*, N° 14 [en línea] <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>.
- _____. (2015), "Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte", Asamblea General (A/HRC/30/43), Consejo de Derechos Humanos, 30º período de sesiones [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/179/93/PDF/G1517993.pdf?OpenElement>.
- _____. (2013), "Resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 2012 (A/RES/67/139)", Asamblea General, sexagésimo séptimo período de sesiones [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/486/97/PDF/N1248697.pdf?OpenElement>.
- _____. (2012), "Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos (A/HRC/RES/21/23)", Asamblea General, Consejo de Derechos Humanos, 21º período de sesiones [en línea] <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/A-HRC-RES-21-23.pdf>.
- _____. (2011), "Resolución aprobada por la Asamblea General el 21 de diciembre de 2010" (A/RES/65/182), Asamblea General, sexagésimo quinto período de sesiones [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/523/46/PDF/N1052346.pdf?OpenElement>.
- _____. (2006), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 [en línea] <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2021), "Decálogo para un Estado en clave feminista", Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos (CIM) [en línea] <https://www.oas.org/es/cim/docs/Decalogo-ES.pdf>.
- _____. (2015), "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70), adoptada en Washington, D. C., el lunes 15 de junio de 2015", entrada en vigor: 1 de noviembre de 2017 [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020), *Década del envejecimiento saludable 2020-2030* [en línea] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true.
- _____. (2019), *CIE-11: guía para la aplicación y la transición* [en línea] https://icd.who.int/es/docs/192190_ICD-11_Implementation_or_Transition_Guide_edited_ES.pdf.
- _____. (2015), *World report on ageing and health* [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
- _____. (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad, Ginebra, Suiza. Sánchez, C. (2004), "Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológica", tesis doctoral, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga [en línea] <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>.
- UNDESA (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas) (s/f), "Ageing and disability" [en línea] <https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html>.
- Universidad de Costa Rica (2021), "Pronunciamiento sobre la vejez como una etapa de la vida humana", Acuerdo firme de la sesión N° 6513, artículo 12, jueves 19 de agosto, Universidad de Costa Rica, Consejo Universitario [en línea] <https://surcosdigital.com/ucr-pronunciamiento-sobre-la-vejez-como-una-etapa-de-la-vida-humana/>.
- Urquieta, C. (2016), "Fiscalía investiga asilo de ancianos: abuelo habría muerto de hambre y viejitos no reciben pensiones", *El Mostrador* [en línea] <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/06/07/fiscalia-investiga-asilo-de-ancianos-abuelo-habria-muerto-de-hambre-y-viejitos-no-reciben-sus-pensiones/>.

Capítulo III

Dignidad y autonomía en la vejez

*Xabier Etxeberria*¹

Introducción

Dignidad, autonomía y derechos humanos han tenido siempre intensas e intrínsecas conexiones. Solo cuando la primera fue reconocida universalmente pudo haber derechos humanos universales. A su vez, la capacidad de autonomía de los seres humanos desempeñó un papel decisivo para reclamar su dignidad y para ir concretando los derechos. Todo ello en un proceso de afirmaciones y de especificaciones que precisó constantes clarificaciones y desarrollos, y que sigue abierto.

La vejez, que como etapa última de la vida humana la sintetiza, es el mejor revelador de lo que es la condición humana: ser persona como ser de necesidades que no puede satisfacer sola, ser, por lo tanto, con dependencias llamadas a acogerse en interdependencias en las que esté ausente la dominación, ser que solo se realiza en solidaridades grupales culturalmente diferenciadas, ser frágil y vulnerable —que puede ser herido y herir—, ser, también, de capacidades que le permiten recibir y dar, de capacidades múltiples entre las que, junto con una compleja emocionalidad, cabe destacar la racionalidad y la libertad que le posibilitan una gran creatividad; de capacidades, además, sujetas a crecimientos y decrecimientos en una temporalidad histórica que va del nacimiento a la muerte.

¹ Doctor en Filosofía. Catedrático emérito de ética de la Universidad de Deusto, Bilbao, España.

La trilogía dignidad-derechos humanos-autonomía realiza pertinentemente su interconexión cuando se remite a esta condición humana real. Pues bien, la vejez tiene una relevancia especial como referente para precisar los dinamismos y el contenido de esa trilogía por dos razones clave: porque es la reveladora existencialmente incuestionable de esa condición humana del ser de dignidad con derechos en la que estos tienen que asentarse y porque es la etapa en la que el pleno cumplimiento de ellos, en estos tiempos, es quizá más delicado. En estas líneas se pretende abordar ese reto a los derechos humanos que surge desde la vejez, focalizándolo en las categorías de dignidad y autonomía y teniendo como referencia documental básica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores².

A. Dignidad, derechos humanos, vejez

1. El concepto de dignidad y su aplicación histórica

La palabra “dignidad” remite a lo que vale en sí/por sí mismo. “Ser digno”, ser “persona con dignidad” significa valer por lo que se es en sí, persona. Lo que reclama ser reconocido efectivamente así por los demás. Si eso no sucede, se es mal reconocido, lo que puede concretarse de tres modos:

- i) Ser meramente considerado como medio para lograr algo, puro valor instrumental que se utiliza y que tiene un precio que tasa el monto de su valor.
- ii) Ser percibido como sin valor para nada, puro coste, pura carga que se desprecia y margina.
- iii) Ser visto como disvalor, como pura causa de males y daños, del que hay que protegerse encerrándolo o, incluso, exterminándolo. En los dos primeros casos se es considerado no digno, sin dignidad; en el tercero, como indigno, lo opuesto a digno.

La referencia a la dignidad entre los humanos es inmemorial, aunque no necesariamente se nombrara así ni se teorizara. Pero ha funcionado como referencia clasificatoria: estaban los que tenían dignidad, esto es, los valiosos en sí, los plenamente humanos; y los que no la tenían: los semihumanos utilizables o menospreciados que eran semejantes a los animales domésticos (el caso extremo y prototípico era el esclavo) y los similares a animales peligrosos, perseguibles. Actuar así era considerado lo correcto.

El criterio para definir clasificatoriamente a quienes tienen dignidad frente a quienes no la tienen ha sido variado: i) la etnia: se reconoce dignos a los de la propia etnia, no dignos o indignos a los de las demás; ii) la casta: son dignos, dentro del grupo, los de la casta superior y no dignos los de las castas inferiores; iii) las capacidades: se asigna dignidad a quienes las tienen en niveles considerados suficientes, se les priva de ella a quienes no las tienen, por enfermedades mentales, discapacitaciones, dependencias, entre otros, y iv) la conducta: se considera digno a quien se comporta de acuerdo con la normativa social obligatoria, tanto en el nivel de creencias como de comportamientos en sus diversos ámbitos, e indigno a quien se aparta de ella.

² En la elaboración de este texto se han tenido presentes los textos de Etxeberria (2014 y 2020).

En los dos primeros casos, la dignidad viene por nacimiento y, en principio, no se pierde si se tiene y no se puede ganar si no se tiene. En el cuarto caso es algo que se gana por méritos del sujeto y se pierde por deméritos (de modo más inmediato, la dignidad/indignidad se asigna a las obras y derivadamente al sujeto de ellas). En el tercer caso, a veces la dignidad se puede no tener o perder a causa de los avatares de la vida, ya sea el del propio nacimiento, ya sea posterior (por ejemplo, una enfermedad); no son culpabilizantes y se deberían a la mala fortuna, aunque con frecuencia se les haya ligado culturalmente a la culpabilidad de alguien, conocida o no, haciendo entonces este caso similar al cuarto. En otras ocasiones han afectado a colectivos enteros (por ejemplo, nacer mujer) con dinámicas que lo asemejan al primer caso.

2. La reivindicación de la dignidad universal

Si bien en la historia de la humanidad ha dominado este planteamiento clasificatorio de la dignidad, con la enorme violencia victimizadora inherente a él, aunque mayoritariamente no se reconociera, testimonios que nos han llegado, de todos los lugares y culturas, dejan constancia de la permanente reivindicación de la dignidad por parte de sectores clasificados entre los no dignos o indignos, con frecuencia con alto coste personal para ellos por las represiones sufridas. Se han expresado en forma de resistencias variadas contra la opresión, vivida existencialmente como injusta, que se han ido plasmando en textos poético-literarios, artísticos, religiosos, de sabiduría, entre otros. Han ido empujando con progresiva claridad hacia la reivindicación de la consideración de la dignidad como característica consustancial al ser humano en cuanto tal, por lo tanto, no ya clasificatoria, sino unificadora, de una común humanidad.

La consagración formal (a la consagración material, es decir, al reconocimiento efectivo de la dignidad de todas las personas le queda aún un largo camino por recorrer) del triunfo de una concepción así de la dignidad con alcance global se alcanzó en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (art. 1). Algo que se enfatiza en el preámbulo de los dos Pactos de 1966 aportando un nuevo dato: se reconoce que los derechos que contemplan “se derivan [se desprenden] de la dignidad inherente a la persona humana”.

Es decir, es nuestra condición universal de dignidad la que nos cualifica como sujetos de todos esos derechos que, a su vez, deben ser respetados y amparados porque es de ese modo como se respeta nuestra dignidad. Derechos múltiples y diversos que habrá que asumir en su conjunto, no con jerarquizaciones y selecciones, siempre interesadas y tergiversadoras de lo que son, sino considerándolos en su universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación, como se dice en el preámbulo del texto que aquí se tendrá más presente: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante se citará únicamente como la Convención).

3. Dignidad universal y personas mayores

Este reconocimiento oficial de la dignidad es, pues, una realidad, en el mundo en general y, por supuesto, en los países que engloba la CEPAL. ¿Significa esto que se han desmontado de raíz las clasificaciones entre dignos y no dignos, o perduran todavía veladamente, pero de modo efectivo en determinados planteamientos políticos y culturales y en

determinadas actitudes sociales y personales? En este texto toca hacerse esta pregunta en relación con las personas mayores y las clasificaciones siguen presentes:

- en el edadismo, en el menosprecio, traducido en mofas y marginaciones, de las personas mayores por el mero hecho de serlo;
- en discriminaciones en oportunidades y en atención social y pública, que son justificadas con cálculos utilitaristas del mayor beneficio de la mayoría y que postergan a las personas de más edad en favor de las más jóvenes, como ha sucedido en diversos países en las estrategias defendidas, y a veces aplicadas, para enfrentarse al COVID;
- en la consideración de las personas mayores con dependencias marcadas y, por lo tanto, con necesidades de apoyo importantes, como pura carga que se soporta, si se hace, solo por la amenaza de sanción;
- en comportamientos que, por manifiesta y extendidamente existentes, la Convención trata de prevenir, como el abandono, el maltrato o la negligencia.

Estas vejaciones de la dignidad en la vejez se pueden contextualizar con lo expuesto en A.1 y evaluar en qué medida y de qué modos la dignidad clasificatoria se sigue aplicando socialmente al colectivo de personas mayores por ser mayores o a grandes sectores de este colectivo simplemente por sufrir determinadas discapacitaciones propias de la vejez.

4. Los malos tratos a las personas mayores como daño grave a la dignidad

Lo que se acaba de señalar muestra que las dos grandes modalidades de la negación de la dignidad a las personas mayores son la discriminación (que para muchas de ellas es múltiple) y los malos tratos. La primera es abordada expresamente en el estudio de S. Huenchuan en este mismo volumen y, desde su conexión con derechos concretos, en otros estudios. La segunda merece ser desarrollada un poco más.

La Convención hace definiciones precisas de los malos tratos más relevantes, como se va a indicar enseguida. Pero bajo la descripción de lo manifiesto en ellos que subraya, de la conducta que los identifica, hay que contemplar una definición de fondo, radicalmente moral, que desvela su verdadera naturaleza y que debe tenerse presente de arranque: los malos tratos son daños graves, crudos, contundentes, a la dignidad. Por esa razón, para prevenirlos y condenarlos, se les debe aplicar el principio básico y clásico de la bioética: primero —esto es, como condición de todo lo que pueda plantearse— no hacer daño. No meramente no hacer daño a la salud. No hacer daño a algo más profundo y radical, algo que proporciona la verdadera razón de la inmoralidad de la conducta maltratadora: no hacer daño a la dignidad.

Atendiendo los contenidos conductuales de los malos tratos, en la Convención, como se adelantó, se resaltan tres (artículo 2):

- El abandono o falta de acción, deliberada o no, para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que pongan en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.
- El maltrato propiamente dicho o la acción u omisión, única o repetida, contra la persona mayor, que produce daño a su integridad física, psíquica y moral.

- La negligencia o error involuntario o falta no deliberada que incluye, entre otros, el descuido, la omisión, el desamparo y la indefensión que causan daño a la persona mayor.

Estas definiciones muestran lo específico de la conducta de daño, pero apuntan también a lo más profundo de este —el daño a la dignidad—, al tener presente, junto al daño físico y psíquico, el daño moral. Solo que no debería considerarse como un tercer tipo de daño (junto al físico y al psíquico), sino como el fondo (in)moral de todos los daños. En cuanto al contenido de las definiciones, una pequeña matización: la del abandono aproxima a este a la negligencia, lo que está bien; pero no debe olvidarse ese abandono radical al que se somete a muchas personas mayores que es la dura soledad no deseada, con frecuencia soportando carencias básicas.

En la misma Convención, en su artículo 9, se reitera en parte y se amplía el abanico de conductas de daño, tras definir el principio que permite identificarlas y rechazarlas: la persona mayor tiene derecho a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de cualquier identidad y condición que tenga, así como a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. Se entenderá como violencia “cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la persona mayor, tanto en el ámbito público como en el privado”. Esta definición de violencia comprende “distintos tipos de abuso, incluso el financiero y patrimonial, y maltrato físico, sexual, psicológico, explotación laboral, la expulsión de su comunidad y toda forma de abandono o negligencia que tenga lugar dentro o fuera el ámbito familiar o unidad doméstica”. Este artículo se completa con el séptimo, sobre el derecho de las personas mayores “a no ser sometidas a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

La conexión con la dignidad es ahora expresa: la persona mayor debe ser reconocida como sujeto de dignidad y, en coherencia, recibir un trato respetuosamente digno, lo que condena de raíz toda conducta que implique maltrato. Este, además, es asociado oportunamente y en sus diversas variantes, a la violencia, es expresión de violencia, en grados a veces durísimos, no necesariamente por su intensidad puntual, sino por su persistencia en el tiempo (piénsese en una negligencia sostenida o en un trato frío y desconsiderado sufrido durante años).

En el artículo se menciona, además, un nuevo modo de maltrato, el abuso, y se aplica a ámbitos como el financiero y el patrimonial. En estos casos, y ampliando lo dicho en la Convención, el abuso de las personas mayores aprovechándose de su fragilidad, suele adquirir la forma de engaño y manipulación que incluye a veces manejos legales. Psicológicamente hiere menos mientras no se conoce, pero objetivamente es daño por partida doble y subjetivamente es daño acrecentado si se descubre. Hay también otra forma de daño relevante que no se cita: la amenaza creíble de dañar, de maltratar (por ejemplo, de abandonar, o de privar de ciertos servicios básicos o ciertas relaciones que se anhelan, incluso de golpear físicamente); el daño es aquí el miedo intenso vivido en la indefensión, que se traduce en sometimiento muy doloroso, que cuando la amenaza se instala se hace compañero inseparable de la persona mayor.

La Convención se centra sobre todo en describir y condenar las conductas objetivas y en reclamar el amparo del Estado frente a ellas. Pero hace apuntes que remiten a los sujetos de esas conductas, a los que causan el maltrato, y que conviene desarrollar un poco más. Es especialmente sugerente un detalle que aparece cuando define abandono, maltrato y negligencia. Muy oportunamente, la Convención estima que se dan esos comportamientos

que violentan la dignidad de la persona mayor tanto si son deliberados-voluntarios en quien los causa como si no lo son. Matizando este aserto, la distinción es válida y oportuna para definir la culpabilidad moral del agente; pero, incluso si no la hubiera por tratarse de una conducta que él no percibe como mala por ignorancia invencible, se dice con claridad que no deja de violentar la dignidad de la persona sufriente y debe considerarse. De lo contrario, la desculpabilización del primero supondría también ignorancia de la victimización del segundo, esto es, una segunda victimización de este añadida a la primera.

Aclarado esto, y con el fin de no solo a amparar a la persona mayor que ha sufrido violencia, sino de alentar la educación moral de quienes se relacionan con ella para evitar que la maltraten, es importante ampliar la escueta referencia de la Convención al sujeto que violenta fijando ahora la atención en él.

- Se observa conducta inmoral en su grado máximo, con responsabilidad plena por ella, cuando está motivada por la intención de dañar, sea cual sea el objetivo que se persigue, esto es, cuando, dañando, tiene conciencia de que daña.
- También hay conducta inmoral responsable cuando su protagonista no sabe que daña, pero con ignorancia vencible, con ignorancia de la que es responsable. Por ejemplo, el profesional de una residencia que, teniendo oportunidades de formarse en el buen trato, las rechaza y, a causa de ello, cae en los malos tratos.
- No hay, en cambio, responsabilidad moral cuando la ignorancia es invencible. Por ejemplo, la de una hija que atiende a su padre mayor con significativas dependencias, con un paternalismo infantilizador pero lleno de buena voluntad que violenta el grado de autonomía que tiene y puede tener. No deberá olvidarse, con todo, que sí hay trato malo objetivo, que hay una víctima que debe ser atendida en cuanto se percibe la situación. Quien le atiende no ha tenido culpa moral, pero al salir de la ignorancia debe sentir dolor de empatía, no culpabilizante, sino centrado en la víctima y movilizador del cambio de actitudes y de conducta hacia ella.
- A veces no hay ignorancia en quien cuida a la persona mayor de que una determinada conducta —normalmente de omisión— es maltrato, pero se tiene incapacidad material de evitarlo. Por ejemplo, se le fuerza a tener una movilidad muy reducida por carencia de recursos y de apoyos para conseguir una silla de ruedas adecuada que le posibilitaría una notable autonomía de movimientos. En este caso, hay maltrato objetivo de la persona, pero no maltrato subjetivo en quien le cuida. Es más, en esta hay compasión solidaria abierta a la reclamación de justicia.
- Continuando con el caso, si hay maltrato objetivo, hay un maltratador que debe ser identificado, para reclamarle la responsabilidad correspondiente. Con frecuencia aparecen aquí las instituciones sociales y públicas, responsables de garantizar la existencia de recursos y de posibilidades que eviten a otros caer forzosamente en el maltrato. Se ve así que el sujeto del maltrato no es necesariamente la persona individual, que puede ser la institución, los responsables de ella y a quienes, con la denuncia correspondiente, hay que exigir que proporcionen esos recursos y apoyos.

- Por último, está la persona que es testigo del maltrato, aunque no lo protagonice, y que no hace nada, pudiendo hacer algo, para que cese y se reconduzca la situación hacia el buen trato. A veces bastará un consejo o la información a organizaciones de apoyo; en otras ocasiones, será necesaria la denuncia ante las autoridades pertinentes. No se trata, evidentemente, de pedirle lo imposible, sino lo posible. Pero el testigo de malos tratos que no hace nada por intentar evitarlos tolera ese maltrato conocido y tiene así una colaboración pasiva en que se mantenga. Es aquí donde está su responsabilidad moral.

Se podría seguir avanzando en esta línea y considerar los espacios en los que se da el maltrato a las personas mayores: los lugares de convivencia familiar, las residencias, los lugares de atención de día, los espacios abiertos, los espacios virtuales, entre otros. Considerar también la diversidad de agentes, en parte ya mencionada: las personas que cuidan —familiares, profesionales, voluntarios—; las instituciones privadas, sociales y públicas con objetivos de atención a las personas mayores; también, a veces, personas mayores que maltratan a otras personas mayores; o personas con contactos ocasionales. Cabe igualmente el caso, en la otra dirección, de personas mayores, incluso marcadamente dependientes quienes, aprovechando lazos afectivos, económicos o de otro tipo que implican poder, maltratan a quienes les cuidan. Todas estas son pistas para avanzar en la reflexión y las propuestas. Quedan aquí solo apuntadas, pues lo ya analizado ofrece referencias suficientes para abordar este abanico de variables del maltrato en todos esos contextos y situaciones.

B. Dignidad, autonomía y vejez

Se ha podido observar en el apartado precedente que los referentes morales fundamentales frente al maltrato que han aparecido son la dignidad (no dañarla en cualquiera de sus modalidades) y la justicia que reclama derechos. Pero, de pasada, se ha apuntado a maltratos objetivos de buena voluntad subjetiva en los que se privilegia hacer el bien de quien se cuida tal como lo entiende la persona que cuida, frente a respetar-potenciar su autonomía, lo que hace que lo primero sea dominación. Esto introduce la conexión explícita entre autonomía y dignidad aquí aplicada a la vejez. Antes de abordar la cuestión considerando sus dinámicas más explícitas, conviene clarificar sus supuestos más fundamentales.

1. Formulación de la dignidad en la Declaración de 1948 y pensamiento ilustrado

La formulación de la dignidad en la Declaración Universal de Derechos Humanos antes citada tiene trasfondos de una reflexión hecha en la cultura occidental, constatación que en modo alguno la invalida, pero que debe estimular sus desarrollos y afinamientos desde otras sensibilidades culturales (la rica variedad de la diversidad cultural en los países implicados en la CEPAL —piénsese en las culturas indígenas y afrodescendientes— tiene aquí su lugar y este texto es una invitación a esa tarea). También debe estimular afinamientos del propio pensamiento occidental en evolución. Es lo que aquí se hará propiamente, con la intención y la esperanza de entrar así en sintonía con lo que pueda ofrecerse desde otras perspectivas culturales como las citadas. Todas estas revisiones y complementaciones serán no solo legítimas, sino también fecundas en la medida en que, en diálogo intercultural, afrontando los límites de la formulación de la Declaración, afianzan y ensanchan lo fundamental de ella.

Se destaca aquí esto por su pertinencia y porque tiene que ver expresamente con el tema de estas líneas —dignidad y vejez—, como se verá. La formulación de la dignidad de la Declaración de 1948 se acerca notablemente a la hecha por el pensamiento ilustrado, plasmado decisivamente en Kant (1993 y 1977) y que concibe la dignidad como cualidad intrínseca, incondicionada y perenne de todo ser humano, y la identifica con que sea fin en sí, no un puro medio. Lo que se sustenta, dice, en su cualidad de ser racional, en cuanto que le hace competente para formular con autonomía una legislación moral de alcance universal cuando en el ejercicio de su razón y arrinconando sus intereses particulares contempla a todas las personas.

Esta es la sublimidad humana en comparación con los animales, desde la que cabe reclamar la dignidad, reclamar la condición de persona frente a la de cosa. Se ligan así estrechamente dignidad y autonomía, en una especie de círculo virtuoso: porque se tiene capacidad de autonomía moral se es sujeto de dignidad, porque se tiene dignidad se tiene derecho al respeto en el ejercicio de la autonomía, incluso en su sentido más amplio de ejercicio de la libertad, esto es, no solo como autonomía en su significado más propio para darse leyes morales universalizables, sino también como autarquía para elegir entre varias posibilidades de realización en función de los horizontes de felicidad³. Como puede verse, este enfoque tiene su huella visible y marcada en la Declaración de 1948 cuando en esta se atribuye la dignidad con la que nace todo ser humano a que está dotado de razón y conciencia.

2. Limitaciones antropológicas en la formulación ilustrada de la dignidad

Ahora bien, el pensamiento liberal e ilustrado, enunciando eso, dice, implícita o explícitamente, mucho más. Asienta esta propuesta en una muy precisa consideración de lo humano. No es este el lugar para exponerla con detalle, pero sí para destacar uno de sus aspectos clave: contempla a las personas abstractamente, como individuos separados y capaces —en su madurez, se podría decir—, convocados a establecer relaciones libres pacíficas, de intercambios y de consensos de convivencia. En este marco, se identifica la libertad y autonomía con la independencia con respecto a los demás —ser su propio señor—, y la independencia con la autosuficiencia —valerse por sí mismo—. Este es, a la vez, el supuesto del que se parte y el horizonte que expresa, sin matices, la realización humana.

El problema está en que, al proclamar ese ser de razón y libertad, esa individualidad separada que nos iguala en la abstracción, se ignora la dimensión de animalidad del ser humano, su sociabilidad-solidaridad ineludible, su culturalidad diversamente vivida en culturas particulares sin la que no se realiza como humano, su condición de ser sexuado, el complejo mundo de sus afectos y deseos. También, sus dependencias y su vulnerabilidad constitutivas y permanentes, que se concretan diferenciadamente en cada uno según los contextos sociales y los avatares de su biografía, que comienza con la etapa de crecimiento en capacidades de la infancia y acaba normalmente con la etapa de decrecimiento de la vejez, aunque caben crecimientos en el decrecimiento.

Pues bien, la libertad y la autonomía humanas se ejercen en el marco de esta compleja realidad que es la persona. Se trata por eso de una libertad en la que también está la huella de la dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad (puede ser herida, puede herir), no una libertad incondicionadamente soberana ligada a una racionalidad pura. Ignorar formalmente todo esto al reclamar la autonomía, con lo que tiene de

³ Véase Kant (1977), Kant (1993), Locke (1990) y Rawls (1986).

condicionador y de posibilitador para esta, además de falsear la realidad, juega a favor de los fuertes y poderosos.

La vertiente más igualitaria del liberalismo (por ejemplo, Rawls, 1986) ha destacado muy pertinentemente que solo es justo reivindicar el ejercicio de la libertad de las personas si estas tienen iguales posibilidades y oportunidades para ejercerla, por lo que es un deber de las instituciones públicas garantizarlas. Se abre así la puerta a que haya no solo derechos civiles y políticos, que amparan el ejercicio de las libertades en negativo, esto es, protegiendo de las coacciones de los otros que se puedan sufrir, también derechos económicos, sociales y culturales que capacitan en positivo para que los primeros se ejerzan efectivamente por todos en situaciones sociales de igualdad. A partir de aquí, estos últimos derechos son concebidos como condición de posibilidad para la libertad, lo que es un gran avance respecto de los planteamientos anteriores.

Pero ¿son solo eso, esto es, un medio al fin y al cabo? o ¿son los que dan cuenta, de verdad, de la complejidad de la condición humana, tal como se acaba de presentar? Si se perciben como mera condición de posibilidad de la libertad, se establece en la práctica una jerarquía entre derechos, que juega a favor de los civiles y políticos, al servicio de los cuales estarían los demás. Por lo tanto, se rompe la indivisibilidad e interdependencia que se reclama en la Convención para ellos. Si, en cambio, se perciben con estos rasgos, es el conjunto de derechos, en su indivisible interdependencia, el que se convierte en sólido y justo amparo y soporte de ese ser complejamente constituido que es el ser humano en cualquier situación vital en la que se encuentre, protegiéndole frente al conjunto de violencias, potenciando sus posibilidades individuales y colectivas y haciéndose cargo de sus fragilidades y carencias. Es precisamente así como, deduciéndose todos estos derechos de la dignidad o emergiendo de ella (recuérdense los Pactos de 1966), la salvaguardan en su totalidad en todas las personas, más allá de la capacidad efectiva de racionalidad que tengan.

Esta consideración invita a volver a lo antes expuesto sobre los modos de violar la dignidad de las personas mayores y recordar lo que la Convención decía con respecto a ellos al definir los abandonos, maltratos y negligencias que sufren, como daños a su integridad física, psíquica y moral. No son, como se ve, meros daños a la autonomía, aunque también, sino a la integridad plena del ser humano, esté en la situación en que esté su nivel cognitivo. Por lo tanto, siempre, incluso —si se quiere y a modo de énfasis, sobre todo— si sus capacidades de autonomía han decaído. Porque se sigue teniendo la misma y plena dignidad si la persona está muy fragilizada; brilla entonces incluso más, porque se muestra más desnuda y vulnerable.

3. Dignidad e interdependencia

Estas observaciones sugieren que, cuando se considera específicamente la autonomía en la complejidad de la condición humana, también se asienta en la realidad de lo humano y se complejiza. En concreto, modulando notablemente su concepción, se ponen en cuestión las dos conexiones supuestamente intrínsecas que el pensamiento ilustrado ha establecido con ella, según se adelantó: la de la independencia y la autosuficiencia. Parecería que solo cuando se dan se ejerce la autonomía, se ejerce de modo pleno y efectivo.

Ahora bien, considerando la condición humana, según se ha visto, ni lo primero ni lo segundo es verdad. La autonomía real se expresa siempre con limitaciones y únicamente se sustenta en un enorme flujo de recepciones de múltiples tipos, conscientes e

inconscientes, provenientes de los otros: no solo las que toda persona acoge en la infancia, también las que se siguen acogiendo a lo largo de la vida, incluso en los momentos de máximas capacidades personales. Nadie, nunca, es puramente independiente. Rogozinski (1999) dice, con razón, que lo que el ser humano tiene es heteroautonomía: parecería una contradicción, pero con ello se destaca que en todo lo “auto” está latente lo “hetero”, lo recibido que lo hace posible.

Necesitar estas recepciones para la autonomía es ser dependiente. Sin que deba olvidarse que únicamente personas dependientes que reciben pueden también dar. Por eso, en sentido propio, no hay independencias autosuficientes, a lo que hay que añadir desde la ética que no debe haber dependencias forzadas a ser puras dependencias, hay interdependencias llamadas a ser purificadas éticamente y plenas en el respeto y la solidaridad. Interdependencias que cubren el amplio abanico que va de las que se entrelazan intersubjetivamente a las que se expresan en las grandes estructuras políticas en las que las personas se reconocen como ciudadanas. Si aún se quiere usar el calificativo de independencia, habría que ser consciente de que se trata de independencia en la interdependencia, de creatividad y originalidad posibilitadas por esta y resituadas en esta.

Un problema colateral que acarrea el énfasis en el ideal de independencia como ideal humano es que se resienten como carencias humillantes las dependencias ineludibles que se viven. Lo que se corrobora, desgraciadamente, cuando otros humillan con insultos y menosprecios a la persona marcadamente dependiente en algún aspecto. Esta es una razón importante de las frustraciones que sienten las personas mayores por ser mayores y que, además, tienden a asentarse y acrecentarse en sus vidas, en la medida en que el decrecimiento es sostenido y definitivo. No es que no haya una dimensión de coste personal en determinadas dependencias en la vejez, que puede ser muy grande, pero si son asumidas en lo que son, si se está en disposición de reclamar y disfrutar de los apoyos a los que se tiene derecho, si se enmarcan en procesos de sabiduría que posibilitan crecer en los decrecimientos, a la vez que muestran la realidad de limitación y solidaridad humanas, son ocasión de maduración que revierte fecundamente en quienes nos rodean (Etxeberria, 2021).

4. Sobre la independencia reclamada en los documentos de los derechos humanos

¿Se tienen presentes en los documentos oficiales de los derechos humanos y en su aplicación estas reservas al uso del calificativo “independencia” o se mantienen huellas importantes del individualismo abstracto liberal? La Convención es ambigua al respecto. En el artículo séptimo liga estrechamente autonomía con independencia ya desde el propio título: “Derecho a la independencia y a la autonomía”, y lo concreta pidiendo a los Estados el reconocimiento “de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos”, con la adopción de medidas que propicien su autorrealización. Ahora bien, que se trata de una independencia *sui generis* se percibe ya en el último párrafo del mismo artículo, al pedir también a los Estados que garanticen a las personas mayores, cuando sean necesarios, “una variedad de servicios de asistencia domiciliaria o residencial y otros servicios de apoyo, incluida la asistencia personal” para facilitar su inclusión en la comunidad. Es algo que se corrobora en múltiples artículos, como en los que se habla de la recepción, por la persona mayor, de servicios de cuidado a largo plazo.

Ahora bien, estos textos de la Convención pueden leerse presuponiendo que lo propio de la adultez es la independencia, que debe mantenerse todo lo posible en la vejez, aunque haya que aceptar que en esta aparezcan dependencias que deberán ser atendidas con los servicios que se mencionan. Frente a tal interpretación, aquí se propone otra lectura: la condición de dependencia es consustancial y permanente en los humanos (es fuerte incluso cuando no se percibe); está llamada a situarse en relaciones de interdependencia solidaria sin dominación en las que es acogida positiva y fecundamente; relaciones que adquirirán concreciones personalizadas y variadas a lo largo de la vida. Pues bien, la vejez, al mostrar más visibles las dependencias, es la etapa que mejor lo revela. Esta segunda interpretación, aquí defendida, empuja a sensibilidades, actitudes y comportamientos con las personas mayores éticamente muy afinados y empáticos.

C. Variaciones de la autonomía y vejez

Analizada ya la conexión entre dignidad y autonomía teniendo muy presente que se trata de autonomía asentada en la condición humana real, toca ahora desarrollar sus diversas expresiones y dinámicas, para proyectarlas a la etapa de la vejez. Al hacerlo, se verá cómo esta es una etapa en la que lo que se ha dicho sobre la condición humana que sintetiza fragilidades y fortalezas, así como capacidades y dependencias en la interdependencia llamada a ser solidaria y sin dominio, es una realidad, vivida en este caso en el marco de la tendencia al decrecimiento. Una realidad que muestra la necesidad y el derecho a la interdependencia respetuosa y solidaria, culturalmente encarnada. Es algo que la Convención recuerda con reiteración (pueden interpretarse en este sentido los párrafos segundo y último del artículo 7, el artículo 8, que habla de la integración comunitaria, y el artículo 21, sobre el derecho a la cultura).

Por otro lado, al tener ahora presente a la persona mayor singular y concreta que ejerce su autonomía y recibe apoyos y cuidados a los que tiene derecho, podrá parecer a veces que nos acercamos a la imagen del individuo separado del liberalismo, antes criticada. Como prevención frente a esta percepción errónea, nunca deberá olvidarse el flujo de recepciones en las que su autonomía se inserta, claras unas, inadvertidas otras. Y aunque no es objetivo de estas líneas ahondar en las dinámicas precisas de los cuidados a la autonomía fragilizada, será importante no olvidar que, si bien amparados por los derechos, lo más propio de ellos es el círculo virtuoso de receptividades y responsabilidades que se crea entre la persona que cuida y la que es cuidada, frente a la percepción habitual de que uno es el dador puro y otro el puro receptor.

1. Expresiones de la autonomía

En este apartado se precisan los conceptos fundamentales que giran en torno a la autonomía. En la base de todo está la libertad de la persona, concebida aquí como capacidad de toma de decisiones que abren a la iniciativa, que presupone capacidad de discernimiento valorativo de lo que está en juego, que se continúa en capacidad para la realización de lo decidido y que se materializa y culmina en su realización efectiva. Con el ejercicio de la libertad se pone, así, algo que no había (o se inhibe voluntariamente poner lo que podía ponerse). Por lo antes dicho, este poder del sujeto de poner algo nuevo no es omnímodo; presupone recepciones y con frecuencia está acompañado de apoyos, pero es algo propio de él, atribuible él, “autos”.

Eso que pone el sujeto, de una u otra manera, pasa a formar parte de lo que él es, le hace ser en algún aspecto algo que antes no era, lo determina, pero es una determinación que, en última instancia, él se da a sí mismo: autodeterminación. Es el efecto de la decisión realizada de la libertad. Tener capacidad de decisión es, por lo tanto, tener capacidad de autodeterminación. La voluntad de autodeterminación puede contemplar varios horizontes. Uno de ellos es el de la felicidad o vida plena que se anhela: entre posibilidades varias que cabe considerar para lograrla, el sujeto elige la que evalúa como mejor para él; es decir, hay autoelección.

La autoelección es, por lo tanto, el arranque del proceso de autodeterminación en el ámbito personal de la vida buena, que evidentemente puede ser compartido con otras personas o con un grupo cohesionado. Se concreta en autoelecciones puntuales y en autoelecciones globales en forma de proyectos de vida. En cuanto decididas por el sujeto, al ser llevadas a cabo, especialmente en su segunda modalidad, suponen su autorrealización (que, de todos modos, implica firmes colaboraciones de otros de muy diverso tipo).

Esta autorrealización puede concebirse con diversas perspectivas. Entre ellas, hay una que remite expresamente al *autos*; es la que asume el horizonte de la autenticidad. Su uso más primario tuvo que ver con documentos públicos, cuya validez se autentificaba, pero ha acabado teniendo un relevante uso personal: la intención de ser auténtico, de ser uno mismo, de ser fiel a sí mismo, a lo que uno se considera llamado a ser (lo que en modo alguno es incompatible con la reasunción crítica y personalizada de propuestas que se reciben de otros). Esta autenticidad se plasma en los proyectos de vida, en los ideales de configuración del carácter moral personal y en las opciones de sentido de la vida y de la realidad, aspectos que se imbrican en sí (hay veladas y parciales menciones a ello en el segundo párrafo del artículo 7 de la Convención). Supone, como puede verse, un gran afinamiento de la elección y autorrealización.

Por último, volviendo a la autodeterminación, puede pretenderse la determinación por uno mismo de un “nomos”, una ley moral que se imponga como deber que alcance a todas las personas afectadas por ella. Esa autodeterminación se expresa, entonces, en su sentido propio, como la autonomía, de la que habla Kant y propone que la realice el sujeto racional liberado de intereses particulares que, por eso, tendrá un horizonte de universalidad. Vista la dificultad insuperable de tal exigencia, los representantes de la ética discursiva proponen que la norma se decida en un diálogo que merezca llamarse tal, de los afectados por ella. Sigue siendo autonomía, aunque colectivamente ejercida.

Definidas estas variaciones, hay que observar que, en la práctica, se está utilizando la palabra “autonomía” para todas ellas, aunque etimológicamente, como término genérico, sería mejor el de “autodeterminación”. En cualquier caso, si se asume ese uso general, como sucede en la Convención y es lo más habitual (razón por la que también se aceptará en este escrito), es importante hacerse cargo de todas estas variaciones, pues dan cuenta precisa del panorama que conviene considerar y, desde él, del modo como hay que plantear en su complejidad y sin confusiones la afirmación y ejercicio de la autonomía en la vejez y su apoyo, que se aborda enseguida.

2. Criterios morales para el apoyo a la autonomía de las personas mayores

¿Con qué criterios y orientaciones conviene asumir, ya en concreto, ese ejercicio de la autonomía en esta etapa de la vida? Más específicamente, ¿cuáles son los criterios morales que deben tener presentes las personas e instituciones que apoyan a las personas mayores ante las posibles fragilidades de sus capacidades?⁴. Como criterios más generales, deben considerarse:

- Hay que evitar toda forma de dominio y castración de la autonomía de las personas mayores, incluyendo las que se expresan como paternalismo o infantilización de ellas.
- Hay que reconocerles toda la capacidad de autonomía que tienen —cada persona, en cada momento, el suyo—, lo que se traduce en el respeto a que la ejerzan con libertad.
- Ante las dificultades subjetivas en su ejercicio, es deber de justicia potenciarla, en lo que sea posible, a través de los apoyos pertinentes, tanto los provenientes de personas que las acompañan como de instituciones, que en última instancia remiten a deberes de los Estados, como bien subraya la Convención.
- Las fragilizaciones fuertes e irreversibles que puedan suceder deben ser acogidas a través de los cuidados necesarios, inspirados en una compasión respetuosa de su dignidad. Léase como ejemplo, en este marco, el artículo 11 de la Convención y su énfasis en que se eviten las manipulaciones de la persona mayor cuando se cuida de su salud.

Por su parte, las personas mayores, conscientes de que donde hay autonomía hay responsabilidad, deberán estar en disposición de asumir sus responsabilidades en el grado justo y ante quienes les corresponda (incluido ante sí mismas).

Pueden formularse orientaciones y criterios más precisos partiendo de diversas distinciones. En primer lugar, conviene distinguir entre capacidad para decidir y autosuficiencia para ejecutar lo decidido (destreza). Y gestionar luego la distinción con estos criterios:

- La capacidad de autonomía de la persona mayor se mide primariamente por su capacidad de decidir.
- Su decisión debe ser respetada, como en todas las personas, siempre que no suponga daño a la autonomía de otras personas o a la justicia.
- En la medida en que su capacidad de autonomía sufra fragilizaciones debidas a la edad, los apoyos primarios tienen que dirigirse a robustecer su capacidad de decisión.
- Cuando la capacidad de decisión no esté acompañada por la capacidad para ejecutarla, se impone respetar la decisión y facilitar la ejecución a través de los apoyos pertinentes (aprendizajes, asistencias, aparatos, entre otros).

Hay que estar atentos a no hacer del entrenamiento en destrezas un sustituto del apoyo en la capacidad de decisión, forma sutil (tramposa) de negar la autonomía a las

⁴ Se retoman aquí en buena medida las consideraciones de Etxeberria (2016).

personas mayores aparentando que se potencia. La persona mayor también tiene derecho a decidir sobre las destrezas que se le enseñan, imponiéndosele solo aquellas que tienen que ver con la justicia distributiva porque evitan cargas indebidas a otros. Solo cabe plantearse decisiones de representación/sustitución de la voluntad de la persona mayor cuando hay una limitación de su autonomía que no puede ser superada con apoyos, estando además en juego un bien importante para ella e inspirándose en el modo en que ha ejercido su autonomía mientras ha disfrutado de capacidad.

En segundo lugar, se debe distinguir entre autonomía actual o capacidad de decisión que efectivamente posee la persona mayor y autonomía potencial, que puede alcanzarse si se reciben los acompañamientos y apoyos pertinentes a los que se tiene derecho, como bien se dice reiteradamente en la Convención. De esta distinción se desprende:

- Que la capacidad de autonomía de una persona mayor se define por su autonomía potencial, que revela una injusticia si no coincide básicamente con su autonomía efectiva.
- Que, por lo tanto, la referencia para las posibles decisiones de apoyo, y más aún de representación-sustitución, no tiene que ser la autonomía real sino la potencial.
- Que la persona mayor tiene derecho a que se hagan efectivos los apoyos necesarios para que su autonomía potencial se corresponda con su autonomía real, siendo responsable de colaborar en ello en lo que esté a su alcance. Sitúense aquí los servicios de asistencia mencionados en artículo 8.c y los cuidados a largo plazo del artículo 12.
- Que hay que tener presente que la autonomía no es una capacidad abstracta, sino en buena medida contextual. Es claramente mayor cuando se vive en contextos (familiares, culturales, sociales, físicos) conocidos e interiorizados, que funcionan espontáneamente como apoyos.

Esta observación muestra que hay que estar atentos a la posible necesidad de acompañamiento en entornos nuevos que se le imponen a la persona mayor, a fin de que logre familiarizarse con ellos.

En tercer lugar, hay que tener presente la distinción que antes se avanzó entre autodeterminación para realizar deseos concretos legítimos, autodeterminación como autonomía (autolegislación moral) con la que se pretende concretar un deber moral obligante para todas las personas implicadas, y autodeterminación como autenticidad, en la que se busca que las decisiones que se tomen se traben de tal manera entre ellas que den a la persona una identidad y una realización acordes con lo que se siente llamada a ser. Teniendo presente la distinción, surgen estas orientaciones morales para acompañar a las personas mayores precisadas de apoyos.

Con frecuencia, en los apoyos a las personas mayores suele considerarse solo la primera versión de la autonomía se hacen girar, además, en torno a temas menores de la vida cotidiana, como si las oportunidades de decisión de más largo alcance, en el marco de sus proyectos de vida, se hubieran acabado o como si la capacidad que les queda de decidir con lucidez se redujera a ellos. Cuando así es de verdad, hay que asumirlo. Pero debe criticarse la tendencia a la infantilización de la persona mayor. Y hay que estar atentos a acoger y apoyar su autonomía como autolegislación y como autenticidad.

Con respecto a la autonomía como autolegislación, es importante reconocer y apoyar a la persona mayor en su condición de sujeto de deberes consigo misma, con quienes se relaciona y con la sociedad, que ella misma se considere con capacidad de definir y de tomar como referencia para su praxis. Sentirse responsable de este modo, serlo en la medida justa en que se pueda y ser reconocida así, es algo muy relevante para la identidad moral y la autoestima personal.

En cuanto a la autodeterminación como autenticidad, es cierto que para la persona mayor el grueso de la trabazón de recepciones y de decisiones que supone su vida es sobre todo algo realizado, historia personal, y que su horizonte de futuro se ha reducido de manera ineluctable. Pero precisamente por eso, la autodeterminación en la vejez es de un modo especialmente denso, al recoger con tintes evaluativos el propio pasado y al llevarlo a su clausura. Acompañar a la persona mayor, en la medida y modo que lo precise, a que esta revisión sea pacificada e incluso gozosa, a que no sea traumática, a que esté empapada de la pertinente compasión consigo misma cuando se precise, a que siga creativamente abierta a lo que pueda construir en el futuro que le queda, es muy importante.

Hay, además, una cuestión especialmente relevante en la vejez para el ejercicio de la autodeterminación como autenticidad (también, en parte, como autolegislación). Es la etapa de la vida que se cierra con la muerte cierta, que pone fin a nuestra biografía, lo que pide a la persona precisar cómo desea vivir el proceso de morir, en el marco de qué mundos de sentido, con qué actitudes, con qué acompañamientos. También aquí pueden necesitarse apoyos delicados y respetuosos, incluso, representaciones-sustituciones de libertades fragilizadas que respeten las voluntades anticipadas por la persona, formal o informalmente formuladas (véase el último párrafo del artículo 6 de la Convención.)

3. Respeto y apoyo a la autonomía cívica de las personas mayores

Las consideraciones precedentes se aplican espontáneamente con facilidad al ejercicio de la autonomía de la persona en los ámbitos que solemos llamar privados o sociales. Pero la persona no es solo un sujeto individual con relaciones intersubjetivas en espacios como los familiares o de amistades. Es también ciudadana, esto es, miembro de pleno derecho de la sociedad políticamente organizada con el objetivo de lograr participativamente entre todos el bien público. Hay en este sentido un ejercicio público de la autonomía, el propio de la persona ciudadana.

Con frecuencia se piensa que las personas mayores, sobre todo si tienen alguna fragilidad marcada, deben considerar clausurada esta dimensión de su vida, para centrarse en sus preocupaciones e intereses personales o familiares o sociales de corto alcance. Pues bien, con buen criterio, la Convención no se olvida de recordar la condición de ciudadanía activa de la persona mayor, subrayando sus derechos políticos (artículo 27) y haciendo énfasis en el corazón de ellos: el derecho a la participación en la vida política y pública en igualdad de condiciones con los demás.

El alcance de esta ciudadanía cívica se percibe bien cuando se consideran los cuatro grandes ámbitos en los que la autonomía puede ejercerse: i) el privado de la intimidad familiar y de amistades, en el que las decisiones están muy conexas con la vida relacional afectiva; ii) el privado de la vida civil, que tiene que ver con la institución del mercado y las relaciones que ampara, así como con instituciones conexas con el sentido de la vida y la realidad, ya sea religioso o secular; iii) el público en su expresión social, el de las organizaciones de la sociedad civil que persiguen el bien público en alguna

de sus facetas: derechos de las mujeres, desarrollo, paz, ecología, entre otros, y iv) el público en su expresión política estricta, en el que las decisiones y realizaciones se sitúan dentro de las instituciones formales del Estado, a través de la participación democrática en ellas, y que tiene su impacto en los otros ámbitos en lo que tienen que ver con la justicia.

Pues bien, el respeto a la autonomía en la vejez y sus diversos apoyos adquieren todo su alcance cuando contemplan estos cuatro ámbitos. La tendencia respecto a las personas mayores con autonomía fragilizada es ayudarlas a que la ejerzan en el ámbito privado de la intimidad y en el ámbito de la vida civil cercana, limitadamente, además, ya sea que estén en espacios residenciales o familiares. Esto supone que se cercenan de manera injusta sus posibilidades y se debilita decisivamente la vertiente pública de su autonomía (a veces manipulándolas, por ejemplo, en su participación en las elecciones). Las personas podrán querer ejercerla más o menos de manera activa, pero debe ser una decisión suya, respetuosamente acompañada cuando se precise.

Se les invitará, por eso, a vivir todo lo que puedan —con apoyos— y deseen, tanto la dimensión receptiva de esta ciudadanía pública (disfrutar de los derechos humanos en su interdependencia con los que satisfacer las necesidades y potenciar las capacidades), como la dimensión activa, a través del derecho de participación pública y de la asunción de las responsabilidades correspondientes. Respecto a lo primero, en la vejez son especialmente relevantes la garantía de ingresos básicos, el cobijo o la vivienda decente, la atención de calidad a la salud y los servicios sociales apropiados a cada situación. Respecto a lo segundo, las personas mayores pueden crear organizaciones para defender sus derechos, ejerciendo en ellas colectivamente su participación, que será cívicamente plena cuando sus objetivos expresen una dimensión del bien público y cuando sean fecundos también para las generaciones que les suceden. Hay hermosas experiencias en diversos países que muestran que esto es posible.

D. Propuestas de deliberación para inspirar y orientar buenas prácticas en el apoyo a las personas mayores

Todo lo antedicho ofrece pistas precisas, en forma sobre todo de criterios éticos, para las buenas prácticas de quienes acompañan y apoyan a las personas mayores con iniciativas varias y en ámbitos diversos. Como un pequeño paso hacia una mayor concreción práctica de lo expuesto, se ofrecen a continuación algunas propuestas de deliberación en torno a dos cuestiones centrales del ámbito de la dignidad y la autonomía aquí estudiado: el buen trato y el respeto y apoyo a la autonomía de las personas mayores. Ello se hace con la intención de ayudar a evaluar afinadamente prácticas realizadas y, a partir de ello, de motivar y orientar hacia prácticas cada vez mejores.

1. Deliberación grupal en torno a posibles malos tratos a personas mayores

Deliberación grupal en torno a conductas, en el acompañamiento a las personas mayores, consideradas cuestionables —trato malo—, muy relevantes porque expresan el día a día del acompañamiento, pero que no impliquen un delito que reclame acudir a la vía judicial. Como enmarque del esquema que se propone, téngase presente lo dicho en el apartado A.4. Los casos sobre los que deliberar (ya sea caso puntual o conducta sostenida) vendrán dados en principio por la práctica del acompañamiento propio de las personas que deliberen, pero también el de otras personas con las que se tiene alguna conexión.

Se tratará de casos en los que, de arranque, se intuye que hay conductas de trato no bueno, pero a la vez zonas confusas.

La deliberación abocará a una evaluación fáctica de la conducta de los protagonistas del caso, pero el objetivo fundamental perseguido no será tanto el de enjuiciar a las personas e instituciones implicadas, cuanto el de: i) ofrecer orientaciones y ayudas para las transformaciones personales y de conductas, por lo que será bueno que la deliberación acabe en propuestas de recomendaciones; ii) tratar de evitar que se repitan las causaciones de daño —tanto las conscientes como las inconscientes— a las personas mayores, y iii) realizar colaborativamente un aprendizaje que capacite, cognitiva y éticamente, para prácticas de trato bueno cada vez mejores. Al ser deliberación grupal habrá una pluralidad de opiniones, que habrá que abordar dialógicamente. Podrán aparecer igualmente dudas éticas. Si fueran de cierta envergadura y el grupo no consiguiera hacer luz sobre ellas, será recomendable acudir a un comité de ética para que las aclare.

La base de una buena deliberación es una buena clarificación del caso y de sus implicaciones, para lo que puede ser útil un esquema que se inspire en las variables de trato malo expuestas en su momento (D.1), con el objetivo de consignar de la manera más fiel posible la situación vivida por sus protagonistas. Podría ser que no se tuvieran datos suficientes para cumplimentar el contenido de las diversas variables. En la medida que la laguna fuera importante para la deliberación, convendría tratar de conseguir la información correspondiente antes de desarrollar el análisis ético. La cumplimentación del esquema implicará, en parte, descripción del caso o situación pero, en parte también, será ya deliberación de alcance moral. Tal deliberación irá fluyendo espontáneamente. He aquí los interrogantes en juego a partir del esquema de variables del trato malo objetivo, que puede ser maltrato moral:

- Según el agente del trato malo/maltrato: ¿Es un agente institucional, un profesional, una persona voluntaria, un familiar, otra persona mayor, otro agente? ¿Están implicados varios tipos de agentes?
- Según la conducta con la persona mayor: ¿Ha habido objetivamente obstinación en el cuidado a ella, o atención insuficiente (parcializada), o atención inapropiada, o negligencia, o abandono, o engaño y manipulación, o amenaza creíble de daño, o acción expresa de trato malo?
- Según la intencionalidad del agente. En la conducta de trato malo, ¿ha habido ignorancia no responsable, o no ignorancia, pero incapacidad de evitación del daño, o ignorancia responsable, o no ignorancia y colaboración pasiva, o no ignorancia e intencionalidad de daño?
- Según el tipo de daño: ¿Se trata de un daño físico, psicológico, económico, sexual? ¿Están implicados varios tipos de daño?
- Según el escenario: ¿El trato malo se ha realizado en espacios de atención institucional (residencias, centros de atención de día), o espacios privados de convivencia (familiares), o espacios públicos abiertos, o espacios virtuales?

Cumplimentar un esquema como este abocará a recomendaciones que implicarán a los agentes afectados, pero también a los horizontes del buen trato desde los que se pueden rediseñar las buenas prácticas. Por último, no hay que olvidar que se debe poner el enfoque en la persona maltratada y en el daño sufrido en su dignidad. Asimismo, en las

restauraciones psicomorales personales que pueda precisar, en los apoyos nuevos que haya que ofrecerle, en los ambientes en los que conviene situarla y en los recursos que haya que lograr para ella, entre otros.

2. Deliberación en torno a los apoyos ofrecidos a la autonomía de la persona mayor

Se propone aquí un cuestionario que remite primariamente a la evaluación de los apoyos: de apoyos concretos ya realizados, pero también de la política de apoyos con que se cuenta. Su segunda intención es la de transformar esos apoyos cuando no han sido éticamente correctos y la tercera, generar buenas prácticas, bien asentadas, en torno al acompañamiento a la autonomía de las personas mayores. El cuestionario lo puede cumplimentar, para su propia revisión, la persona misma que apoya o un equipo de apoyo, o incluso, en diálogo, las personas que apoyan y las que son apoyadas (en este caso, ideal, habría que reformular convenientemente las preguntas y crear el clima adecuado). Téngase aquí presente sobre todo lo dicho con anterioridad. He aquí el cuestionario:

- Al ofrecer los apoyos, ¿se valoró el grado de autonomía de la persona mayor por su capacidad de decisión o más bien por la de ejecución de lo decidido?
- ¿Se tuvo presente su capacidad potencial que reclama primariamente apoyos o, más bien, su capacidad actual? ¿Hubo alguna razón fundada de urgencia que justificara excepcionalmente tener presente lo segundo?
- ¿Se perseguía con los apoyos lograr una capacitación en destrezas desgajadas del horizonte de las decisiones o se priorizó la capacitación en la toma de decisiones, a la que se subordinó lo primero?
- ¿Se priorizó que la persona mayor hiciera o recibiera lo que la persona de apoyo consideró que era su bien o se priorizó acompañar a la persona mayor para que lo decidiera ella, con la intención de respetarlo?
- Cuando se entendió que las fragilidades de la persona mayor eran de tal grado e intensidad que pedían decisiones de representación/sustitución, ¿se respetaron las condiciones éticas que reclama esta situación? Recuérdense cuáles son:
 - Limitación insuperable de su autonomía para lo que está en juego tras el ofrecimiento de apoyos.
 - Relevancia para su bien de lo que se decide.
 - Consideración de los criterios de decisión autónoma que han sido habituales en ella en el pasado.
 - Horizontes de vida realizada que se ha planteado y que ha vivido.
- En su conjunto, ¿se está alentando de manera sutil o inconsciente la dependencia sumisa aceptada de la persona mayor o se busca expresamente la interdependencia lúcida con ella?
- En el marco de esta interdependencia, ¿se están viviendo experiencias que plasman el círculo virtuoso de receptividades responsivas entre quienes formalmente son apoyados y quienes apoyan? Esto es, ¿viven realmente las dos partes la experiencia de dar-recibir, recibir-dar, aunque sea en la asimetría implicada en los cuidados?

Las respuestas a estas preguntas, más allá de las evaluaciones que impliquen, orientarán hacia recomendaciones para los afectados que busquen mejorar su praxis y alentar buenas prácticas en este ámbito de apoyo a la autonomía. Como en la deliberación anterior, pueden surgir dudas diversas. Si alcanzan a temas éticos de envergadura, convendrá acudir a un comité de ética para que aporte luz.

E. Recapitulación

En el primer apartado de este estudio se han analizado el significado y las exigencias básicas de la dignidad. Se ha destacado cómo históricamente la dignidad ha sido concebida como rasgo diferenciador de los humanos y solo tardíamente como rasgo unificador, y se ha precisado cuáles son sus exigencias básicas de reconocimiento, de respeto y de no causación de daño (violencia). Se ha concluido describiendo cómo estas exigencias deben realizarse en el buen trato con las personas mayores, en las que la dignidad nunca decae.

El segundo apartado se ha focalizado en la autonomía. Se ha descrito qué concepción de la autonomía y de la persona humana —la ilustrada, que remite al ser humano genérico racional y libre— ha sido conectada con la emergencia de los derechos humanos universales. Se ha postulado que, sin perder los logros que ello ha supuesto, es fundamental remitir la autonomía a la condición humana compleja y abierta a la diversidad, en la que racionalidad y libertad se asientan fácticamente, a fin de que los derechos humanos se remitan de verdad a los humanos concretos. En relación con ello, se ha defendido que la etapa de la vejez es la mejor reveladora de esa condición de humanidad y también, dada la actual tendencia a la marginalización de las personas mayores, la etapa que precisa una firme atención pública y social para realizar esos derechos.

En el tercer apartado se ha asumido la tesis defendida en el segundo y se ha aplicado a la autonomía tal como es vivida, compleja y diversamente, en la vejez. Los derechos de autonomía se han concretado en derechos, también, de apoyo a la autonomía en los modos y medidas, muy personalizados, en que se fragiliza. Se ha acabado desarrollando los criterios y orientaciones éticas a los que deben remitirse personas e instituciones (privadas y públicas) en las que recaen tales deberes de apoyo. En un breve y último apartado, se ha propuesto un esquema para dos deliberaciones que pueden hacer los responsables de los apoyos a las personas mayores. Tienen que ver con la exigencia básica de no daño a la dignidad y con el deber de respeto a la autonomía de quienes se pretende apoyar. Son dos ejemplos concretos de lo que puede hacerse para consolidar buenas prácticas en el ámbito aquí considerado.

Se espera que con este proceso expositivo se hayan cumplido los objetivos del estudio y se haya hecho una modesta pero significativa aportación a la defensa y apoyo de la dignidad y la autonomía de las personas mayores, y que se hayan dado, también, pistas para la labor creativa de quienes realizan los apoyos.

Bibliografía

- Etxeberria, X. (2021), “De la sabiduría en la vejez”, *En-claves del pensamiento*, vol. 15, N° 30 [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2021000200501.
- _____. (2020), *Dependientes, vulnerables, capaces: receptividad y vida ética*, Madrid, Catarata.
- _____. (2016), “Autonomía moral y derechos humanos en la ancianidad vulnerable”, *IV Encuentro Intergeneracional: autonomía y dignidad en la ancianidad vulnerable*, I. Arnáiz (ed.), Bilbao, Hartu-Emanak, Universidad del País Vasco.
- _____. (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*, S. Huenchuan e I. Rodríguez (eds.) (LC/L.3942), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/39554>.
- Kant, I. (1993), “De la relación entre teoría y práctica en el derecho político”, *Teoría y práctica*, Madrid, Tecnos [en línea] <https://www.tecnos.es/ficha.php?id=1173088>.
- _____. (1977), *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa Calpe [en línea] https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/fundamentacion-de-la-metafisica-de-las-costumbres--0/html/dcb0941a-2dc6-11e2-b417-000475f5bda5_3.html.
- Locke, J. (1990), *Segundo tratado sobre el gobierno civil*, Madrid, Alianza Editorial.
- Rawls, J. (1986), *Justicia como equidad: materiales para una teoría de la justicia*, Madrid, Tecnos.
- Rogozinski, J. (1999), *Le don de la Loi : Kant et l'énigme de l'éthique*, París, PUF.

Capítulo IV

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

Sandra Huenchuan

Introducción

El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez forma parte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, la Convención). En ella se establecen las obligaciones de los Estados relacionadas con la adopción de las medidas necesarias para:

“Garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población... y 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” (OEA, 2015).

En ocasiones anteriores se ha categorizado este derecho, para efectos de análisis, como un derecho emergente; esto es, “nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente” (CEPAL, 2017, pág. 88). El argumento que se ha esgrimido para esta clasificación es que si bien el derecho a la vida es uno de los derechos fundamentales de la doctrina internacional de derechos humanos y es aceptado por el 77% de las constituciones del mundo (Naciones Unidas, 2018), el énfasis que le otorga la Convención marca una diferencia al incluir una especificación que

permite profundizar en el ejercicio y garantía de este derecho en la vejez bajo la aplicación de los principios de dignidad y de igualdad y no discriminación hasta el final de la vida.

Lo que resalta la Convención es que los Estados tienen la obligación de garantizar que las personas mayores sean reconocidas como seres humanos hasta el momento de su muerte —véase el concepto de dignidad que compone magistralmente Xabier Etxeberria en este libro—; y ello conlleva, a su vez, el desarrollo de acciones específicas para que las personas puedan morir sin experimentar la discriminación o los malos tratos que afecten su integridad. El objetivo final de la Convención en este campo no es una “buena muerte” —en el sentido desarrollado en la literatura anglosajona—, sino mantener la dignidad de la vida hasta el final, para cuya garantía son fundamentales, entre otros, los cuidados paliativos y el consentimiento libre e informado.

Por ello, ambos derechos se abordan de manera tan amplia en este instrumento, que se incluyen, además de en el artículo 6, sobre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, en el artículo 12, que versa acerca de los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, y en el artículo 11, sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, en el que se regula también la voluntad anticipada.

Este capítulo se centra en el tema de la muerte digna como una contribución al conocimiento sobre el derecho a la vida y dignidad en la vejez. La importancia de analizar este tema se halla en las implicaciones que tiene en ejercicio de todos los derechos humanos de las personas mayores y en que, durante los últimos años, en distintos lugares de la región se ha debatido sobre el tema desde perspectivas que, a juicio de esta autora, se han distanciado del espíritu de la Convención; hecho lamentable sobre todo en el contexto de la pandemia por COVID-19 que tantas vidas de personas mayores ha cobrado en la región y en el mundo. La estructura del capítulo es la siguiente. En primer lugar, se presenta el derecho a la vida y su relación con la muerte digna. Se continúa con el desarrollo de la dignidad y la autonomía como parte sustancial de la muerte digna en la edad avanzada. Se prosigue con el análisis de los derechos al consentimiento informado y a los cuidados paliativos, para finalizar con las conclusiones.

A. El derecho a la vida y su relación con la muerte digna

La muerte digna está en estrecha relación con el derecho a la vida porque sería el resultado de haber vivido con dignidad y viceversa (Doménech y Polaino, 1994). En el caso de que el derecho a la muerte digna no esté establecido en una constitución, este se deriva del artículo sobre el derecho a la vida, que protege la existencia biológica de la persona, junto con los demás aspectos que de ella se derivan (Ramírez, 2008). El derecho a la vida ha sido muy desarrollado cuando se refiere a la pena de muerte, pero va mucho más allá de eso. Conlleva, entre otras, las siguientes obligaciones por parte del Estado: proveer de todos los medios necesarios para la subsistencia y poner a disposición de todos los recursos humanos y materiales para disfrutar de una condición física óptima y del bienestar (Fúster, Castro y Pacheco, 1998).

Como se observa, hay una indiscutible indivisibilidad entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales en lo que respecta al derecho a la vida. El Comité del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), en este

aspecto, afirma que entre las medidas previstas para abordar las condiciones adecuadas que protejan el derecho a la vida se encuentran:

“Aquellas destinadas a garantizar el acceso sin demora de las personas a bienes y servicios esenciales, como los alimentos, el agua, el alojamiento, la atención de la salud, la electricidad y el saneamiento, y otras destinadas a promover y facilitar condiciones generales adecuadas, como el fomento de servicios de salud de emergencia eficaces, operaciones de respuesta de emergencia... y programas de viviendas sociales” (Naciones Unidas, 2019).

El derecho a la vida constituye el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos, de ahí deriva de manera imperiosa la obligación del Estado de garantizar las condiciones para que no se produzcan violaciones, de impedir que se atente contra ese derecho o ambas (Fronsini, 2000). Por lo tanto, el ejercicio del derecho a la vida supone, inevitablemente, la garantía de la dignidad de la persona, que se entrelaza con el cuidado de sí mismo y el cuidado de la muerte (Aguilera y González, 2012). Según Aguilera y González (2012), el cuidado de la muerte está íntimamente ligado con la dignidad de la persona. Para estos autores, la dignidad no se ejercita únicamente en momentos previos al deceso, sino durante el transcurso de la vida, por lo que constituye una práctica permanente.

Sin embargo, hay muchas limitaciones que impiden una vida digna para todos en todo momento, lo que abre la posibilidad de una desigualdad inminente durante la vida y ante la muerte. Por una parte, hay millones de personas que no son tratadas como humanas porque se les impide el acceso a los medios esenciales de vida o se les atropella su dignidad e integridad por medio de tratos crueles, violentos o degradantes. Por otra, en las sociedades capitalistas, las personas no son vistas como un fin en sí mismas —como establece la doctrina internacional de derechos humanos—, sino son tomadas en cuenta en tanto demuestren su utilidad (servicio y eficacia), a merced de otras voluntades (Valverde, 2014). Como bien dice Xabier Etxeberria en este mismo volumen: desconocer la dignidad de la persona no solo se expresa en otorgarle un valor instrumental, sino también en darle un valor disminuido o ignominioso.

Quizás todo lo anterior es lo que provoca tantas confusiones al intentar dilucidar qué significa la muerte digna. Primero hay que aclarar qué es la dignidad del ser humano y cómo se respeta en las opciones que se asocian a la muerte tanto en la jerga común y en la jurídica: suicidio asistido, eutanasia, vivir humanamente la muerte, por lo que es de suma importancia esclarecer cómo se ejerce la autonomía en cada una de ellas y de qué autonomía se está hablando.

Debido a que la muerte es un hecho personalísimo —en el que influyen la cultura, la religión y la ideología, entre otros varios aspectos—, es fundamental dejar de manifiesto que en este capítulo al referirse a la dignidad de la muerte no se está aludiendo a un evento médico o al acto de hacerlo, sino a la forma en que ocurre. En esta definición de la forma de morir hay distintas perspectivas que se ponen en juego, aunque todas aluden, a su manera, a principios como la libertad o la dignidad. Por consiguiente, en el modo en que se conjugan ambos principios es donde radica la diferencia entre una posición u otra con respecto a lo que se entiende por morir con dignidad.

Para los liberales, morir con dignidad significa hacerlo ejerciendo la libertad, aunque ello lleve a la extinción del sujeto; aquí el valor de la vida podría entrar en conflicto con otros como la libertad, la voluntad e incluso la justicia (Gracia, 2003). Su razonamiento es

que la dignidad de la persona se fundamenta en que es un ser libre y su dignidad se viola cuando no puede ejercer la libertad. Desde la perspectiva moral, la persona —incluyendo la moribunda— posee una dignidad irreversible a causa de su ser independiente de su hacer, por lo que se debe velar por la dignidad de ese ser y evitarle todo tipo de situaciones que deriven en sufrimiento, dolor, discriminación o malos tratos a la hora de su muerte (Torralba, 1998).

A juicio de esta autora, en esta última perspectiva es donde se enmarca el artículo 6 de la Convención. En su redacción se introduce el principio de igualdad y no discriminación ante la vida y la muerte lo que, de acuerdo con otros trabajos escritos con anterioridad, significaría que en ocasiones es necesario tomar medidas especiales que garanticen la consecución de la igualdad. Del mismo modo, su contenido relaciona la muerte digna con los cuidados paliativos para manejar el miedo, el dolor y el sufrimiento y evitar la distanasia o encarnizamiento terapéutico.

Lo anterior está en concordancia con la doctrina internacional de derechos humanos que advierte que “el derecho a la vida ... es el derecho a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura y a disfrutar de una vida digna” (Naciones Unidas, 2019, pág. 1). Al mismo tiempo se hace hincapié en que:

“Los Estados, al tiempo que reconocen la importancia cardinal que reviste la autonomía personal para la dignidad humana, deberían adoptar medidas adecuadas, sin incumplir las demás obligaciones que les incumben en virtud del Pacto, para evitar el suicidio, en especial entre quienes se encuentren en situaciones particularmente vulnerables” (Naciones Unidas, 2019, pág. 1).

Es evidente que no todos pueden estar de acuerdo con esta interpretación, pero, en vista del modo en que funcionan las sociedades contemporáneas, es indispensable insistir en que hay que anteponer la humanidad de la persona a cualquier ideología que la considere como un producto desechable, sobre todo porque la libertad es un principio muy lejos de alcanzar cuando se está imbuido en una perspectiva que cosifica a la persona o cuando no se dispone de las condiciones necesarias para ejercerla.

En situaciones de máxima vulnerabilidad, el ejercicio de la libertad puede significar que las personas en condiciones más frágiles —por la falta de garantía de su protección y derechos humanos— sean las más perjudicadas (Torralba, 1998). De partida, las personas moribundas o con una enfermedad terminal suelen estar desprotegidas ante el mercado, la medicalización de su salud, institucionalización o incluso la voluntad de sus familiares¹. En ocasiones se trata a las personas, en particular a aquellas de avanzada edad, como despojos, aunque estén biológicamente vivas. Esto se produce de manera particular en el caso de aquellas que se encuentran moribundas o padecen una enfermedad terminal —si bien hay que reconocer que las personas mayores no necesariamente deben estar en tales circunstancias para recibir un trato vejatorio—. Muchas veces no importa cuán deteriorada

¹ Las conclusiones del informe de la Comisión Rimmelick, emitido en los Países Bajos, muestran que, de los fallecidos, a un 15% se le practicó eutanasia entre agosto y diciembre de 1990. De los pacientes que solicitaron eutanasia activa durante el período analizado, el 56% lo hizo por un sentimiento de pérdida de dignidad y el 47% abogando tener un dolor intratable. Este dato resulta doblemente llamativo puesto que, por un lado, el sentimiento de pérdida de dignidad no figura entre las condiciones de “eutanasia justificable” aceptadas por el parlamento neerlandés. Por otro lado, aunque el dolor intratable sí es considerado como una condición justificante, el mismo informe pone en evidencia que —en opinión de los médicos tratantes— en el 17% de las solicitudes de eutanasia aún había alternativas terapéuticas paliativas que ofrecer a los pacientes, pero estos las rechazaron. En otras palabras, no es posible hablar con propiedad de dolor intratable en esos casos (Taboada, 2000).

esté su condición o cuán definitiva sea su gravedad, existe una predisposición a dirigirse a ellas como personas que están pereciendo.

En las sociedades occidentales, la muerte es un tabú; no se habla de ella y se la considera externa a la existencia y ciclo vital. En una cultura hedonista, en la que la identidad de las personas se construye a partir de lo que se tiene, las personas moribundas o con una enfermedad terminal emplazan a los demás frente a la finitud de la vida y la levedad de la existencia, por lo que se tiende a olvidarlas e incluso abandonarlas. Su dolor y sufrimiento se sortea a toda costa o se busca de forma apresurada cómo evitárselos, muchas veces en beneficio propio para evitar la angustia y el desconsuelo personal. Todos estos elementos ayudan a crear un ambiente en el que se desprotege aún más a las personas moribundas o con una enfermedad terminal. Incluso, algunos autores indican que ellas conforman una subclase en la que quienes son afectados por morbilidad múltiple y enfermedades crónicas no son reconocidos siquiera como pertenecientes a ella o no se les valora ni en la ética ni en la norma, sumándose la indefensión a la condición de enfermedad de largo plazo.

En este escenario, ¿es posible ejercer la libertad para poner fin a la vida en las sociedades contemporáneas? La respuesta de esta autora es no². Las investigaciones han demostrado que las personas moribundas o con una enfermedad terminal tienen entre sus principales preocupaciones ser una carga para los demás o sienten angustia por preocupar o provocar dolor a sus seres queridos. Por lo tanto, siempre quedará la duda acerca de si la decisión voluntaria de terminar con su vida es producto de un real ejercicio de su libertad de decisión o es parte de un acto provocado por el entorno que no siempre refleja lo que habrían elegido en otras circunstancias. Es más, la amenaza creíble de dañar —identificada por Xabier Etxeberria en el segundo capítulo de este libro— expresada en abandonar o privar de servicios, también es una limitante que puede afectar la dignidad de la persona mayor y en el caso de aquellas moribundas puede incluso condicionar sus decisiones.

Por ello, en este capítulo se aborda la muerte digna desde la perspectiva de la humanización de la muerte, en la que los cuidados paliativos son cruciales, y se favorece el lenguaje de ayuda a las personas moribundas y con enfermedad terminal para honrar su vida y reconocerlas como protagonistas, de acuerdo con sus creencias, su cultura y contando con todas las garantías que les ofrezca el ordenamiento jurídico para regular y salvaguardar el derecho a morir con dignidad (Torralba, 1998; Millán, 2019).

B. Las personas mayores y la muerte digna

La proximidad de la muerte supone 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, los cuidadores y prestadores de atención médica, entre otros— cumplan con estándares que aseguren que las personas puedan vivir en

² Como ya se dijo, la muerte es un asunto cultural, por lo que en este capítulo las afirmaciones se remiten al caso latinoamericano. Los interesados en el tema en otras partes del mundo pueden revisar la Ley de Muerte con Dignidad (DWDA) de 1997 en el estado de Oregón (Estados Unidos), que permite a sus ciudadanos autoadministrarse medicamentos letales prescritos por un médico conforme a la ley; la Ley del estado de Washington aprobada en 2008 y la de Vermont en 2013. En Europa, la ley suiza que permite el suicidio asistido ha estado en vigor desde 1942; la ley de Bélgica, por su parte, en 2014 extendió el derecho de eutanasia 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.

condiciones adecuadas hasta que se produzca la muerte 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. De acuerdo con un clásico estudio en el tema:

“La estructura social en la que se hallan implicados los ancianos se orientan ya hacia su próxima muerte; sus familias se van independizando de ellas, 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, porque ello no entraña una drástica revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven” (Sudnow, 1967, pág. 35).

De esta manera, la muerte en las personas mayores suele ser un hecho predictivo que se consuma 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 atendidas junto con otros pacientes que sufren las mismas patologías, se les mantiene en una camilla o sentadas en los pasillos por largo tiempo, se les sujeta con amarras con el pretexto de prevenir caídas, se les niega la presencia de un acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones. Según los especialistas, incluso el personal de salud, incómodo frente a las ansiedades de los pacientes de edad avanzada por la muerte, recurren a falsas esperanzas y tratamientos que en realidad están disminuyendo la calidad de la vida, en lugar de mejorarla (Gawande, 2015).

Estas conductas se han naturalizado de tal modo que los comportamientos que no respetan la dignidad suelen ser percibidos como convencionales por las mismas personas mayores. Hay que insistir en que, 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 manera en que la persona espera que sea su final, procurando sobre todo que se cumpla su voluntad y brindando todos los apoyos necesarios en ese momento.

1. La realización de la dignidad ante la muerte

La dignidad supone el valor básico de los derechos humanos que tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral. También implica la capacidad de emitir juicios morales, la libertad para decidir acerca de las acciones y la posibilidad de generar conceptos abstractos (Ordelin, 2013). En tal sentido, todas y cada una de las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante y todas las personas son fines en sí mismas. Esto entraña 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).

Häberle (2001) desarrolla el concepto de dignidad humana como una premisa antropológico-cultural de una sociedad que permite llegar a ser personas, serlo y seguir siéndolo. Entonces, si la muerte es parte integral del ser, el sufrimiento, el dolor, el abandono, la indiferencia, la discriminación u otras prácticas negativas constituyen un grave atentado contra la dignidad como persona. El respeto de la dignidad en la muerte se puede entender como el grado en que las preferencias para morir de una persona concuerdan con la forma en que vivió. Por ejemplo, un estudio realizado por Meier y otros (2016) informa que el 94% de las personas entrevistadas incluía entre las preferencias sobre su muerte la definición de la escena de su deceso (dónde, con quiénes) y una preparación para la muerte (instrucciones anticipadas, arreglos funerarios).

En otro estudio se halló la preferencia de morir en casa, porque los entornos de atención médica convencional a menudo se caracterizan por el uso excesivo de la tecnología, ignorando los deseos de la persona y reduciéndolas a un sistema fisiológico (Steinhauser y Tulsky, 2015). En una publicación anterior se concluyó que no existe una única manera de asegurar la dignidad de la muerte, más bien debe verse como una experiencia del final de la vida que debe negociarse y renegociarse en el contexto de los valores, preferencias y trayectoria vital de cada persona (Steinhauser y otros, 2001).

Como se observa, pese a la ambigüedad con que se utiliza el concepto de dignidad en el sentido común, pareciera que hay condiciones subyacentes que deben ser resguardadas en beneficio de la persona moribunda o con enfermedad terminal. Entre ellas, la investigación de Hau Yan Ho y otros (2013) presentó los resultados observados en la aplicación del modelo de Max Cochinov (véase el cuadro IV.1). No se trata del único modelo existente, pero resulta interesante para clarificar el tema³.

Cuadro IV.1
Modelo de dignidad del cuidado del final de la vida

| Tema principal | Subtema |
|---------------------------------------|---|
| Preferencias para el proceso de morir | Escena de la muerte (cómo, quién, donde y cuando) Morir durante el sueño Preparación para la muerte (por ejemplo, directivas anticipadas, arreglos funerarios) |
| Estado libre de dolor | Sin sufrir Manejo del dolor y los síntomas |
| Bienestar emocional | Soporte emocional Complacencia psicológica |
| Familia | Oportunidades para discutir el significado de la muerte Apoyo familiar Aceptación familiar de la muerte Preparación de la familia para la muerte No ser una carga para la familia |
| Dignidad | Respeto al individuo Independencia |
| Finalización de la vida | Diciendo adiós Vida bien vivida Aceptación de la muerte |
| Religiosidad/espiritualidad | Consuelo religioso / espiritual |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de A. Hau Yan Ho y otros, "Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong", *Age and Ageing*, vol. 42, N° 4, 2013 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23443510/>.

2. El respeto de la autonomía en la muerte

La autonomía de las personas mayores tiene que ver con el fortalecimiento de su capacidad de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, hacer elecciones y lograr sus metas, limitando cualquier posibilidad de que controlen sus vidas (CCDH, 2013). Este último aspecto es esencial cuando se trata del respeto a la autonomía de las personas mayores en el proceso de su muerte. Aplicar un margen para la intromisión de un tercero en la voluntad, sea el médico o los familiares, cuando se trata

³ Véase Errasti-Ibarrondo y otros (2014) para ahondar sobre los modelos de dignidad al final de la vida.

de decidir dónde morir, de quiénes desea estar acompañado o qué servicios terapéuticos opta por recibir o no, es un ejercicio de autonomía que exige respeto.

Habrán quienes desean como único o predominante tratamiento médico el recibir cuidados paliativos, como también quienes se niegan a admitir tratamientos porque consideran que estos afectan su integridad como persona. Insistir en preservar la vida de una persona moribunda o con una enfermedad terminal por medio de acciones que buscan retrasar la muerte por procedimientos poco proporcionales también puede infringir sufrimientos añadidos a los que ya se padece y, por lo general, no logran esquivar la muerte inevitable, sino aplazarla por unas horas o días en beneficio de otros, pero en condiciones humanamente lamentables para la persona mayor (Millán, 2019), quitándole hasta el protagonismo de su propia muerte.

Ejemplos de protección en tal sentido se encuentran en la Argentina y Chile. En el primer país, la Ley 26.742 sobre Derechos del Paciente define la autonomía de la voluntad como “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad” (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2012) y, en consecuencia, agrega que:

“El paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado” (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2012).

En Chile, la Ley 20548, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, señala que la persona en estado de salud terminal tiene derecho a denegar su voluntad para someterse a tratamientos que prolonguen artificialmente su vida, pero el rechazo no podrá implicar la aceleración artificial del proceso de muerte. En ambos casos, legislación argentina y chilena, se cumple con lo señalado en el primer párrafo de este apartado: amparar la autonomía frente a las coacciones que otros puedan ejercer en la decisión.

Ahora bien, Xabier Etxeberria —en este mismo libro— habla de la autonomía como ejercicio de la libertad en la dependencia, en la fragilidad y en la vulnerabilidad. ¿Cómo se aplicaría la autonomía en la dependencia, como le suele llamar este autor en otros escritos, en la decisión sobre cómo morir? (véase Etxeberria, 2017). Es aquí donde nuevamente hay que poner acento en el papel del Estado para garantizar todos los apoyos necesarios para que la persona mayor pueda ejercer la libertad de decidir. Y estos apoyos van, entre otros, desde facilitar las voluntades anticipadas hasta proveer para todos en condiciones de igualdad el acceso a los cuidados paliativos. Vale decir, no basta con que el Estado cumpla con sus obligaciones negativas —no intervención propia ni de terceros en la voluntad de la persona—, sino que además debe realizar todas las reformas necesarias para que las personas accedan a los servicios que requieren al final de la vida.

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

El derecho al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud y la voluntad anticipada, que se abordan en el artículo 11 de la Convención⁴, también requieren de algunas precisiones con respecto a su relación con la muerte digna. El objetivo del consentimiento libre e informado es que las personas mayores tengan la posibilidad de prevenir intervenciones indeseadas en el ámbito de la salud, o aquellas a las que se ven sometidas de forma obligada en las instituciones de atención sanitaria. 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 y a que se garantice la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación en el ejercicio del consentimiento informado.

Asimismo, para dar garantía a su cumplimiento, las Naciones Unidas ha sido enfática en que se “debe velar por que existan salvaguardias legales e institucionales sólidas para verificar que los profesionales médicos se atengan a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, a fin de protegerlos de presiones y abusos” (Naciones Unidas, 2019, pág. 1). En la región el contenido del artículo 11 de la Convención no ha estado exento de debate. El instrumento de ratificación de este tratado por parte de Chile contiene en su declaración lo siguiente:

"La República de Chile declara, en relación con el Artículo 11 de la Convención, que el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud al que ella se refiere deberá ser prestado en conformidad a los requisitos tanto formales como sustantivos y a todas las demás disposiciones aplicables en la materia vigentes en el ordenamiento jurídico chileno" (Gobierno de Chile, Ministerio de Relaciones Exteriores, 2017).

El análisis de fondo de esta declaración interpretativa, de acuerdo con el informe de la Comisión de Relaciones Exteriores de la Cámara de Diputados, consistía en establecer que ninguna de las disposiciones de la Convención, en particular el artículo 11, podría entenderse como favorable a la eutanasia o el suicidio asistido (Cámara de Diputados de México, 2016)⁵.

A pesar de las confusiones emanadas del artículo 11 de la Convención, la doctrina internacional de derechos humanos, así como la bioética, han dejado claro que se trata de un asunto diferente a favorecer la eutanasia. El artículo 11 debe interpretarse a la luz del artículo 6, que trata sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En dicho marco, tal como dice Joanna Pereira en el capítulo V de este mismo libro, el consentimiento

⁴ Véase un análisis más detallado del derecho al consentimiento libre e informado en el capítulo V de Joanna Pereira en este documento.

⁵ Durante el debate desarrollado en el proceso de ratificación de la Convención en Chile, sin embargo, también hubo opiniones contrarias a la introducción de dicha declaración interpretativa, como la del Ministro (S) de Relaciones Exteriores, Edgardo Riveros, quien señaló: “En la disposición de la Convención sobre el derecho de las personas mayores a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11 del instrumento), se establece que la voluntad de aquellas debe darse de conformidad a la legislación nacional”. En el caso de Chile, la ley que regula los derechos y deberes de los pacientes (Ley Núm. 20.584) prohíbe tanto la eutanasia como el suicidio asistido (Cámara de Diputados de Chile, 2016).

libre e informado forma parte del ejercicio de la autonomía y la voluntad anticipada es un tipo de legislación que favorece, en particular la autonomía prospectiva.

El consentimiento libre e informado es un derecho que afirma el valor del sujeto frente a poderes externos a su decisión; lo mismo hace la voluntad anticipada en cuanto instrumento que facilita la transmisión de decisiones cuando no se está en posición de hacerlo. Ambos son resultado de un proceso de afirmación de la persona ante la relación de poder médico-paciente, así como del avance de la ciencia y tecnología que, en palabras de Sánchez (2012), transforma “el principio ético de no abandonar la vida” en la “instrumentación e institucionalización del final de la vida” (Mendoza, s/f).

La voluntad anticipada se refiere a las instrucciones mediante las que una persona manifiesta sus deseos con 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 y García, 2007). Entre sus ventajas se encuentra que, al haber documentado previamente los deseos y preferencias personales, se aligera la inmensa carga de toma de decisiones de la familia. Al mismo tiempo, se preserva la autonomía y la dignidad de la persona mayor adaptando la atención médica en función de las propias elecciones, independientemente de su capacidad mental o física (Siamak y Shiel, 2021).

Para algunos autores, señala Joanna Pereira en su capítulo, la voluntad anticipada se puede comprender como un tipo de consentimiento para asegurar el tipo de atención que la persona desea en el momento que no puede expresar su voluntad. La autora califica la introducción de la voluntad anticipada en el articulado de consentimiento informado como un acierto de la Convención e indudablemente lo es. El espíritu de su redacción del artículo 11 era proteger la autonomía de las personas mayores ante todo evento, incluyendo su muerte, pero dejando por sentado que para su real ejercicio se requiere de garantías y de servicios que favorezcan una muerte sin dolor, coacción o sufrimiento físico o moral, aspiración de cualquier ser humano durante su vida.

La utilización de la voluntad anticipada se ha ido ampliando entre los países de la región. En la Argentina, también llamada declaración vital, se encuentra regulada por el artículo 60 del Código Civil y Comercial. En Colombia es posible suscribir una voluntad anticipada, de manera que se respete lo que la persona quiere al final de su vida. En el Ecuador, la legislación reconoce en la voluntad vital anticipada el derecho de las personas a planificar los cuidados de salud que desean recibir o rechazar en el futuro, en condiciones de incapacidad para tomar decisiones, cursando una enfermedad terminal o cuando la muerte es un hecho inevitable.

En México, 16 entidades federativas cuentan con una norma sobre voluntad anticipada (véase el recuadro IV.1). En Panamá, la ley 68 de 2003 crea la figura de voluntad anticipada. En el Uruguay, en la Ley 18.473 de 2009 sobre Voluntad Anticipada y en el Decreto número 274/010 de 2010 se reconoce a las personas mayores de edad el derecho a manifestar anticipadamente su voluntad de oponerse a la aplicación de tratamientos que prolonguen su vida si así lo manifiestan en forma apta, voluntaria, consciente y libre. En otros países como Chile, el Paraguay y la República Dominicana se han presentado iniciativas de ley sobre voluntad anticipada, pero aún no se han aprobado.

Recuadro IV.1**México: leyes de voluntad anticipada**

La primera Ley de Voluntad Anticipada que entró en vigor en México, el 7 de enero de 2008, fue en la Ciudad de México (en ese entonces, Distrito Federal). La Ley en principio regulaba las formalidades y requisitos del documento de voluntad anticipada, las obligaciones del notario, las reglas de suscripción del documento, así como la representación y los testigos. Sin embargo, dado que la legislación contemplaba requisitos excesivos que obstaculizaban la emisión de los formatos y documentos de voluntades anticipadas, el 13 de diciembre de 2011 se dio una modificación en la que se derogaron muchas de las formalidades a que estaban sujetos estos procedimientos, además se estableció explícitamente la obligación que tienen los familiares de respetar las decisiones expresadas por el paciente, así como las facultades de sus representantes para hacer cumplir dichas decisiones (Mendoza, s/f).

La Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México es una ley de orden público e interés social, que se fija como objetivo establecer y regular las normas, requisitos y formas en las que se debe realizar la Voluntad Anticipada de aquellas personas con capacidad de ejercicio. Dicha voluntad anticipada consiste en exteriorizar su voluntad respecto de ser sometida o no a medios tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, encontrándose en etapa terminal, protegiéndose en todo momento la dignidad de la persona (Moreno y Cruz, 2013).

La Ley de Voluntad Anticipada en la Ciudad de México marcó una pauta importante para el surgimiento de legislaciones similares en otras entidades federativas. En México, 16 de las 32 entidades federativas cuentan con legislación sobre voluntad anticipada: Aguascalientes (2009), Ciudad de México (2008), Coahuila (2008), Guanajuato (2011), Guerrero (2020), Hidalgo (2011), Jalisco (2015), Estado de México (2019), Michoacán (2016), Nayarit (2016), Oaxaca (2015), Tabasco (2019), Tlaxcala (2016), Veracruz (2018), Yucatán (2016) y Zacatecas (2018).

Pese a estos avances legislativos, este tipo de instrumento sigue siendo poco utilizado. Por ejemplo, un estudio realizado en 2019 demuestra que existe poco conocimiento de la ley de voluntad anticipada entre las personas mayores en México (Carrasco, Olivares y González, 2019), incluso en la Ciudad de México en nueve años desde la aprobación de la ley (2008-2017) se suscribieron solo 9.532 documentos de voluntad anticipada (Cámara de Diputados de México, 2019).

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de E. Mendoza, *Voluntades anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida*, Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud, s/f [en línea] http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf y C. A. Moreno y M. Cruz, "La voluntad anticipada en México y su posible regulación a través de una ley federal", *Revista de Ciencias Sociales*, año 7, N° 34, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) [en línea] <http://www.apps.buap.mx/ojs3/index.php/tlamelau/article/view/46>.

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

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 número 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, 2010). En congruencia 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 con la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

El Consejo Directivo para los Derechos Humanos del Consejo de Europa también recoge los cuidados paliativos en la recomendación CM/Rec (2014)2. En su informe

explicativo (CDDH-AGE, 2013) se señala que el fundamento jurídico de su incorporación se remite a 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.

Con relación a este último punto, hay que destacar que ya desde 2003 los países europeos cuentan con una valiosa directriz para abordar los cuidados paliativos, aunque 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 Derechos Humanos de Europa. La Convención Interamericana define los cuidados paliativos 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” (OEA, 2015)⁶.

Para poner en práctica los cuidados paliativos, hay algunos principios básicos que deben ser respetados, que se resumen en el cuadro IV.2 y que pueden ser útiles para los familiares, cuidadores y equipos sociosanitarios.

Cuadro IV.2
Principios que guían la atención paliativa

| Principio | Contenido |
|-------------------------------|--|
| Principio de la veracidad | Comunicar la verdad a la persona moribunda o con enfermedad terminal porque posibilita su participación en la toma de decisiones. |
| Principio de proporcionalidad | Implementar medidas terapéuticas que guarden una debida relación de proporción entre los medios empleados y el resultado visto. En este sentido, sería moralmente ilícito omitir o extender innecesariamente intervenciones sociosanitarias. |
| Principio de prevención | Prever las posibles complicaciones o síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición médica. |
| Principio de no abandono | Precaver que la persona moribunda o con enfermedad terminal quede desamparada. Aunque su condición clínica no se pueda curar, siempre se puede acompañar y contener ^a . |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de P. Taboada, *El derecho a morir con dignidad*, Santiago, Universidad Católica de Chile, 2000 [en línea] <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>.

Nota: Morir en abandono puede implicar varias condiciones. Por ejemplo, morir sin nadie; morir en una unidad de cuidados intensivos, pero sin familiares presentes; morir en presencia de personas cercanas que no incluyen al moribundo, que no le presten atención o que no se den cuenta del momento de la muerte (Nelson-Becker y Víctor, 2020).

La falta de consideración de estos principios infringe el respeto de la dignidad de las personas moribundas o con una enfermedad terminal. Por ejemplo, en el Reino Unido,

⁶ Esta definición es congruente con la utilizada por la Organización Mundial de la Salud (2020).

a pesar de haber sido catalogado en 2015 el mejor país para morir de todo el mundo⁷, las enfermeras y los médicos que respondieron una encuesta sobre la atención al final de la vida de los pacientes hospitalizados manifestaron que el cuidado de las personas mayores moribundas se caracteriza por la falta de compromiso emocional con el paciente y la confidencialidad institucionalizada de la información sobre su muerte.

De sus respuestas se infiere que, aunque las enfermeras proporcionan atención individual a los pacientes moribundos, gran parte de esta se dirige únicamente a satisfacer las 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 tiende a institucionalizarse y ello se convierte en un auténtico obstáculo para que las personas mayores moribundas o con enfermedad terminal reciban la atención que necesitan.

En el escenario de la pandemia por COVID-19 se vuelve más necesario poner en práctica los principios mencionados en el cuadro IV.2. Al respecto, Nelson-Beckert y Víctor (2020) advierten que quienes trabajan en la asistencia sanitaria y social tienen que prepararse aún más ante una enfermedad que cobra tantas vidas y aconsejan hacer una pausa después de un fallecimiento y compartir un momento en silencio. Ello, además de honrar la vida de las personas, honra la humanidad compartida entre quien recibe el cuidado y quien lo brinda.

1. La atención curativa y la atención paliativa

Los cuidados paliativos suelen utilizarse como sustituto de la atención curativa. Cuando se ingresa a un programa de cuidados paliativos se suspenden por defecto los tratamientos destinados a mejorar la condición del paciente. En ocasiones, no se requiere siquiera 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 quienes, frente a casos de enfermedad terminal de una persona mayor, ofrecen como única 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, a pesar de que se trata de intervenciones interdependientes. Por ejemplo, una transfusión de sangre puede ser parte de un tratamiento para que la persona recupere 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:

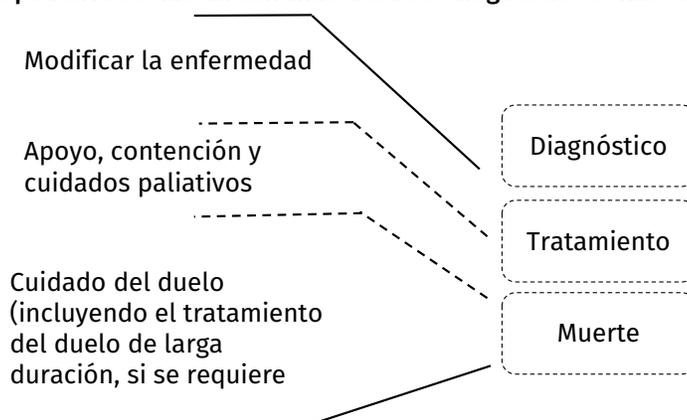
“Pienso que el oficio del médico no sólo consiste en restablecer la salud, sino también en mitigar los dolores y los sufrimientos causados por la enfermedad; y no solamente cuando ello pueda servir, al eliminar un síntoma peligroso, para conducir a la curación, sino también cuando habiéndose perdido toda esperanza de curación, tal mitigación sólo sirva para hacer la muerte más fácil y serena” (cit. en Adib, 2008).

⁷ Véase [en línea] <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.

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

En consecuencia, sería un error ver el modelo curativo y el modelo del cuidado paliativo como las únicas dos opciones yuxtapuestas. Ambos representan los extremos opuestos de un espectro en el que son posibles variaciones ilimitadas y rara vez es apropiado saltar directamente de un extremo al otro (Fox, 1997). El enfoque actual de los cuidados paliativos consiste en incorporarlos como un componente central del manejo de la enfermedad (véase el diagrama IV.1), desde el diagnóstico de un padecimiento que amenaza la vida o una condición que limita una buena calidad de vida, manteniéndose como parte de un tratamiento integral de cuidados al final de la vida y culminando con el duelo (Knaul y otros, 2017).

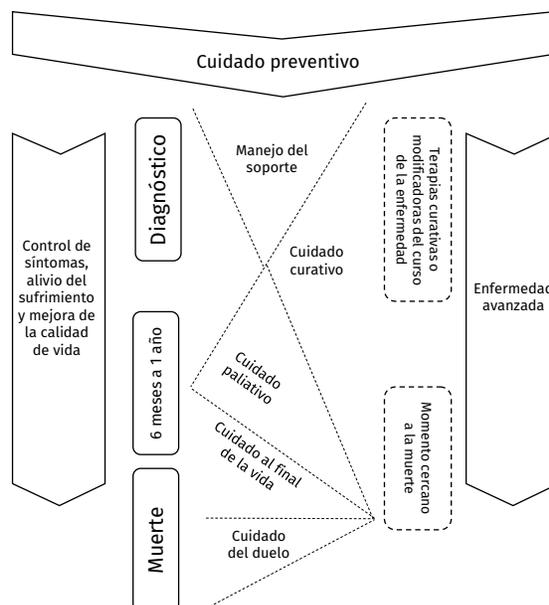
Diagrama IV.1
Cuidados paliativos como un continuo desde el diagnóstico al final de la vida



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de F. Knaul y otros, "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report", *Lancet*, vol. 391, N° 10128, 2017 [en línea] [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).

Esto quiere decir que, frente a alguien que padece una enfermedad terminal e incluso crónica, se debe desplegar todo el abanico de oportunidades que ofrece la medicina para aliviar el dolor y ayudarlo a vivir de forma plena y satisfactoria (Hadjistavropoulos y Hadjistavropoulos, 2008). Sin embargo, la necesidad de cuidados paliativos no es igual en su trayectoria para todas las personas, por lo que deben adaptarse a cada situación para responder rápida y eficazmente con base en el comportamiento de una enfermedad o padecimiento (aun cuando se trate del dolor crónico). Por ejemplo, en el diagrama IV.2 se representa la necesidad de los cuidados paliativos para las enfermedades crónicas progresivas. De lo anterior se deduce que los cuidados paliativos forman parte integral del manejo de enfermedades crónicas y terminales y han de ser considerados como un componente esencial de la protección universal en salud.

Diagrama IV.2
Trayectorias de la necesidad de cuidado paliativo en personas con enfermedad crónica progresiva



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Secretaría de Gobernación, “Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos”, publicado el 26 de diciembre de 2014, 2018 [en línea] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018.

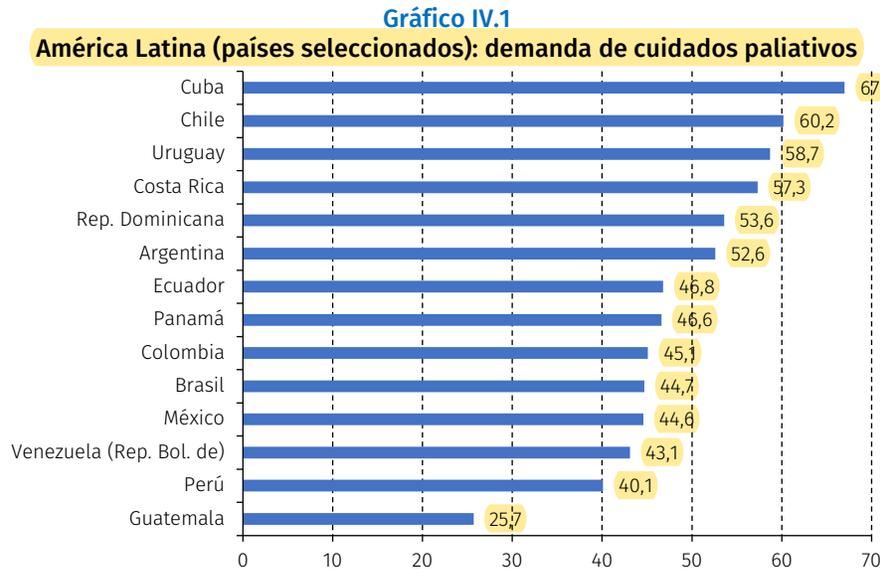
2. Los cuidados paliativos en América Latina

En 2017, el 14,1% de la necesidad mundial de cuidados paliativos en adultos se concentraba en la región de las Américas. En el mundo, de acuerdo con la edad, el 27,1% de las personas que necesitaron cuidados paliativos tenía entonces entre 50 y 69 años, y el 40% 70 años y más. En América Latina la demanda de cuidados paliativos es muy variada. Cuba se encuentra en el primer lugar de la región y en el número 22 del mundo; le siguen Chile, el Uruguay, Costa Rica, la República Dominicana y la Argentina (véase el gráfico IV.1). Cabe advertir que ello está estrechamente ligado con el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

La información disponible indica que en la región de América Latina, como ocurre en el resto del mundo, el desarrollo de los cuidados paliativos es muy heterogéneo. Por ejemplo, en Haití solo se desarrollan actividades de formación en el tema. En la República Dominicana, el Ecuador, Guatemala y el Paraguay, entre otros países, la prestación de cuidados paliativos es aislada. En el Brasil, Colombia, El Salvador y Panamá, los cuidados paliativos están en una etapa inicial de integración en los servicios de salud. En la Argentina, Chile, México y el Uruguay, los cuidados paliativos se ubican en una etapa moderada de desarrollo, y en Costa Rica, en una etapa avanzada (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020), en la que —con base en la evidencia disponible— se ubica también a Cuba.

La información disponible indica que en la región de América Latina, como ocurre en el resto del mundo, el desarrollo de los cuidados paliativos es muy heterogéneo. Por ejemplo, en Haití solo se desarrollan actividades de formación en el tema. En la República Dominicana, el Ecuador, Guatemala y el Paraguay, entre otros países, la

prestación de cuidados paliativos es aislada. En el Brasil, Colombia, El Salvador y Panamá, los cuidados paliativos están en una etapa inicial de integración en los servicios de salud. En la Argentina, Chile, México y el Uruguay, los cuidados paliativos se ubican en una etapa moderada de desarrollo, y en Costa Rica, en una etapa avanzada (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020), en la que —con base en la evidencia disponible— se ubica también a Cuba.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), *Global Atlas of Palliative Care*, Londres, 2020 [en línea] <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

Para llegar a este resultado, la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) utilizó cinco categorías: el entorno paliativo y sanitario, los recursos humanos, la asequibilidad del cuidado, la calidad de la atención y la participación de la comunidad. Costa Rica, Chile y Panamá obtuvieron la mayor puntuación en la primera categoría (entorno paliativo y sanitario). El Uruguay y la Argentina lo hicieron en recursos humanos, que incluye, entre otros indicadores, la disponibilidad de trabajadores especializados en cuidados paliativos y los conocimientos de los médicos generales sobre cuidados paliativos.

En asequibilidad de la atención, Panamá registra la máxima puntuación. En participación de la comunidad, la Argentina se ubica en la cúspide de la clasificación. El caso de Cuba, que se encuentra poco documentado por la WPCA, es particularmente interesante. Los cuidados paliativos nacieron en 1992 y desde entonces se ha ido ampliando su cobertura. Entre las principales fortalezas del país en este tema se encuentra la formación de recursos humanos y la incorporación de los cuidados paliativos en la atención primaria en salud (Forteza y otros, 2018).

Durante la pandemia por COVID-19, muchas de las limitaciones que se han observado para el desarrollo de los cuidados paliativos en la región y el mundo quedaron en evidencia. De acuerdo con un estudio realizado en Inglaterra y Gales, la respuesta a la pandemia se concentró en la prevención y los tratamientos curativos, con poco énfasis en las necesidades de cuidados paliativos de las personas que han fallecido por el virus. Al no saber cuántas de las personas que murieron por COVID-19 habrían estado en su último

año de vida, tampoco es posible conocer cuál habría sido la demanda de cuidados paliativos en ausencia de la pandemia (Bone y otros, 2020).

Por otra parte, la pandemia demostró que el valor de cuidar a las personas mayores aún no forma parte del ejercicio de solidaridad. La toma de decisiones de los profesionales de la salud de practicar la medicina de emergencia en Italia, por ejemplo, no priorizó a las personas mayores (Kilabera, 2020) y las muertes en residencias de cuidados de largo plazo alrededor del mundo dieron cuenta de la indiferencia con respecto a la forma en que fallecieron muchas personas de edad avanzada. Sin embargo, ello no fue más que una muestra de lo poco preparadas que están las sociedades para asumir el cuidado de la muerte. Morir solo o en condiciones completamente ajenas a los deseos durante la pandemia nunca debió tener como consecuencia dolor o sufrimiento en las personas mayores y sus familias, o privarlas de sus derechos humanos, en particular en lo que se refiere a los cuidados paliativos.

E. Conclusiones

En este capítulo se ha analizado en profundidad el derecho a la vida y dignidad en la vejez establecido hace seis años en la Convención Interamericana. Se concentra en la muerte digna y los derechos conexos por su importancia para las personas mayores, sus familias y los prestadores de servicios sociosanitarios. Se estableció el nexo ineludible entre el derecho a la vida, consagrado en la doctrina internacional de derechos humanos, y la muerte digna. Se revisó su vínculo con el consentimiento informado y los cuidados paliativos.

Como principal conclusión, es posible establecer que la muerte digna solo puede ocurrir en un contexto que valore la dignidad e integridad de las personas mayores y una sociedad en la que ambos valores se practiquen en el marco de la interdependencia y la solidaridad. Para lograrlo, aunque aún falte mucho camino que recorrer, es esencial la labor que pueden desarrollar las instituciones rectoras en los asuntos de la vejez, así como los equipos que atienden directamente a las personas mayores.

La muerte digna no es un privilegio de algunos; debe ser una posibilidad para todas las personas como una expresión del derecho a la vida digna. Tampoco debe verse aislada de la propia existencia; muy por el contrario, en este capítulo se afirma que forma parte del ciclo vital de las personas, por lo que requiere una preparación anticipada para precaver cómo se desea morir y hacerlo en consecuencia. En el caso de las personas mayores, se ha de trabajar por cambiar la visión de que son las únicas cercanas al momento de su muerte, evitar la discriminación ante cualquier tipo de práctica y ofrecer las condiciones para que sean las auténticas protagonistas de su muerte tanto en los entornos institucionalizados como en su hogar.

Preservar la dignidad hasta el final de la vida debe convertirse en un propósito como seres humanos y para ello se debe contar con todas las garantías que lo faciliten. La Convención Interamericana entrega herramientas para trabajar en tal sentido. Al ser un instrumento jurídicamente vinculante refuerza la obligación del Estado de no desatender este tema. En los países que han ratificado la Convención urge que se lleve a cabo un proceso de armonización de su legislación interna. En aquellos que aún no lo han hecho es imprescindible favorecer la toma de conciencia de las instituciones públicas y privadas para garantizar el derecho a la vida en todas sus manifestaciones.

La pandemia por COVID-19 está dejando enormes aprendizajes que no se deben olvidar. Urge el fortalecimiento de los sistemas de salud, avanzar hacia la cobertura universal de estos, incorporar los cuidados de largo plazo como un pilar de los sistemas de protección social, incluyendo los cuidados paliativos y, junto con ello, apoyar a las personas mayores para que sean verdaderas protagonistas de sus vidas y su muerte.

Bibliografía

- Adib, P. (2008), “Comentarios a la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal”, *Boletín mexicano de derecho comparado*, vol. 41, N° 123 [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332008000300012.
- AGE Platform Europe (2013), “AGE’s comments on the CoE draft Recommendation on the promotion of human rights of older persons”, Bruselas [en línea] <https://age-platform.eu/policy-work/news/ages-comments-coe-draft-recommendation-promotion-human-rights-older-persons>.
- Aguilera, R. y J. González (2012), “Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia”, *Revista de la Facultad de Derecho*, P. Universidad Católica del Perú [en línea] <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31734.pdf>.
- Bone, A. y otros (2020), “Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: population-based modelling to understand palliative care implications”, *Palliative Medicine* [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32706299/>.
- Cámara de Diputados de Chile (s/f), *Boletín*, N° 10.777-1 (C), Valparaíso.
- _____(2016), “Informe de la Comisión de Relaciones Exteriores en sesión 80: legislatura 364”, *Boletín*, N° 10.777-10-1 (C), Valparaíso.
- Cámara de Diputados de México (2019), *La eutanasia en México: marco teórico conceptual, marco jurídico, iniciativas presentadas, derecho comparado internacional y local, estadísticas y opiniones*, Ciudad de México, LXIV Legislatura, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, Subdirección de Análisis de Política Interior [en línea] <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-08-19.pdf>.
- Carrasco, A., L. Olivares y P. González (2019), “Nivel de conocimiento de la ley de voluntad anticipada en la población geriátrica en México”, *Revista cubana de medicina general integral*, vol. 35, N° 1 [en línea] <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi191c.pdf>.
- CDDH (Comité Directivo para los Derechos Humanos de Consejo de Europa) (2013), *Draft explanatory report to the Recommendation on the promotion of the human rights of older persons*, Estrasburgo.
- CEDAW (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) (2010), *Recomendación general N°27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/GC/27)*, Nueva York, Naciones Unidas [en línea] <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2017), *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1)*, Santiago, 2017 [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41471/4/S1700838_es.pdf.
- Costello, J. (2001), “Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards”, *Journal of Advanced Nursing*, N° 35 [en línea] https://www.academia.edu/1971451/Nursing_older_dying_patients_findings_from_an_ethnographic_study_of_death_and_dying_in_elderly_care_wards.
- Doménech, E. y A. Polaino (1994), “Comunicación y verdad en el paciente terminal”, *Manual de bioética general*, Madrid.
- Errasti-Ibarrondo, B. y otros (2014), “Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida”, *Cuadernos de Bioética*, XXV, Navarra [en línea] <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/243.pdf>.

- Etxeberria, X. (2017), "Personas mayores: Independencia de/en la interdependencia", *Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe*, Asunción, Paraguay, del 27 al 30 de julio de 2017 [en línea] https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/presentations/xabier_etxeberria.pdf
- Foley, K. y H. Gelband (eds.) (2001), *Improving Palliative Care for Cancer*, Washington, D.C., National Academy Press [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057564/>.
- Forteza, M. y otros (2018), "Palliative care in Cuba", *Nursing and Palliative Care*, OAT – Open Access Text [en línea] <https://www.oatext.com/palliative-care-in-cuba.php>.
- Fox, E. (1997), "Predominance of the Curative Model of Medical Care: A Residual Problem", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, N° 9 [en línea] <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/418094>.
- Fronsini, V. (2000), *Derechos humanos y bioética*, Bogotá, Editorial Temis.
- Fúster, F., G. Castro y Z. Pacheco (1998), "El derecho a la muerte digna: II parte", *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* [en línea] [https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/\(543\)/art5.pdf](https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/(543)/art5.pdf).
- Gawande, A. (2015), *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, Profile Books Ltd, Londres.
- Gobierno de Chile (2017), "Instrumento de ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores", Santiago, Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Gobierno de México (2020), "Ley N° 1173 – De voluntad anticipada para el estado de Guerrero", Chilpancingo, Honorable congreso del estado libre y soberano de Guerrero, 20 de junio [en línea] https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/guerrero_-l1173vanticipeg.pdf.
- ____ (2019), "Ley de voluntad anticipada", *Periódico Oficial Gaceta del Gobierno*, Toluca de Lerdo, 5 de diciembre.
- ____ (2019), "Ley de voluntad anticipada", Villahermosa, Honorable Congreso del Estado de Tabasco, 21 de septiembre.
- ____ (2018), "Voluntad anticipada para el estado de Veracruz", Xalapa, Honorable Congreso del Estado, 16 de noviembre [en línea] <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/LEY%20DE%20VOLUNTAD%20ANTICIPADA%20PARA%20EL%20ESTADO%20DE%20VERACRUZ%20DE%20I GNACIO%20DE%20LA%20LLAVE%2020-11-18.pdf>.
- ____ (2018), "Ley de voluntad anticipada", Ciudad de Zacatecas, Honorable congreso del estado libre y soberano de Zacatecas, 7 de julio [en línea] <http://periodico.zacatecas.gob.mx/visualizar/ca8d06bf-f3e3-4c5c-b41f-3da5b6a37e07;1.0>.
- ____ (2016a), "Ley de voluntad anticipada", Uruapan, Honorable Congreso del Estado, 29 de diciembre.
- ____ (2016b), "Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal para el estado de Nayarit", Tepic, Honorable Congreso Local, 8 de noviembre [en línea] <https://vlex.com.mx/vid/ley-derechos-enfermos-etapa-575272350>.
- ____ (2016c), "Ley de voluntad anticipada", Tlaxcala de Xicotécatl, Congreso del estado libre y soberano de Tlaxcala, 21 de diciembre [en línea] <https://ofstlaxcala.gob.mx/doc/Legislacion/loca les/leyes/LEY%20DE%20VOLUNTAD%20ANTICIPADA%20DEL%20ESTADO%20DE%20TLAXCALA.pdf>.
- ____ (2016d), "Decreto 396/2016 por el que se emite la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán y se modifica el Código Penal del Estado de Yucatán", Mérida, Congreso del estado libre y soberano de Yucatán, 8 de junio [en línea] <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Yucatan/wo119007.pdf>.
- ____ (2015a), "Muerte asistida para el estado de Jalisco", Guadalajara, Secretaría del congreso del estado, 5 de febrero [en línea] <https://congresoweb.congresoajal.gob.mx/infolej/agenda kioskos/documentos/sistemaintegral/estados/51493.pdf>.
- ____ (2015b), "Ley de Voluntad Anticipada", *Periódico Oficial del Estado de Oaxaca*, Oaxaca de Juárez, 1 de septiembre [en línea] <https://lefisco.com/estatal/oaxaca/ddhh/lvaeoax102015/>.
- ____ (2011), "Ley de Voluntad Anticipada", *Decreto*, N° 573, Pachuca, Congreso constitucional del estado libre y soberano de Hidalgo, 14 de febrero [en línea] http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Voluntad%20Anticipada%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf.

- _____. (2009a), “Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Aguascalientes”, *Periódico oficial del estado de Aguascalientes*, Ciudad de Aguascalientes, 21 de abril [en línea] <https://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-26-31.pdf>.
- _____. (2009b), *Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal*, Ciudad de San Luis Potosí, Honorable Congreso del Estado de San Luis Potosí, 7 de junio.
- _____. (2008a), *Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal*, Saltillo, Congreso del estado de Coahuila de Zaragoza, 18 de junio [en línea] http://www.coahuilatr transparente.gob.mx/leyes/documentos_leyes/SSCLeyes20.pdf.
- _____. (2008b), *Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima*, Ciudad de Colima, Honorable congreso constitucional del estado de Colima, 13 de agosto.
- _____. (2008c), *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*, Ciudad de México, Asamblea legislativa del Distrito Federal, 7 de enero [en línea] <http://aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>.
- _____. (2001), *Ley de Voluntad Anticipada*, Ciudad de Guanajuato, Honorable congreso constitucional del estado libre y soberano de Guanajuato, 3 de junio.
- Gracia, D. (2003), “Ética de los confines de la vida”, *Ética y vida: estudios de bioética*, N° 3 [en línea] <https://es.scribd.com/document/427234711/Col-Etica-y-Vida-3-Gracia-Diego-Etica-de-Los-Confines-de-La-Vida-2003>.
- Häberle, P. (2001), *El Estado constitucional*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México [en línea] <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/8990>.
- Hadjistavropoulos, T. y H. Hadjistavropoulos (2008), *Pain Management for Older Adults*, Washington, D.C., International Association for the Study of Pain.
- Hau Yan Ho, A. y otros (2013), “Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong”, *Age and Ageing*, vol. 42, N° 4 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23443510/>.
- Huenchuan, S. (2016), “Un paso adelante para los derechos humanos: la protección de las personas mayores en las Américas”, *Anuario de Derechos Humanos*, Santiago, Universidad de Chile, [en línea] <https://anuariocdh.uchile.cl/index.php/ADH/article/view/42751>.
- Kilaberia, T. (2020), “Organizational commitment among residential care workers”, *Journal of Aging Studies*, vol. 55 [en línea] <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890406520300645?via%3Dihub>.
- Knaul, F. y otros (2017), “Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report”, *The Lancet*, doi: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.
- Meier, E. y otros (2016), “Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue”, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, Issue 4 [en línea] [https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(16\)00138-X/fulltext](https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(16)00138-X/fulltext).
- Mendoza, E. (s/f), *Voluntades anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida*, Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud [en línea] http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf.
- Millán, R. (2019), “La muerte digna como un derecho humano”, tesis para maestría en ciencias jurídicas, Toluca, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma del Estado de México [en línea] <https://1library.co/document/zg8k6x7y-la-muerte-digna-como-un-derecho-humano.html>.
- Montiel, L. y M. García (2007), *Pensar el final: la eutanasia - Éticas en conflicto*, Madrid, Editorial Complutense.
- Moreno, C. A. y M Cruz (2013), *La voluntad anticipada en México y su posible regulación a través de una ley federal*, año 7, N° 34, Nueva Época, abril-septiembre.
- Naciones Unidas (2019), *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, Comité de Derechos Humanos (CCPR/C/GC/36), 3 de septiembre [en línea] <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsrdB0H1l5979OVGGb%2BWPAXhN19e0rX3cJImWwe%2FGBLmVgb8AE9NGVfbGSQPyBfkR3q4HkLfE9nMzTxjohiPOdvK6iwVsljX3HNPZjayRXUHX>.

- _____. (2018), "Artículo 3: Derecho a la vida", *Noticias ONU* [en línea] <https://news.un.org/es/story/2018/11/1445581>.
- _____. (2010), Recomendación general Núm. 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, [en línea] <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>
- _____. (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, Ginebra [en línea] <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
- Nelson-Becker, H. y C. Victor (2020), "Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions" *Journal of Aging Studies*, vol. 55 [en línea] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406520300487>.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)*, adoptada en Washington, D.C., el lunes 15 de junio de 2015, entrada en vigor: 1 de noviembre de 2017 [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OHCHR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2019), *Observación general núm. 36. Artículo 6: derecho a la vida (CCPR/C/GC/R.36/Rev.7)*, Comité de Derechos Humanos, Ginebra [en línea] https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf.
- _____. (2013), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), Ginebra [en línea] https://hchr.org.mx/relatorias_grupos/informe-del-relator-especial-sobre-la-tortura-y-otros-tratos-o-penas-crueles-inhumanos-o-degradantes-juan-e-mendez/.
- Ordelin, J. (2013), "¿Representación voluntaria de los derechos inherentes a la personas?: consideraciones para un debate jurídico desde el ordenamiento jurídico cubano", *Vniversitas*, vol. 62, N° 127, Pontificia Universidad Javeriana [en línea] <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/8401>.
- Quinn, G. 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 (OHCHR) [en línea] <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/614>.
- Ramírez, R. (2008), "El derecho a la muerte digna en la jurisprudencia constitucional" *Revista Jurídica de Seguridad Social* [en línea] <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rjss/juridica10/03-ENSAYO2.htm>.
- Sanchez, J. (2012), "Voluntad anticipada", *Ciclo de Conferencias Inaugurales de la Escuela Internacional de Derecho y Jurisprudencia*, Ciudad de México.
- Secretaría de Gobernación, "Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos", publicado el 26 de diciembre de 2014, 2018 [en línea] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, (2012), *Ley Núm. 26.529 que establece los derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de Salud*, Buenos Aires [en línea] https://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf.
- Siamak, N. y W. C. Shiel (2021), "Advance Medical Directives (Living Will, Power of Attorney, and Health Care Proxy)", *MediciNet* [en línea] https://www.medicinenet.com/advance_medical_directives/article.htm.
- Steinhauser, K. y otros (2001), "Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers", *National Library of Medicine* [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11532586/>.
- Steinhauser, K. y J. Tulsky (2015), "Defining a 'good' death", *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, quinta edición, C. Nathan y otros, Oxford, Oxford University Press [en línea] <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199656097.001.0001/med-9780199656097-chapter-8>.

- Sudnow, D. (1967), *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Taboada, P. (2000), *El derecho a morir con dignidad*, Santiago, Universidad Católica de Chile.
- The Economist* (2015), “2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world” [en línea] <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>.
- Torrallba, F. (1998), “Morir dignamente”, *Bioética i debat*, N° 12, Institut Borja de Bioètica, Barcelona [en línea] https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/download/260172/347355/.
- Valverde, F. (2014), “Persona o individuo en el (neo) liberalismo: algunos fundamentos ideológicos”, *Pensamiento Actual*, Universidad de Costa Rica, vol. 14, N° 22 [en línea] <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5821494.pdf>.
- Wagner, C. (2013), *Limitaciones a la autonomía de la voluntad*, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral.
- Worldwide Palliative Care Alliance (2020), *Global Atlas of Palliative Care*, Londres [en línea] <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

Capítulo V

Consentimiento libre e informado en el acceso a la salud

*Joanna Pereira*¹

Introducción

El consentimiento libre e informado constituye un aspecto medular de la protección de los derechos humanos de las personas mayores por su directa vinculación con otros derechos como el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, la libertad, la igualdad y la no discriminación, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, así como con la protección del derecho a la salud, el ejercicio de la capacidad jurídica y los apoyos. Si bien su conceptualización ha estado ligada al ámbito de la salud, es notoria la manera en que influyen en él categorías legales, psicológicas, culturales, sociológicas e incluso políticas.

En su curso histórico ha sido reconocido como proceso, como documento y más recientemente ha alcanzado la categoría de derecho a partir de su positivización expresa en el artículo 11 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, la Convención). Con absoluta novedad, esta norma regional dedica un amplio y completo precepto a su regulación, que abarca aspectos conceptuales, formales y prácticos. Lo anterior constituye un reto para la actualización de los ordenamientos jurídicos internos de los países que han ratificado dicho instrumento interamericano, así como una guía para los profesionales de la región latinoamericana.

¹ Abogada, doctora en ciencias jurídicas por la Universidad de la Habana y por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Máster en bioética por el Centro de Estudios de Bienestar y Salud Humanos de la Universidad de la Habana. Profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana.

Además, la inclusión del consentimiento libre e informado como un derecho irrenunciable en el articulado de la Convención fija una tendencia a partir de la cual se le reconoce como uno de los más grandes triunfos de la autonomía de la voluntad en el ámbito asistencial, frente al paternalismo tradicional. Una de las relaciones más importantes que se configuran en torno al derecho a la salud es precisamente la relación entre la autonomía del paciente y su consentimiento informado, ya que ello legitima a la postre una de las máximas más importantes de la ética médica de todos los tiempos: *primum non nocere*².

Una asistencia sanitaria de excelencia debe partir de una ética sanitaria, que ha sido definida como el intento de introducir valores en la toma de decisiones sanitarias a fin de incrementar la calidad de esta (Gracia, 2000). La manera idónea de introducir esos valores es a través del consentimiento informado³, considerado como un nuevo ideal de autonomía y racionalidad (Sánchez, 1996) de todos los seres humanos y con mayor valía para la continuación del proyecto de vida digno de las personas mayores. La propia denominación que emplea la Convención pone el acento en la cualidad libre del consentimiento y modifica los usos habituales, con el objetivo de resaltar el papel que deben desempeñar y desempeñan la libertad y la autonomía de la persona mayor en la toma de decisiones en torno a su persona, su integridad física y psíquica, y su vida en general.

A. Elementos conceptuales

El consentimiento libre e informado se entiende como un derecho de las personas mayores, cuya garantía implica no solo su reconocimiento y observancia en el ámbito médico-asistencial y en el de los ensayos clínicos que forman parte de investigaciones científicas con seres humanos, sino también su correcta instrumentación. Tal entendimiento depende de considerar dicho consentimiento como proceso complejo e interactivo que supone la transmisión de información a la persona mayor, de forma tal que la decisión que se tome esté fundamentada en el conocimiento profundo de los riesgos, beneficios, posibilidades y consecuencias que el proceder tendrá en su persona.

La pauta por seguir, propuesta en la formulación del artículo 11 de la Convención, es que negar la posibilidad de tomar decisiones informadas en el campo de la salud es una vulneración de los derechos humanos de las personas mayores. En coherencia con lo anterior, dicho precepto blindo el ejercicio del derecho y otorga el máximo resguardo a la situación fáctica que ampara estableciendo de modo expreso su irrenunciabilidad, de forma tal que la persona mayor no podrá declinar a dar su consentimiento, ni norma o regulación alguna podrá establecer la posibilidad de renuncia.

Es necesario alejarse de la concepción tradicional que visualiza el consentimiento informado como la mera firma de un documento. Por el contrario, debe observarse, valorarse y configurarse como una sumatoria de momentos que incluyen la comunicación-educación, el intercambio y la interacción activa entre la persona mayor y el profesional de la salud, cuya formalización sí se produce con la firma. No obstante, es un error considerar

² La locución latina *primum nil nocere* o *primum non nocere*, que se traduce al español como “lo primero es no hacer daño”.

³ En este sentido fueron notables y establecieron precedentes legales los casos de *Mohr frente a Williams* (1905), *Pratt frente a Davis* (1906), *Rolater frente a Strain* (1913), *Schloendorff frente a Society of New York Hospital* (1914), que se pronunciaron sobre el derecho de los pacientes a la información e indemnización posdaños ocasionados por sus médicos (Acosta, 2009).

que este último momento supone la culminación del proceso de consentimiento; su dinamismo implica que las posibilidades de revocación y modificación deben ser posibles siempre como resguardo de la autonomía que se quiere defender.

En este sentido, el consentimiento informado es un proceso que evoluciona (Pavón y Heredia, 2007) y a través del cual el facultativo explica al paciente la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos, los riesgos y los beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, por lo que tiene un papel de educador (Núñez de Villavicencio), no solo de informador. Sobre los derechos de las personas mayores regulados en la Convención, Huenchuan (2018) explica que, desde una triple dimensión, pueden ser clasificados derechos emergentes, derechos extendidos y derechos vigentes. El consentimiento libre e informado refrendado en el artículo 11 se encuentra entre los últimos, pues ya estaba reconocido en las normas internacionales, pero precisó de algunos cambios en el orden de su interpretación para adaptarlo a las necesidades específicas de las personas mayores.

1. Elementos formales

La propia letra del artículo 11 de la Convención explicita los requerimientos formales que han de tener los procedimientos de consentimiento informado. Como ya se ha explicado, el consentimiento debe ser totalmente voluntario y respetar las voluntades y preferencias de la persona mayor, como eje del modelo social y de derechos humanos que propugna. En este sentido debe entenderse, además, que la voluntad no puede estar viciada o coaccionada. Asimismo, debe ser libre y expreso, e impedirse la persuasión, manipulación o coacción para obtener el consentimiento ante cualquier proceder en el ámbito de la salud. La manifestación de voluntad que constituye el núcleo del consentimiento debe ser manifestada de manera expresa y en ningún caso debe inferirse a partir de un comportamiento.

Otro elemento fundamental, junto al resguardo de la voluntad, es la información. En primer orden, esta debe ser correlativa a la decisión que se tomará, comprensible y adecuada. La propia norma establece que deberá estar disponible sobre bases no discriminatorias y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor. Lo anterior se relaciona de modo directo con las nuevas interpretaciones que se mencionaron para considerar el consentimiento informado como un derecho vigente, pero urgido de reinterpretaciones en el contexto de la vejez. Asimismo, es imperativo que el consentimiento como proceso sea accesible. Con ello se quiere resaltar que la información trasladada sea accesible material y cognitivamente.

Este derecho de accesibilidad se enlaza de forma directa con otros dos términos, que le son consustanciales y trascienden su propia definición, el de barrera y el de vulnerabilidad. El primero, porque la eliminación de las barreras es lo que convierte un espacio, un servicio o una información en accesible; el segundo, porque con ello se garantiza el ejercicio de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad y su participación en igualdad de condiciones que las demás. La referencia a la accesibilidad se asocia con tres formas básicas de la actividad humana: la movilidad, la comunicación y la comprensión (Huerta, 2007). Aunque todas ellas trascienden para que una persona mayor desarrolle libremente su personalidad, la comunicación y la comprensión son vitales en el entorno de la salud y en la consecución de un correcto y legítimo proceso de consentimiento informado.

No basta con que la información sea accesible, sino que el entorno también debe serlo. El espíritu de la Convención traslada la inquietud de que la eliminación de barreras es el quehacer constante que garantiza el ejercicio y la defensa de los derechos que reconoce el texto legal y un correcto procedimiento de consentimiento informado no escapa de este dogma. Las personas mayores tienen derecho a un entorno accesible, que sea seguro, saludable y adaptable a sus necesidades, y les permita vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, en igualdad de condiciones con las demás personas.

Otra de las cuestiones trascendentales es si el consentimiento informado ha de tomar la forma oral o la escrita. Lo recomendable es que se combinen ambas, ya que una extensa información escrita, por muy pormenorizada que sea, no propicia la interacción y el intercambio que garantizan su comprensión de manera plena; por el contrario, si se emplea solo la oralidad, no quedaría constancia de los aspectos fundamentales sobre los que consiente la persona.

Diagrama V.1

Elementos formales del consentimiento libre e informado

01 Voluntario

- Respeto a la voluntad y preferencias de la persona mayor
- La voluntad no debe estar viciada ni coaccionada

02 Libre y expreso

- Impedir persuasión, manipulación o coacción
- En ningún caso se debe interferir el consentimiento a partir de un comportamiento, sino que debe ser manifestado expresamente

03 Información suficiente

- La información debe ser relativa a la decisión a tomar
- Comprensible y adecuada

04 Accesible

- La información debe ser accesible material y cognitivamente
- El entorno debe ser accesible
- Ajustar el contenido a las circunstancias de la persona

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al proceso en sí mismo, es importante valorar, antes de realizarlo, el lugar donde se formalizará, de tal modo que se pueda proteger la intimidad de la persona mayor en el intercambio de una información tan sensible como la información médica, a partir de la garantía de un ambiente adecuado. Con ello se propicia que la persona mayor se sienta libre de indagar sobre los riesgos y los beneficios del proceder asociados a su particular situación, sus creencias y preferencias, intercambie inquietudes y solicite aclaraciones de aquellos aspectos que no comprenda para, de esa forma, tomar la decisión lo más fundamentada posible. También es un reclamo que el proceso se realice sin premuras, máxime si se trata de personas mayores. Si los tiempos fueran a estandarizarse, deben contemplarse de acuerdo con las necesidades cognitivas, de comprensión y de información de la vejez. Con todo lo dicho se puede concluir que el proceso de consentimiento libre e informado, bajo los parámetros convencionales,

incluye dos momentos fundamentales e interconectados: el informativo y el de consentimiento. Este último puede incluir la aceptación o el rechazo de la intervención en salud (médica o investigativa).

2. ¿Cómo debe ser la información que se brinde en el proceso de consentimiento?

Un aspecto medular en los elementos formales asociados al proceso de consentimiento es la información, lo que se resalta desde la propia denominación empleada que hace énfasis en la necesidad de que dicho consentimiento de la persona mayor sea libre e informado. El párrafo tercero del artículo 11 de la Convención estipula taxativamente que:

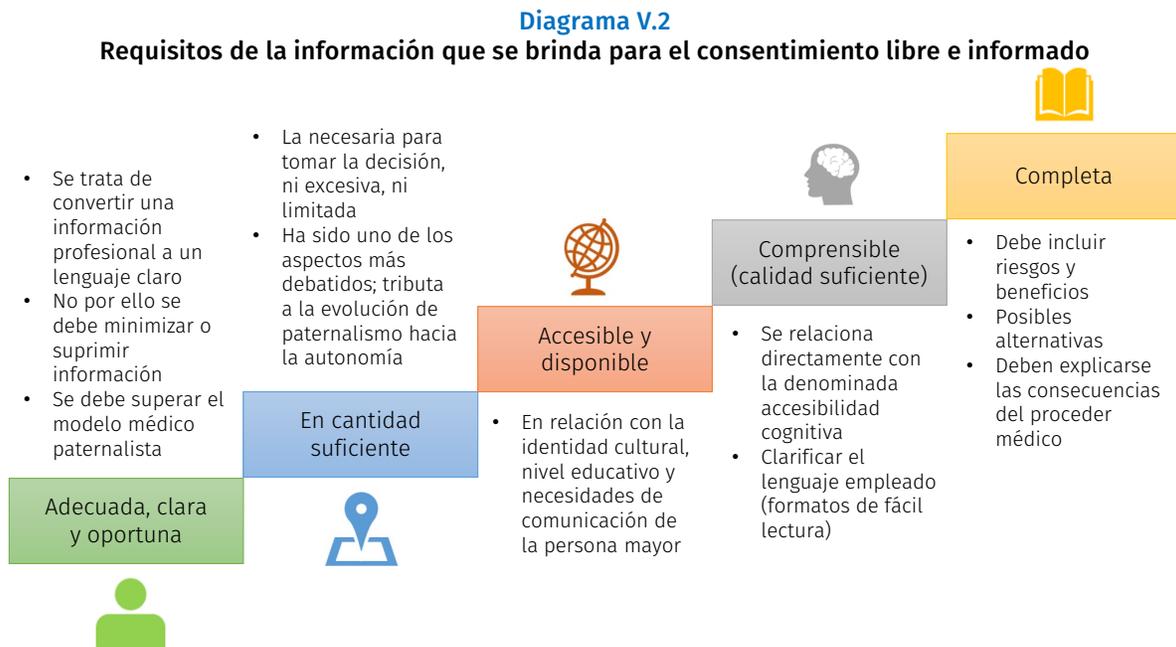
“La información que se brinde sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor” (OEA, 2015).

Para que la información profesional cumpla con los parámetros de adecuada, clara y oportuna es necesario, entre otros aspectos, que se pase a un lenguaje comprensible para el receptor y adaptado a su funcionalidad sensoria, sin minimizar o suprimir información (la necesaria para tomar la decisión, ni excesiva, ni limitada), y siempre bajo la premisa inicial de superar el modelo médico paternalista y colocar los elementos suficientes de valoración en poder de la persona mayor para que sea ella, en ejercicio de su autonomía, quien decida.

Tan importante es la cantidad de información como su calidad. Este aspecto se relaciona de manera directa con la denominada accesibilidad cognitiva y la necesidad de clarificar el lenguaje empleado a partir de formatos de lectura fácil. Cuando se habla de accesibilidad cognitiva se alude a la adaptación de los entornos de manera que se eliminen las barreras de acceso y uso asociadas a las limitaciones cognitivas y se facilite el conocimiento. Esta adaptación, en el ámbito del consentimiento informado y las decisiones en salud, no deja de tener importancia. Los formatos de lectura fácil incluyen la redacción de documentos en un sistema que permita el mejor entendimiento posible por las personas en atención a sus particulares características y asociadas en su mayoría a la existencia de alguna discapacidad (sensorial, mental o intelectual).

La lectura fácil supone el empleo de frases cortas y estructuras gramaticales simples, así como evitar el uso de tecnicismos profesionales, y no dar por sentado que el lector tiene conocimientos previos de la materia en cuestión. En virtud de lo anterior, la parte escrita del consentimiento informado podría adaptarse y ser accesible cognitivamente, con lo que se propicia que la aceptación o el rechazo del proceder sanitario se sustente en un verdadero proceso de información y entendimiento por la persona mayor. Por último, la información debe ser completa. No deben faltar el objetivo de la intervención (médica o investigativa), la explicación de los riesgos y beneficios, las posibles alternativas, las consecuencias; se debe consignar de forma expresa que la participación de la persona es voluntaria, la posibilidad de revocación en cualquier momento, el respeto a la confidencialidad y que la negativa a participar no limitará sus derechos como persona o paciente⁴.

⁴ Se refiere especialmente a paciente porque en varios países se encuentran regulados sus derechos.



Fuente: Elaboración propia.

B. Reflejo normativo en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

La regulación del consentimiento libre e informado encuentra asidero en el artículo 11 de la Convención, aunque también se refiere en el artículo 6, que norma sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, como parte del concepto de cuidados integrales que introduce el segundo párrafo de este precepto⁵. Es notoria la amplitud de la formulación normativa del consentimiento informado, lo que denota la importancia que se le otorga dentro del modelo de derechos humanos protector de la vejez que se defiende desde la Convención. El artículo enfatiza su naturaleza jurídica como derecho humano. El segundo párrafo del artículo 11 es exhaustivo en el reflejo de las características que debe tener el consentimiento como proceso en el ámbito de la salud y la obligación de los Estados parte en la configuración de mecanismos que garanticen el conocimiento y el entendimiento por la persona mayor sobre los tratamientos existentes, sus riesgos y beneficios.

Resulta fundamental destacar la manera en que se relaciona el fortalecimiento de la capacidad de la persona mayor y su comprensión con el propio acto de consentimiento. Tal relación se conecta con los nuevos paradigmas que ha introducido la Convención sobre la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad en lo relativo a la capacidad jurídica y la provisión de apoyos que hagan posible que las personas ejerzan sus derechos *per se* en la mayor medida en que sus aptitudes lo permitan. En esta misma línea, deben realizarse todos los ajustes razonables que sean necesarios para que la persona mayor comprenda la información que el facultativo transmite acerca de los actos médicos que se le aplicarán o la investigación en la que participará.

⁵ Véase más sobre este tema en el capítulo I de Sandra Huenchuan en este mismo volumen.

El artículo 11, en el tercer párrafo, introduce con acierto la relación entre la accesibilidad de la información y su comprensión por la persona mayor. Se debe tener en cuenta que la propia Convención, en el artículo 26, estipula que la accesibilidad incluye el entorno físico, social, económico y cultural, y su movilidad personal, y el artículo 14 configura el acceso a la información como un derecho y establece la obligación para los Estados parte de adoptar las medidas necesarias para garantizar su ejercicio, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

En coherencia con una interpretación sistémica del texto convencional, el proceso de consentimiento informado, para que cumpla los parámetros de accesibilidad, debe realizarse en un entorno adecuado, donde la información se traslade, si es necesario, a formatos de lectura fácil⁶ que permitan la mayor comprensión posible por parte de la persona mayor. La accesibilidad implica, por lo tanto, la comprensión de la terminología médica o científica, un lenguaje llano, la eliminación de estructuras gramaticales complejas, tanto de forma oral como escrita, del consentimiento, de tal forma que no se obstaculice la inteligibilidad integral de la situación en la que se encuentra y a la que se enfrenta la persona mayor en el ámbito de la salud.

En conjunción con los requisitos del consentimiento informado a los que ya se ha hecho referencia, el cuarto párrafo del precepto en comento establece una prohibición legal en toda regla cuando enfatiza que los tratamientos, las intervenciones y las investigaciones de carácter médico o quirúrgico no podrán realizarse sin el consentimiento informado de la persona mayor. Al respecto, es importante detenerse en las implicaciones que tiene para el actuar de los galenos lo establecido en la Convención, en virtud de la cual no solo deberán contar con el mero consentimiento de la persona mayor, sino que también dicho consentimiento habrá de tener la cualidad de ser informado.

Como toda regla tiene su excepción, la obtención del consentimiento informado no escapa de dicha máxima. El propio artículo 11 estipula que se podrán aplicar las excepciones establecidas en la legislación nacional en aquellos casos en que exista emergencia médica que ponga en riesgo la vida de la persona mayor y en aquellos casos en que sea imposible obtener el consentimiento informado. Sin embargo, solo se dará paso a las excepciones cuando no exista ninguna forma de conocer la voluntad de la persona, ya que puede haber una imposibilidad actual para que la persona manifieste su consentimiento informado, pero lo haya hecho a través de un documento de voluntades anticipadas. En tal caso, el facultativo deberá atenerse a lo dispuesto prospectivamente y no acogerse a las excepciones que establezca la legislación nacional.

Asimismo, con meridana claridad se define en el artículo 11 la amplia gama de posibilidades en las que deberá observarse el consentimiento libre e informado de la persona mayor, no solo circunscrito a los tratamientos médicos o quirúrgicos, sino extensivo a la medicina tradicional, alternativa, complementaria, a la investigación y aun a los experimentos médicos y científicos. Subraya, además, que no es trascendente si la intervención es de carácter físico o psíquico, sino que basta con que se realice a la persona en cualquiera de sus ámbitos para que deba exigirse como presupuesto la manifestación de su consentimiento libre e informado.

⁶ Según la Federación Internacional de Asociaciones de Bibliotecas y Bibliotecarios, la lectura fácil es una cuestión de democracia y de accesibilidad. Existen dos definiciones ligeramente diferentes del mismo término: una que implica la adaptación lingüística de un texto para facilitar la lectura y otra que consiste en una adaptación que facilita tanto la lectura como la comprensión (IFLA, 2012).

Polémico en su inclusión, no solo en el marco del artículo dedicado al consentimiento informado, sino en la propia Convención, es lo relativo a las voluntades anticipadas. La primera cuestión que ocasiona un debate es que un instrumento regional reconociera y asentara la obligación para los Estados parte de establecer procesos a través de los cuales la persona mayor pueda otorgar el instrumento de voluntad anticipada, e incluso estipule la obligatoriedad de su carácter jurídicamente vinculante.

En segundo orden es dable preguntarse por qué los redactores de la Convención incluyeron las instrucciones previas o voluntades anticipadas derivadas de la autonomía prospectiva en el artículo dedicado al consentimiento informado. Las posturas doctrinales que enlazan el consentimiento informado con las voluntades anticipadas son varias. Para González (2017), la autonomía prospectiva puede encontrarse reflejada en el artículo 9 del Convenio sobre Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa⁷, de 1997, en la frase “deseos expresados anteriormente”, que la considera como un proceso y la asocia con el consentimiento informado.

Para Belli (2014), es posible comprender las instrucciones prospectivas como formas de consentimiento para asegurar una atención sanitaria acorde con los intereses de un sujeto, con la particularidad de que entrarán en vigor cuando este ya no se encuentre apto para manifestar su voluntad. Igual postura defiende Seoane (2006), para quien la autonomía prospectiva o *ad futurum* es una proyección de la facultad de autodeterminación decisoria en el tiempo y por esa razón se le reconoce como un ejercicio singular del consentimiento informado, aunque establece la diferencia entre el consentimiento informado ordinario o actual y el que se presta para que los resultados o consecuencias aparezcan diferidos en el tiempo.

Asimismo, señala Tinant (2010), la autonomía de la voluntad es un derecho consustancial del paciente a la hora de recibir prestaciones sanitarias y puede ejercerse no solo en el momento actual, sino también para el futuro, en tal caso, como autonomía prospectiva. Se trata de prever las situaciones en las que el individuo se encontrará e indicar al médico las actuaciones que querría o no que se realizasen. Incluso, se ha reconocido como principio de autonomía prospectiva, pues otorga autoridad decisoria futura a los pacientes que hayan hecho constar su voluntad previamente (Sánchez-Caro y Abellán, 2008).

La doctrina suele indicar que las voluntades anticipadas no son sino una manifestación de la teoría del consentimiento informado; para ser más precisos, tienen algo igual y algo diferente. Ambas son perspectivas significativas para la reflexión acerca de la toma de decisiones (Sánchez-Caro y Abellán, 2008; Carbonell, 2010; De Castro, 2013). Esta relación tendrá una lógica repercusión en la conceptualización y posterior aceptación de las instrucciones previas. Por eso, si fue complejo que los profesionales de la salud aceptaran que las personas mayores tomaran decisiones propias, más lo fue que llegaran a reconocer el carácter vinculante del consentimiento que se manifiesta en el presente, pero para que surtiera efectos en el futuro.

⁷ Cuyo artículo 9 dice: “Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.

Con todo lo dicho es posible aseverar que el reconocimiento de las voluntades anticipadas en el artículo dedicado al consentimiento libre e informado en la Convención es un doble acierto: primero, por lo que implica el reconocimiento en sí mismo y, segundo, por su correlación con el consentimiento informado. Según la lógica convencional, el consentimiento informado, concebido como derecho humano, lo será tanto si es manifestado para surtir efectos en el presente como si se hace prospectivamente para surtir efectos en el futuro, cuando la persona mayor ya no pueda manifestarlo válidamente por sí.

C. Vinculación con otros derechos reconocidos en la Convención

El derecho al reconocimiento y a la protección del consentimiento libre e informado trasciende a otros derechos regulados por la Convención. En primer orden, se relaciona con la dignidad, la libertad y la autonomía de las personas mayores, como principio general recogido en el apartado c) del artículo 3 del texto regional. La voluntad y las preferencias de la persona mayor llevan implícitas las decisiones en el ámbito sanitario y el resguardo de la salud física y psíquica, acorde con las creencias y valores de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, todo lo que tributa a la no discriminación por razón de edad.

El respeto a la ancianidad incluye entre sus mayores logros la garantía del ejercicio igual de los derechos, unido a la toma de decisiones, individual o apoyada, pero nunca sustituida, con mayor énfasis si dichas decisiones trascienden a la persona en algo tanpreciado como su cuerpo y su salud. De igual forma encuentra vinculación directa con el derecho a la vida y dignidad en la vejez, que en el artículo 6, como ya se explicó, incluye de manera clara y patente el derecho de la persona mayor de expresar su consentimiento libre e informado.

El derecho a la privacidad y a la intimidad, regulados en el artículo 16, también se enlazan con el consentimiento libre e informado, ya que es obligatorio para los médicos o investigadores proteger los datos que sean recogidos en el ámbito de la atención sanitaria. Un correcto proceso de consentimiento informado incluye el resguardo de la información de la persona mayor. En todo caso, el derecho al consentimiento libre e informado se asocia con la atención sanitaria o la participación de personas mayores en investigaciones científicas con seres humanos, en virtud de lo que su ámbito natural de ejercicio es parte del derecho a la salud. Regulado en el artículo 19 de la Convención, incluye la salud física y la mental, sin ninguna forma de discriminación por razón de la edad, por lo que, tanto como las personas mayores deben ser atendidas en todo caso, dicha atención debe llevarse a cabo sobre la base de su consentimiento libre e informado.

Es interesante poner de relieve el adjetivo “libre” que debe cumplir el consentimiento, ausente en la relación entre la posible coacción para que la persona mayor dé su consentimiento y la premisa que de ello depende la atención médica. Lo anterior sería una triple violación de sus derechos humanos: se vulneran su libertad y dignidad, su salud y su derecho irrenunciable a ser atendido después de haber manifestado libremente su consentimiento.

Especial vinculación guarda la manifestación del consentimiento con su igual reconocimiento como persona ante la ley, el ejercicio de su capacidad jurídica y la provisión de apoyos, positivados en el artículo 30 de la Convención. Una de las más frecuentes cortapisas que los galenos ponen a la manifestación del consentimiento por

las personas mayores es la valoración de su capacidad. No debe asociarse, en ningún caso, la ancianidad con la pérdida de las aptitudes que permiten tomar decisiones fundamentadas. Los nuevos paradigmas del modelo de derechos humanos obligan a no realizar generalizaciones como la anterior, sino, por el contrario, a realizar valoraciones casuísticas y, en consecuencia, buscar el traje a la medida de cada persona mayor, con los apoyos y los ajustes razonables necesarios que le permitan mantener su capacidad de decisión hasta el último momento en que sea posible.

D. Algunos aspectos relevantes del consentimiento libre e informado en el contexto de emergencia sanitaria

La emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 en los dos últimos años ha impactado de manera significativa en algunos de los aspectos más tradicionales del consentimiento libre e informado. Un ejemplo es el creciente uso de la telemedicina a causa del aislamiento físico al que ha obligado la pandemia. El intercambio por medios telemáticos complica la transmisión de la información a la persona mayor, bajo los parámetros que aquí se han expuesto, para que su consentimiento sea ciertamente informado. Asimismo, ha complejizado la valoración que el facultativo realiza de la capacidad de la persona y la libertad de la decisión que toma, ya que la no presencialidad propicia la influencia de personas que no son detectadas por el profesional de la salud. Todo ello supone un redimensionamiento y un esfuerzo extra para que la información transmitida por vías impersonales sea comprendida de forma correcta por su destinatario.

Una constante durante la pandemia ha sido la realización de ensayos clínicos en seres humanos con el objetivo de probar medicamentos, procedimientos y equipamientos para contrarrestar los efectos del COVID-19. Especialmente relevantes han sido los ensayos clínicos relacionados con vacunas que, si bien son medicamentos, por su función preventiva y la existencia frecuente de efectos adversos, aun en el caso de aquellas aprobadas, han ocasionado una particular preocupación en la población en general.

En las distintas fases de estos ensayos clínicos debe desempeñar un papel fundamental el proceso de consentimiento libre e informado. De hecho, es uno de los elementos fundamentales que se incluyen en los manuales de buenas prácticas clínicas y en las valoraciones que realizan los entes reguladores nacionales e internacionales para la aprobación de los candidatos vacunales. En este sentido, es de especial relevancia que, a pesar de la premura con la que se han realizado las investigaciones en tiempos de COVID-19, los investigadores no vulneren ninguna de las características que se han reseñado como fundamentales para que el consentimiento de los voluntarios en los ensayos clínicos sea realmente informado.

En relación con lo anterior, surgen otros dos aspectos que merecen ser destacados. Por una parte, el acortamiento de los tiempos de la ciencia y, por la otra, el papel de los comités de ética de la investigación en la supervisión de los ensayos clínicos. Con respecto al primero, es imperioso que, si bien la celeridad de las investigaciones ha sido impuesta por la propia situación de emergencia que ha vivido la humanidad, ello no debe ser justificación para que se simplifiquen la importancia y el desarrollo de los procesos de consentimiento informado al interior de dichos ensayos.

La aceleración de los tiempos de investigación ha propiciado el empleo de un denominado consentimiento informado amplio (OPS, 2020), en el que se incluyen y explican a las personas los procedimientos que se realizarán en el momento, así como otros que se podrían efectuar en el futuro, relacionados fundamentalmente con las muestras tomadas para la investigación. Esta relación permite a los investigadores hacer múltiples usos de una misma muestra, a medida que pueden ir surgiendo nuevas evidencias, sin que para usarlas tengan que solicitar un nuevo consentimiento a la persona. Si bien esta prescindencia de dicha solicitud es legítima, debe tener límites definidos y ser supervisada en todo caso por los comités de ética de la investigación.

A propósito de la función de estos órganos, es necesario revisar aún con mayor énfasis los procesos de consentimiento informado, desde la propia concepción del instrumento hasta la supervisión de su realización en los sitios clínicos donde se desarrolla efectivamente la investigación. Acosta (2020) explica que:

“El proceso de consentimiento informado debe ser explícito y verificable externamente en cuanto a la explicación exhaustiva oral y escrita de los riesgos e incertidumbres científicas que aún existen en cuanto a las consecuencias de la infección con el SARS-CoV-2. En esta situación límite que atraviesa la humanidad no se puede limitar la actitud altruista de quienes la asumen de manera consciente e informada, siempre que este sea el propósito fundamental del voluntario sano” (pág. 14).

Tan importante es la positivización en textos legales del consentimiento libre e informado como lo es la supervisión constante de los órganos que velan por el cumplimiento de los principios éticos de la investigación en seres humanos y la no vulneración de los derechos de las personas que participan en un ensayo clínico.

E. Recapitulación

La necesaria consideración del consentimiento libre e informado como proceso, la importancia de la transmisión de la información de forma accesible y su obligatoriedad en todos los ámbitos de la salud, tanto médicos como investigativos, marcan su evolución y conceptualización actual. La adaptación de la información que se transmite, el lugar y el modo de esta transmisión son elementos básicos de un proceso exitoso y bajo parámetros éticos. Su observancia implica que el consentimiento se pueda otorgar, modificar, revocar o negar y que en todos los casos sea libre, de tal forma que no exista coacción, manipulación o persuasión por terceras personas.

Reconocer la trascendencia de su temporalidad implica que, sea actual o en el futuro, tome la forma tradicional o se le reconozca como una voluntad anticipada, tenga igual fuerza vinculante en ambos casos. Por eso es un acierto convencional incluir en el mismo precepto ambas categorías, el consentimiento libre e informado y las voluntades anticipadas. La emergencia sanitaria ha evidenciado la importancia del consentimiento libre e informado a pesar de las condiciones que la pandemia por COVID-19 ha impuesto. La saturación de los sistemas de salud, el acortamiento de los tiempos de la investigación y las nuevas formas de realización de la atención médica imponen a los profesionales de la salud una adaptación del proceso de consentimiento a las nuevas condiciones, pero bajo ningún concepto su vulneración.

Todo ello refuerza el papel de los comités de ética de la investigación en la supervisión de los múltiples ensayos clínicos que se desarrollan y en la revisión de los procesos de consentimiento libre e informado, a fin de que se cumpla con sus requisitos y, de esa forma, se garantice el disfrute de los derechos humanos de las personas mayores, en igualdad de condiciones con las demás.

Bibliografía

- Acosta, J. R. (2020), “Los desafíos bioéticos y biopolíticos develados por la pandemia COVID-19”, *Revista Cubana de Salud Pública*, N° 46 [en línea] <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2629>.
- _____. (2009), *Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano*, La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.
- Belli, L. F. (2014), “El debate en torno a la validez de las directivas anticipadas en salud”, *Persona y Bioética*, vol. 18, N° 2 [en línea] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222014000200010&lng=es&nrm=.pf&tlng=es.
- Carbonell, J. A. (2010), *Los documentos de voluntades anticipadas: legislación estatal y autonómica*, Valencia, Editorial Tirant lo Blanch.
- De Castro, G. (2013), “Introducción al documento de instrucciones previas (voluntades anticipadas) en el derecho español. Algunas claves para su estudio”, *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario*, N° 740.
- González, A. (2017), “La sedación paliativa y voluntades anticipadas”, *Anales de la Real Academia de Doctores*, vol. 2, N° 1 [en línea] <https://www.radoctores.es/doc/2V2N1-GONZALEZ-SEDACION-PALIATIVA.pdf>.
- Gracia, D. (2000), “Calidad y excelencia en los cuidados de salud”, *Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética*, Panamá, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [en línea] http://www.rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosFOREAPS/Gracia.%20Calidad_y_excelencia_Bioetica_y_cuidado_de_la_salud_ops.pdf.
- Huenchuan, S. (2018), “Avance de la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en los países de la región”, *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: análisis de brechas legislativas y propuesta para su implementación en Chile*, T. Mora y F. Herrera (eds.), Santiago, Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/senama_libro_ddhh_final_final.pdf.
- Huerta, J. (2007), *Discapacidad y diseño accesible. Diseño urbano y arquitectónico para personas con discapacidad*, Lima [en línea] http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/249/L_HuertaPeralta_DiscapacidadDisenoAccesible_2007.pdf?sequence=1.
- IFLA (International Federation of Library Associations and Institutions) (2012), *Directrices para materiales de lectura fácil*, La Haya, International Federation of Library Associations and Institutions (IFLA) [en línea] <https://www.ifla.org/wp-content/uploads/2019/05/assets/hq/publications/professional-report/120-es.pdf>.
- Núñez de Villavicencio, F. (2007), “Bioética: el médico un educador”, *Bioética desde una perspectiva cubana*, J. R. Acosta Sario (ed.), La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70) [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2020), “Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19)” [en línea] https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52142/OPSHSSBIOCOVID-19200008_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- Pavón, N. y M. Heredia (2007), "Consentimiento informado: experiencias de su aplicación en las neurociencias", *Bioética desde una perspectiva cubana*, J. R. Acosta Sariago (ed.), La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela.
- Sánchez-Caro, J. y F. Abellán (2008), *Las instrucciones previas en España: aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos*, Granada, Editorial Comares.
- Sánchez, M. A. (1996), "El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones", *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, N° 2 [en línea] <https://xdoc.mx/preview/el-consentimiento-informado-607bb1234b261>.
- Seoane, J. A. (2006), "Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España", *DS: Derecho y Salud*, vol. 14, N° 1 [en línea] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2165050>.
- Tinant, E. L. (2010), "Educación médica en el final de la vida. Reflexiones sobre la dignidad y la integridad de la persona", *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM)*, N° 7, [en línea] http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/111004/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Capítulo VI

Transiciones pendientes en los sistemas de cuidados de larga duración

*Dolores Puga*¹

Introducción

Las poblaciones humanas se están transformando por lo que se conoce como cambio demográfico. Si bien esta transformación se experimenta en distintos ritmos y con distintos calendarios, no se volverá a las poblaciones jóvenes y crecientes del pasado. Se evoluciona hacia poblaciones con individuos de más edad y de más edades, poblaciones más complejas. Es hora de dejar de preguntarse cómo se “arregla” el envejecimiento demográfico y empezar a preguntarse cómo las personas se adaptan a este.

Desde hace siglo y medio, la longevidad humana ha aumentado a un ritmo de tres meses cada año (Oeppen y Vaupel, 2002). Es decir, por cada día que se sobrevive se ganan seis horas más de expectativa de vida máxima. Esta evolución —llamativamente estable a lo largo de más de 150 años— ha traído consigo una profunda transformación de los sistemas reproductivos. En poblaciones con baja mortalidad, el aumento del tiempo de vida y la superposición de generaciones cumplen el papel que hacía previamente la alta natalidad en el sistema reproductivo. Este cambio ha transformado las poblaciones en múltiples aspectos.

¹ Doctora en geografía por la Universidad de Barcelona, con posgrado en demografía por el Centro de Estudios Demográficos-UAB y máster en dirección y gestión del bienestar social y servicios Sociales por la Universidad de Alcalá de Henares. Es científica titular del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y miembro del Grupo de Investigación sobre Envejecimiento de dicha institución.

Uno de estos es el cambio en la estructura por edades. Una población que para reproducirse a sí misma genera menos niños, porque todos los nacidos sobreviven durante largas trayectorias de vida, lógicamente es una población con menos niños y con mayor número de personas de más edad. Esta transformación hacia estructuras etarias más verticales es conocida como envejecimiento demográfico, debido al aumento del peso relativo de la población mayor. Pero no solo las poblaciones están compuestas, cada vez en mayor medida, por personas de más edad, sino también de más edades.

Las poblaciones están alcanzando edades que previamente tan solo exploraban algunos individuos excepcionales. Por lo tanto, se están incorporando nuevas edades al curso de vida colectivo. Pero el aumento de la duración de la vida ha traído consigo el retraso de muchas transiciones y la creación de nuevas edades en distintos momentos de la vida. Entre la niñez y la adultez ha surgido la adolescencia. Hay autores que ya hablan de una “gerontolescencia” a inicios de la vejez (Kalache, 2019). Así, las poblaciones se han hecho más plurales desde el punto de vista etario.

El envejecimiento demográfico es un proceso complejo que va mucho más allá del simple cambio porcentual y que a su vez está volviendo más complejas a las poblaciones, compuestas cada vez en mayor medida por individuos con trayectorias de vida más largas y diversas. Todo ello está cambiando profundamente a las sociedades. Nunca más habrá poblaciones jóvenes con problemas agudos de salud. Nunca más habrá poblaciones con amplios hogares multigeneracionales y con generaciones de mujeres adultas no activas que sacrifican la vida propia para cuidar a otros miembros de la familia.

Es hora de empezar a preguntar cómo se gestionan poblaciones que ya no son las del pasado, a fin de responder de forma eficiente a los riesgos que se encontrarán por el camino. Transformar el sistema social de cuidado entre generaciones a las nuevas hechas de una población envejecida es una prioridad. Las personas precisan cuidados en momentos muy distintos de la existencia, pero estos son más intensos en ambos extremos del curso de vida, en la infancia y en la vejez. Por ello, se requiere una atención creciente en poblaciones envejecidas. El diseño de sistemas de cuidados de larga duración ha adquirido mayor importancia en las últimas décadas, a medida que las poblaciones han avanzado en su proceso de envejecimiento.

Las tareas pendientes en esta materia son amplias y variadas, pero se pueden identificar algunas a partir de la experiencia de países europeos: evolucionar desde la custodia hacia el derecho a vivir una vida digna a cualquier edad, desde la homogeneidad hacia la heterogeneidad en búsqueda de una mayor equidad, desde las intervenciones hasta las trayectorias de cuidado, desde el individuo hasta la comunidad, desde el cuidador principal hasta la red de cuidados o desde la sustitución hasta la complementariedad, son algunas de ellas.

A. Cuidados de larga duración: lecciones aprendidas y tareas pendientes desde las experiencias europeas

1. El riesgo de necesitar cuidado

El cuidado está presente a lo largo del curso de vida, pero los cuidados de larga duración responden a las necesidades generadas por procesos de discapacidad o fragilidad creciente. Estas situaciones pueden limitar la capacidad de una persona para cuidar de sí

misma. El problema se agudiza, en muchos casos, para las personas mayores porque el entorno no siempre facilita el mantenimiento de la autonomía. En ocasiones, la diferencia entre los requisitos del entorno y las capacidades del individuo se puede solventar con ayudas técnicas, pero estas no siempre están disponibles o son accesibles. Es ahí donde el cuidado ejerce de puente entre la autonomía real y la potencial (Huenchuan, 2018).

Las políticas de apoyo a personas frágiles tienen como objetivo aumentar la calidad de vida de las personas con necesidad de cuidado, así como incrementar la habilidad de estas para seguir cuidando de sí mismas (Kvist, 2018). Se trata no solo de dar valor y reconocimiento al cuidado, sino también de articular una respuesta colectiva a un riesgo social que va en aumento, con el objetivo de maximizar la autonomía y el bienestar en todas las edades de la vida.

Habitualmente se entiende que una persona necesita cuidados de larga duración si tiene dificultades o no puede realizar sola las actividades necesarias para el mantenimiento de la propia autonomía (Katz y otros, 1963): las actividades básicas de la vida diaria tales como comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama o ir al baño. En ocasiones, también se contemplan dificultades en actividades más complejas que implican una mayor interacción con el entorno (Lawton y Brody, 1969): las actividades instrumentales de la vida diaria tales como prepararse la comida, limpiar, lavar, ir de compras, tomar la medicación, usar medios de transporte, gestionar dinero o utilizar el teléfono. El número y la gravedad de limitaciones consideradas para determinar que una persona necesita cuidados de larga duración varían entre sistemas y grados de dependencia.

2. Diversidad de modelos, evoluciones paralelas

Los cuidados de larga duración (LTC) forman parte de la Estrategia Europea Integrada de Protección Social. Para impulsarla, la Unión Europea aprobó, en noviembre de 2017, el Pilar Europeo de Derechos Sociales. El principio 18 de dicho Pilar reconoce el derecho social a cuidados de larga duración que sean asequibles y de calidad. Este Pilar supone el reconocimiento formal de la contingencia de dependencia y el derecho a la protección social, si bien no es un derecho subjetivo que se pueda materializar a escala europea.

Queda un largo camino que recorrer hasta lograr una convergencia efectiva, ya que los modelos nacionales siguen siendo determinantes. Los países nórdicos han creado programas de cobertura universal orientados a la provisión de servicios mediante la red de servicios sociales coordinada con el sistema sanitario. Los países de régimen de bienestar continental (por ejemplo, Alemania o Austria) han creado una prestación social nueva, financiada con cotizaciones sociales y complementada con impuestos, que combina las prestaciones monetarias con la prestación de servicios. Los países del este de Europa se encuentran en una situación de transición, en la que ha predominado la combinación de los cuidados informales con la asistencia social para personas sin recursos. Los países del sur de Europa, con diferente grado e intensidad, están transitando de modelos de asistencia social a otros de naturaleza universal, con combinaciones en cuanto a la provisión de servicios.

En España, en 2007 se aprobó una ley que sigue la senda de los modelos universalistas, como los del régimen nórdico de bienestar y de régimen continental. Transcurrida más de una década desde la aprobación de dicha ley, se observan aspectos positivos de la creación de un sistema universal de cobertura para situaciones de pérdida de autonomía, como la expansión de servicios comunitarios de apoyo en el hogar.

No obstante, la población tiene escaso conocimiento de los servicios de cuidado integrados en el sistema de apoyo a la dependencia (IMSERSO, 2021). A ello se une una cobertura menoscabada por una larga lista de espera, una limitada disponibilidad —dado que está dirigido a los niveles más altos de dependencia— y una baja intensidad protectora, que requiere de la complementariedad de la asistencia familiar o de recursos económicos propios (Rodríguez Cabrero y otros, 2018).

Las políticas de protección social en Europa son nacionales, pero la Comisión Europea y el Comité de Protección Social han favorecido una lógica de convergencia. Los diferentes documentos de la Comisión Europea sobre LTC (Comisión Europea, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2018) coinciden en las recomendaciones y en la identificación de los retos de futuro para los sistemas de cuidados de larga duración: cobertura universal, inversión en prevención y mejora de la esperanza de vida libre de discapacidad, adecuación a las necesidades de las personas dependientes, asequibilidad, mantenimiento en la comunidad, mejora continua de la calidad de la atención y el empleo, sostenibilidad a largo plazo y avances en el reparto de la carga de los cuidados entre hombres y mujeres.

En todos los modelos tiene una presencia central el control familiar de los cuidados; lo que cambia es el modo de su intervención. Por lo tanto, se dan combinaciones variadas que van desde la dirección y el control hasta la prestación directa de apoyo personal (Rodríguez Cabrero, 2011). Todos los modelos europeos, con intensidad decreciente de norte a sur, están transitando hacia modelos de atención domiciliaria y comunitaria en detrimento de las residencias, consideradas como menos costo-eficientes para situaciones de dependencia moderada.

3. De la custodia al derecho a vivir con dignidad en todos los momentos de la vida

En ocasiones, las personas que reciben cuidados de larga duración afrontan dificultades para seguir ejerciendo sus derechos y manteniendo el control de sus decisiones. El estigma asociado a la vejez lleva consigo una visión distorsionada y negativa sobre las personas mayores y las personas con discapacidad. Se conciben como un grupo uniforme (cuando la evidencia señala lo contrario) y, en esencia, no competente y sin valor. El cuidado se ejerce desde una visión paternalista y asistencial. No se les dedica el tiempo suficiente, se ignoran sus preferencias y son tratadas como mercancía, más que como ciudadanos. Con frecuencia, en servicios residenciales se ejercen medidas de custodia, más que de atención, con lo que se despoja a la persona de su intimidad y se menoscaba su autonomía. Los servicios de atención a domicilio tampoco están exentos de este tipo de problemas.

El cuidado no exige despojar al individuo de la posibilidad de seguir controlando su vida, de su capacidad para decidir cómo responder a sus necesidades en función de sus preferencias. Es necesario pasar de la óptica de la custodia a una lógica de atención. Dejar atrás la mirada caritativa, asistencial, patriarcal e infantilizadora y avanzar hacia una óptica del derecho a mantener la autonomía para poder vivir plenamente, con dignidad, a cualquier edad. Avanzar hacia modelos que fortalezcan la autonomía potencial por medio de apoyos que faciliten la recuperación de capacidades y el mantenimiento de las restantes.

Las circunstancias vividas durante la pandemia por COVID-19 han sacado a la luz problemas estructurales relacionados con los cuidados de larga duración, área con poca prioridad política, poca financiación, deficiente coordinación sociosanitaria, responsabilidad

diluida entre distintos sectores y falta de reconocimiento de los derechos de las personas que viven en residencias (por ejemplo, con la denegación de acceso a la hospitalización).

La institucionalización en centros residenciales ha mostrado problemas estructurales tales como la elevada concentración de plazas en grandes residencias (en España, por ejemplo, el 50% de los centros son de más de 100 residentes), baja sanitización o coordinación con el sistema sanitario, baja calidad del empleo (con contratos temporales, categorías profesionales bajas, bajos salarios, entre otros) y bajos ratios de trabajadores/residentes.

Para aumentar la calidad de vida de los residentes y ser eficientes en el mantenimiento y refuerzo de su autonomía potencial y real, es necesario pasar de la custodia a la atención; dejar de “almacenar” personas. Los residentes no deben perder el control sobre sus vidas. También en los centros residenciales se debe garantizar la intimidad, personalizar el cuidado y evitar la rotación continua de personal. Para ello, en sistemas de cuidado de largo plazo con una mayor extensión (como los de los países nórdicos), la atención residencial evoluciona hacia pequeñas unidades de convivencia, con estructura y dimensión de hogar, que permiten la intimidad y la vida familiar.

4. De intervenciones a trayectorias de cuidado

El paradigma hacia el que avanzan los cuidados de larga duración es mantener en casa y movilizar todos los recursos existentes, desde momentos tempranos, para mantener y recuperar la autonomía funcional. Permanecer en casa resulta menos costoso, hasta cierto umbral en el que se desborda el coste financiero y de oportunidad para cuidadores. Para mantener la autonomía residencial hay que poner énfasis en la prevención y la rehabilitación, no solo en el cuidado.

Para ser más eficientes en el cuidado en poblaciones envejecidas es necesario trabajar en una lógica de curso de vida, en vez de en una lógica sectorial. La perspectiva de trayectoria vital implica también pensar en procesos temporales de acompañamiento, más que de intervenciones puntuales. Por lo tanto, parece conveniente establecer mecanismos que, actuando en un momento biográfico determinado, puedan tener un carácter acumulativo en etapas posteriores con una lógica que favorezca la autonomía (Sundström y otros, 2011), creando trayectorias de cuidado. El énfasis no está solo en proveer cuidado, sino también en rehabilitar para intentar mantener a los ciudadanos en el mejor estado físico y social con vistas a cuidar de sí mismos.

Otro de los retos es la detección temprana. La idea es que, ofreciendo apoyo de forma más temprana, las mayores dificultades —y, por lo tanto, los mayores gastos— podrán ser evitados. Para ello es preciso implementar herramientas efectivas para la detección temprana, mediante el desarrollo de competencias en prevención, e incrementar la atención a las personas mayores socialmente vulnerables. Por ejemplo, en Finlandia se realizan visitas preventivas a domicilio obligatorias a personas de 80 y más años, y a grupos de riesgo por debajo de esa edad (Kallioma-Puya y Kangas, 2018).

Estas son visitas transdisciplinarias en las que todas las necesidades (de cuidado, de rehabilitación o de enfermería) son evaluadas conjuntamente. También el sistema sueco ha mostrado que es posible promover el envejecimiento en casa, pero ello requiere reforzar la atención primaria y capacitarla para detectar casos de población vulnerable, en colaboración con los servicios municipales de cuidado. Es importante desarrollar métodos

para detectar a personas mayores en riesgo, para poder proveer cuidado en etapas tempranas y todo el posible en casa (Schön y Heap, 2018).

Para ello es necesario crear más programas preventivos y extender la cobertura de cuidado ambulatorio (Trein, 2014). En Dinamarca, por ejemplo, con uno de los sistemas de cuidados de larga duración más extensos del mundo, hasta hace poco el sistema se basaba principalmente en proveer ayuda a domicilio, pero en los últimos años las políticas para mantener a las personas mayores en sus casas se han vuelto más comprehensivas. De hecho, se ha reducido la ayuda a domicilio (con menos beneficiarios y menos horas), pero se han expandido otros apoyos a domicilio, como adaptaciones de la vivienda, visitas domiciliarias preventivas y entrenamiento y rehabilitación temprana.

Ahora el énfasis no está solo en proveer cuidado, sino también en la rehabilitación para intentar mantener a los ciudadanos en mejor estado físico y social para cuidar de sí mismos y en la prevención para reforzar las capacidades físicas, sociales y cognitivas (Kvist, 2014). También en el Plan de Acción para el Cuidado noruego (2012) se destaca que, para afrontar los retos de las políticas de cuidado en el futuro, se debe promover un mayor énfasis en la rehabilitación en los servicios de salud y cuidado (Grodem, 2018).

5. De la sustitución a la complementariedad

En esta evolución es necesario hacer los sistemas menos rígidos. Por ejemplo, la idea de evitar la duplicación de servicios, presente en muchos sistemas de cuidados de larga duración, resulta perjudicial para la lógica de trayectorias de cuidado con servicios complementarios. La diversificación de los servicios permite alcanzar a un mayor número de personas con necesidades diferentes, tenerlas integradas en el sistema desde un momento más temprano e ir adaptando las respuestas a medida que van variando las necesidades a través de las trayectorias de vida.

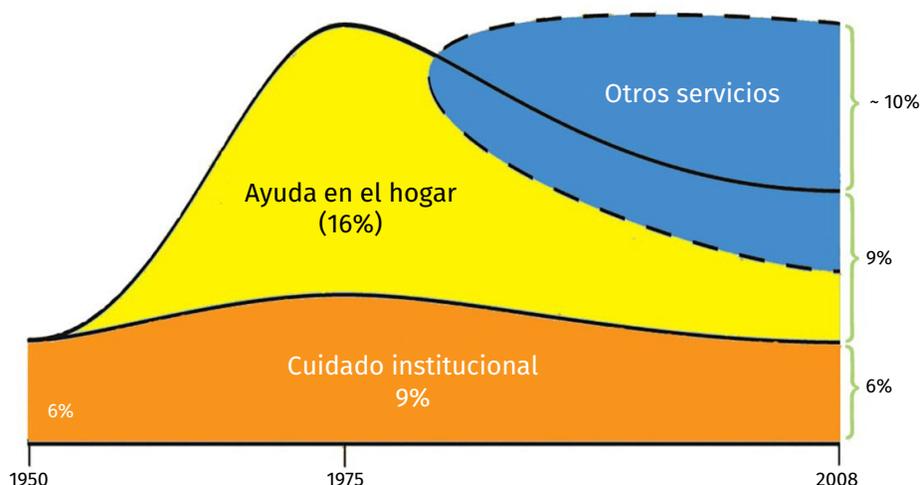
La atención institucional sigue siendo central en momentos finales de la vida, pero surgen otros servicios que cubren otras necesidades “menores” y que son suministrados en la comunidad o en los domicilios. Estos últimos incluyen servicios tales como transporte adaptado, comidas a domicilio, lavandería a domicilio, adaptaciones de la vivienda, sistemas de telealarma, centros de día, entre otros. Cuando estos son observados, la cobertura de los sistemas de cuidados de distintos países (Dinamarca, Noruega, Suecia, Alemania, Inglaterra, España e Israel) aumenta entre un 50% y un 100%, frente a la cobertura cuando solo se observan los dos grandes servicios, el cuidado residencial y los sistemas de ayuda a domicilio (Sundström y otros, 2011).

En Suecia se produjeron importantes recortes en el cuidado institucional y el servicio de apoyo a domicilio (véase el gráfico VI.1), pero las personas necesitadas esperan seguir contando con asistencia domiciliaria o con otros servicios menores como transportes, sistemas de alarma, servicios de comida a domicilio, centros de día, entre otros. Debido a esta diversificación de servicios, que comenzó en los años setenta y ochenta del siglo pasado, la cobertura total de los servicios no ha disminuido. La diversificación gradual en la provisión de servicios puede haber sido una respuesta a los crecientes costes de los servicios de ayuda a domicilio e institucionalización en residencias. Pero también puede ser una respuesta adecuada a la diversidad de necesidades a través de las trayectorias de vida por la vejez y un intento de satisfacer necesidades previamente no reconocidas y hacerlo desde momentos más tempranos.

Gráfico VI.1

Suecia: esquema de evolución de la cobertura de cuidados de LTC según tipo de servicio, 1950-2008

(En porcentajes de población de 65 años o más)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de G. Sundström y otros, “Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries”, *Journal of Care Services Management*, vol. 5, N° 1, 2011 [en línea] https://www.researchgate.net/publication/272312669_Diversification_of_old-age_care_services_for_older_people_Trade-offs_between_coverage_diversification_and_targeting_in_European_countries.

Otro ejemplo lo ofrece el sistema español de cuidado de largo plazo previo a los recortes posteriores a la crisis de 2008. En aquel escenario, los servicios ya estaban dirigidos a personas con necesidades graves, aunque algunas regiones dirigían mejor sus recursos que otras. Las regiones con alta cobertura y diversificación dirigían los apoyos de forma más eficaz a las personas mayores con necesidades (con discapacidad para mantener la autonomía), gracias, sobre todo, al uso de los servicios de transportes adaptados y ayudas a domicilio (Puga, Tortosa y Sundström, 2021).

En las regiones con mayor cobertura y diversificación de servicios era mayor el porcentaje de población con necesidad de cuidados que estaba satisfecha con el apoyo que recibía, era menor el porcentaje de la misma población que no recibía cuidados —necesidades insatisfechas— y era menor también el porcentaje que solo recibía cuidado informal (véase el cuadro VI.1). Por el contrario, en las regiones con una menor cobertura y diversificación había más población con necesidades insatisfechas o que contaba solo con apoyo informal. Por ejemplo, en las regiones con altas cobertura y diversificación, las necesidades insatisfechas (población que no recibe la ayuda que necesita) alcanzaban a un 27% de la población; mientras en aquellas con bajas cobertura y diversificación, alcanzaban a un 44% de la población.

Cuadro VI.1
España: población de 65 años y más con necesidad de ayuda según tipo de apoyo y categoría regional, 2008
 (En porcentajes)

| Categoría regional | Necesidades insatisfechas | Satisfecho/a con la ayuda | Sin cuidado | Solo cuidado informal | Total de cuidado informal |
|--|---------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------|
| Alta cobertura y alta diversificación | 27 | 74 | 41 | 30 | 51 |
| Cobertura media y alta diversificación | 39 | 69 | 36 | 37 | 58 |
| Cobertura media y baja diversificación | 40 | 64 | 33 | 40 | 60 |
| Baja cobertura y baja diversificación | 44 | 66 | 29 | 42 | 64 |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística (España), *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD)*, 2008 [en línea] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175.

Las evidencias también falsan la hipótesis de la sustitución entre distintos tipos de cuidados (Albertini y Pavolini, 2015), según la que una disponibilidad amplia de servicios formales llevaría a un declive del apoyo familiar (Reil-Held, 2006). Las pautas de los vínculos familiares fuertes siguen siendo reconocibles tras haber experimentado las sociedades el impacto de la “desfamiliarización” de los servicios básicos de cuidado. Ha encontrado más apoyo la hipótesis de la complementariedad, por la que la provisión de apoyo formal facilita a la familia redistribuir sus recursos (Dykstra, 2010; Lowenstein y Daatland, 2006). El aumento en la provisión de bienestar desde el ámbito público capacita a la familia para desarrollar nuevos roles de protección social (Knijn y Komter, 2004).

El cuidado formal puede saturar el cuidado familiar intenso, pero estimular apoyo complementario, porque los cuidadores no están “quemados” con las tareas diarias (Brandt, 2013). En los países nórdicos, los hijos cuidan menos, pero ayudan más. Gracias al amplio abanico de servicios sociales, los hijos están en mejor posición para ayudar a los padres en tareas burocráticas, incluyendo ayuda para organizar y gestionar un conjunto mixto de apoyos públicos y privados (Szydlik, 2012). Debido a sus dimensiones emocional y relacional, el apoyo familiar tiene cualidades que no pueden ser sustituidas desde el ámbito público (Kohli, 1999).

Donde las tasas de cobertura y diversificación de servicios son altas, también hay un mayor solapamiento entre cuidado formal e informal. Los servicios públicos se complementan a menudo con el cuidado familiar en los países nórdicos. Por el contrario, en países con políticas más familistas —en donde las familias son consideradas el principal recurso para el cuidado y con un menor acceso de servicios como, por ejemplo, Alemania o España— los servicios formales de cuidado son considerados sustitutos del apoyo informal.

Por ejemplo, en Suecia, dado el contexto de alta intervención del Estado en el cuidado, se podría esperar un escaso cuidado familiar y organizaciones de voluntariado débiles. Sin embargo, en gran medida es el caso contrario (Jegermalm y Sundström, 2015).

El hecho de que la mayoría de las familias y voluntarios proporcionen pequeñas ayudas no significa que no sean importantes. En la práctica pueden marcar la diferencia para el destinatario de la ayuda. Esto refleja, más bien, que la mayoría de la gente que tiene necesidad de ayuda presenta en promedio necesidades pequeñas. Las necesidades extensivas de cuidado normalmente aparecen durante un breve (y más breve para varones que para mujeres) período al final del ciclo vital. En momentos finales de la vida, aproximadamente la mitad de las personas mayores suecas se mudan a una institución residencial, pero en ella pasan estancias cada vez más cortas (Sundström, 2015).

Por el contrario, en países con bajas ratios de cobertura y de diversificación, el cuidado familiar y el formal son en mayor medida sustitutos entre ellos. Esto sugiere que una más amplia diversidad de servicios, mayores y menores, pueden ajustarse mejor a las necesidades variables durante la vejez y hacerlo de forma más eficiente que la elección entre nada, ayuda a domicilio o institucionalización en una residencia (Sundstrom y otros, 2011).

Los servicios menores, que alcanzan a un gran número de usuarios, son importantes para ayudar a mantener a las personas mayores en su casa durante más tiempo. Con este objetivo, no resulta muy eficaz racionar los servicios dirigiéndose a menos personas con servicios más intensivos y dejando al resto sin servicios. Los servicios menores tienen una demanda alta, son muy eficientes en términos de coste y, a menudo, tienen una significativa función preventiva. No obstante, también existe el peligro de que estos servicios menores sean (mal) utilizados como sustitutos menos costosos, pero menos adecuados, ante necesidades mayores.

6. De la “cuidadora principal” a la red de cuidados

Una mayor diversidad de cuidados, así como de provisosores de estos, puede hacer los sistemas menos frágiles ante los cambios que se avecinan. Por ejemplo, la figura de la hija adulta no activa, como principal sustentadora del cuidado familiar es cada vez menos común en muchas poblaciones. Se encuentran en mayor medida parejas de personas mayores que se cuidan mutuamente, ambos frágiles, ambos cuidados, ambos cuidadores. Ello exige el (re)diseño de políticas de cuidados de larga duración, que ya no podrán contar con la figura de la “cuidadora principal”. Serán redes más amplias, con más cuidados parciales, con gestores y provisosores del cuidado, con complementariedad de flujos de cuidado informal y formal, públicos y privados.

En este escenario de hogares de mayores cuidando de mayores, envueltos en redes más plurales, es fundamental el esfuerzo en la adaptación de entornos, empezando por las viviendas y siguiendo por el barrio. La vivienda es el escenario de la mayor parte de los accidentes en la vejez. La adaptación de las viviendas ahorraría muchos costes sociosanitarios, como ha mostrado, por ejemplo, el ahorro que ha supuesto el programa piloto de adaptación de viviendas en Barcelona (Alemany, Ayuso y Guillén, 2012). Resulta fundamental un esfuerzo en la adecuación de viviendas, así como en pequeñas infraestructuras domóticas y dispositivos de vigilancia para facilitar que parejas de mayores frágiles sigan cuidándose mutuamente con seguridad y calidad de vida.

Al mismo tiempo, a edades avanzadas, se encuentran cada vez más mujeres ancianas que viven solas. Ello es una buena noticia, en la medida que es común el deseo de envejecer en el propio hogar y espacio de vida. Pero, a la vez, exige invertir en servicios de prevención que combinen tecnología (sistemas de vigilancia, adaptaciones de viviendas y domótica, entre otros) y apoyo personal. A edades avanzadas, en las que la movilidad se

ve reducida, son fundamentales las redes de proximidad, que pueden ser más débiles cuando alcancen edades avanzadas generaciones femeninas que han estado mayoritariamente insertas en el mercado laboral. Serían necesarias las intervenciones que favorezcan el fortalecimiento de las redes de proximidad, de la comunidad y el barrio como entorno amigable con la ancianidad y de cuidado colectivo.

Las transformaciones que la huella del cambio demográfico dejará en los hogares aconsejan avanzar hacia una atención integral en el domicilio. Se va hacia hogares intrageneracionales envueltos en redes de apoyo intergeneracionales y plurales, compuestos por familiares, servicios sociales, atención primaria, empleados de hogar y cuidados, servicios de proximidad (farmacias, tiendas de barrio, entre otras), voluntariado y participación comunitaria.

En Suecia, la mayoría de las personas mayores que necesitan algún tipo de ayuda la consiguen de sus familias, de los vecinos y de sus amigos. Cuando las necesidades se vuelven más sustanciales, utilizan además los servicios públicos y, quizás, también algún apoyo de las asociaciones de voluntarios. Un aspecto importante del trabajo voluntario y del cuidado informal es la relación que se da entre ellos. A menudo se asume que hay una competencia entre ambos: “si realizas uno, es probable que no hagas el otro”. Pero, de hecho, muchas personas realizan ambos tipos de cuidado (Jegermalm y Sundström, 2015). Hasta cierto punto se movilizan mutuamente.

Muchos voluntarios son reclutados por sus familiares o por personas de su red social y muchos de ellos también son cuidadores. Es común que los cuidadores de una persona con demencia (a menudo la pareja) sean miembros de una asociación de Alzheimer o de una asociación de cuidado familiar y que además hagan trabajo en esas organizaciones tanto durante como después del cuidado. En resumen, en los sistemas nórdicos de cuidados de larga duración las personas mayores con necesidad de apoyo recurren a diversas y solapadas fuentes de ayuda y cuidado. Parece, asimismo, que muchos prefieren no depender exclusivamente de un sostén.

7. Del individuo a la comunidad

Para una mayor efectividad de las políticas es necesaria una aproximación integradora, con servicios basados en la comunidad que no olviden el vínculo entre individuos y familias. Las políticas tradicionales tienen dificultades para ser efectivas debido a su especialización y segmentación (en políticas sectoriales de salud, educación, vivienda, trabajo, servicios sociales, entre otras). Se podría modificar la perspectiva de las políticas sociales incorporando una óptica no solo individual, sino también familiar y comunitaria, con programas que involucren a los individuos, a sus familias y su entorno social. En definitiva, pensando más en la manera de abordar los diferentes aspectos y momentos de la vida de las personas, que en las lógicas sectorializadas que caracterizan las políticas actuales (Subirats y Pérez Salanova, 2011). El paradigma es movilizar todos los recursos existentes para aumentar la capacidad funcional y facilitar el mantenimiento de la autonomía el mayor tiempo posible.

No obstante, una cosa es contar con la familia como actor en una red mixta de cuidado y otra que el cuidado recaiga únicamente sobre miembros de la familia. Por ejemplo, en el sur de Europa, la familia ha sido la principal proveedora de cuidados, facilitando un menor desarrollo de los sistemas públicos de cuidado. España es el país de la Unión Europea con mayor proporción de población (53%) que dedica más de 20 horas semanales a cuidar (Del

Pozo y otros, 2020). En muchos otros lugares del mundo, las políticas de cuidado de larga duración se sustentan también sobre la idea de que las redes informales pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores —en muchos casos, mujeres— ni al posible impacto de esto en la calidad del cuidado o en la salud y los costos de oportunidad de los cuidadores informales.

En las últimas décadas, en algunos sistemas de cuidado se ha reconocido la labor mediante una remuneración, proporcionando acceso a beneficios de seguridad social y salud, o mediante sistemas de respiro para cuidadores. Es el caso del Reino Unido, donde existen programas de respiro diseñados para reemplazar al cuidador y que pueda tomar un descanso de las tareas de cuidado; por ejemplo, se puede asignar un reemplazo regular en las horas de la noche (NHS, 2016). En Irlanda existe un subsidio de apoyo al cuidador en forma de pago anual, que puede ser destinado al pago de un cuidador de relevo (Care Alliance, 2017).

En España, el sistema de cuidados de larga duración nació con el objetivo de ser un sistema de protección con base en servicios y, solo excepcionalmente, con prestaciones económicas en el entorno familiar. Pero esto no fue lo que ocurrió, puesto que no había una oferta suficiente de servicios ni presupuesto para construir el sistema con base en servicios. Como consecuencia, la única prestación que recibe un 54% de la población con dependencia reconocida es la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar (PECEF), que llega a un 50% de las prestaciones en algunas regiones. A pesar de ello, se ha estimado que, mediante esta, el Estado solo cubre entre el 3% y el 10% del cuidado informal provisto por las familias (Del Pozo y otros, 2020).

En realidad, la PECEF no es una prestación, sino un subsidio al cuidado familiar. Es 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 podría empoderar a la persona mayor. No obstante, tiene aspectos negativos en la medida que contribuye a prolongar el trabajo de cuidado femenino, precario y mal pagado, así como la dependencia del receptor de las condiciones de su familia (dada la insuficiencia del subsidio) y la consiguiente desigualdad. En realidad, acrecienta la vulnerabilidad de las personas que precisan cuidados y de las que los brindan, que se ven afectadas por la distribución desigual de los recursos según su origen familiar.

En muchos países, los cuidados informales siguen siendo centrales, debido a la importancia de las tradiciones culturales y la limitada oferta de servicios formales. Las prestaciones monetarias tienen un peso importante porque suponen un menor gasto en comparación con las prestaciones en servicios y cuentan con amplio apoyo por parte de las personas dependientes y las cuidadoras de estas. No obstante, contribuyen a perpetuar una carga excesiva sobre los familiares —en especial, las mujeres—, que tiene un impacto en términos de empleo femenino y de igualdad de oportunidades. También contribuyen a fomentar un mercado de trabajo irregular con precarias condiciones laborales y salariales. Otro aspecto negativo tiene que ver con la falta de supervisión y de garantía de la calidad del cuidado.

8. De la homogeneidad hacia la heterogeneidad, en búsqueda de mayor equidad

Las necesidades de cuidados de larga duración varían de una región a otra, sobre todo en función de las características estructurales de la población y de los hogares, así como de las características del entorno y los recursos disponibles en este. Varían las proporciones

de personas mayores que necesitan ayuda en sus actividades diarias, la distancia con respecto a los vínculos que pueden ser apoyos y los recursos (humanos, tecnológicos, sociales) disponibles en el entorno. Por estas razones, la variabilidad en los sistemas locales o regionales de cuidados de larga duración puede responder a una distribución desigual de las necesidades y los recursos, y no necesariamente a una desigualdad en la respuesta a las mismas necesidades.

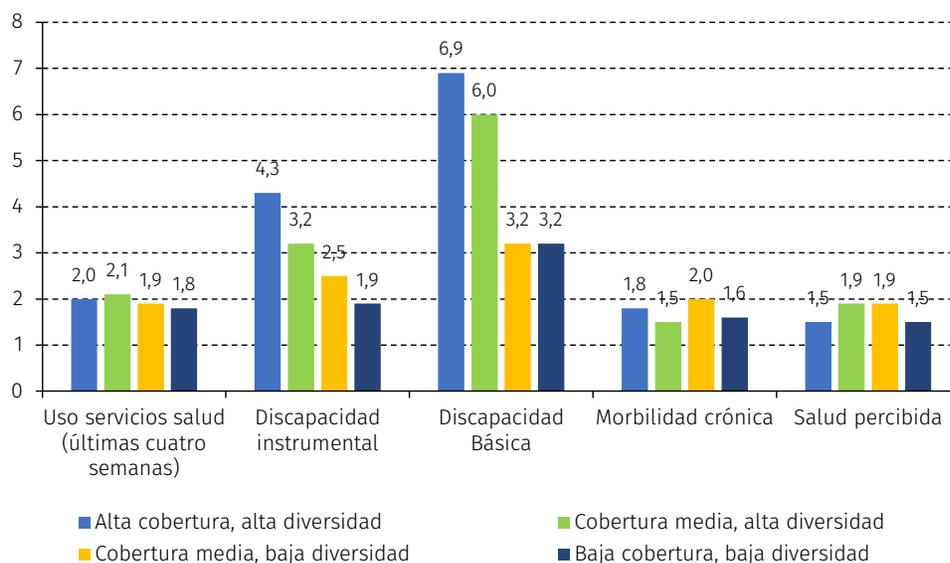
Por ejemplo, la variabilidad local en los sistemas de cuidados formales de larga duración en Gran Bretaña responde en gran medida a diferencias en las necesidades y los recursos, expresadas por factores tales como la población de 85 y más años, el nivel socioeconómico, la propiedad de la vivienda o la disponibilidad —en la esfera local— de cuidadores informales (Fernández y Forder, 2015). En Dinamarca, la riqueza del municipio y la estructura demográfica explican parte de las variaciones en los servicios de cuidados de larga duración, así como el nivel de privatización (Jensen y Lolle, 2013).

Una de las consecuencias del cambio demográfico será un menor número de vínculos por generación, por lo que la distancia entre miembros de distintas generaciones tendrá una mayor huella en el bienestar en la vejez. Muchas áreas de origen de intensos flujos migratorios, más homogéneas desde el punto de vista generacional, en las que vivirán personas mayores entre personas mayores, precisan una especial atención debido a la mayor vulnerabilidad de esas comunidades. Pretender exportar a esos territorios servicios de cuidado diseñados para áreas de altas densidades, muy basados en el cuidado personal, será poco eficiente y resultará en una menor calidad de vida en la vejez en esas zonas. Es necesario diseñar servicios específicos que permitan llegar a todo el territorio. Es indispensable ofrecer respuestas distintas a poblaciones y territorios distintos, con el fin de cuidar igual a todos.

En España se observan notables variaciones regionales en los servicios sociales para mayores, en especial en función del grado de cobertura y de la diversificación de los servicios. No obstante, estas variaciones no se explican por diferencias en las necesidades, sino por diferencias en los recursos, pero no para compensar la escasez de estos. Hay cierta correlación entre la densidad de la población y los niveles de cobertura y diversificación, con mayores coberturas y mayor diversificación de servicios en donde existen más recursos, en regiones con altas densidades. Pero la desigual provisión no parece una respuesta a una distribución desigual de las necesidades, expresada por la estructura etaria o personas mayores que viven solas, por ejemplo, o una menor existencia de recursos (áreas de bajas densidades) (Puga, Tortosa y Sundström, 2021).

En el caso de España, en las regiones con una mayor cobertura y diversificación es donde la recepción de prestaciones de cuidado se corresponde en mayor medida con los niveles de discapacidad, morbilidad crónica y mala salud percibida (véase el gráfico VI.2). Las regiones con un mayor desarrollo en los sistemas de cuidados de larga duración dirigen las prestaciones de forma más eficaz a la población con mayores necesidades, en especial con mayor fragilidad física, mientras que en regiones con menor desarrollo de servicios, el perfil de usuario es menos específico, se ajusta en menor medida a la población con limitaciones y las variables sociales tienen un mayor peso (Puga, Tortosa y Sundström, 2021).

Gráfico VI.2
Probabilidad (OR) de recepción de servicios públicos en función de variables relacionadas con la fragilidad física, según categorías regionales



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (EDAD) 2008, España, 2008.

Datos de distintos países (Dinamarca, Noruega, Suecia, Alemania, Inglaterra, España e Israel) sugieren cierto nivel de focalización en la población con necesidades, al menos en los países con altas tasas de cobertura (Sundström y otros, 2011). En los países con bajas coberturas, los usuarios solicitan u obtienen lo que hay disponible, con poca diferenciación entre sus necesidades. En países con mayor desarrollo en los sistemas de cuidado de largo plazo como, por ejemplo, Dinamarca o Suecia, las diferencias en las prestaciones recibidas se relacionan con las diferencias en las necesidades de los usuarios en mayor medida que en países con sistemas menos desarrollados como, por ejemplo, España (véase el cuadro VI.2).

Cuadro VI.2
Dinamarca, Suecia y España: autonomía en actividades de la vida diaria^a según servicios utilizados y país de residencia, población de 75^b años y más, 2000-2007

| Servicios | Dinamarca | Suecia | España |
|-------------------------------------|-----------|--------|--------|
| Ninguno | 8,7 | 8,3 | 5,9 |
| Solo otros servicios ^c | 8,5 | 7,4 | 5,0 |
| Solo ayuda a domicilio | 7,5 | 6,9 | 5,4 |
| Ayuda a domicilio y otros servicios | 6,0 | 4,8 | 5,4 |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de G. Sundström y otros, "Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries", *Journal of Care Services Management*, vol. 5, N° 1, 2011 [en línea] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/175016811X12883685966936?journalCode=yicsm20>.

^a Número de actividades de la vida diaria (AVD) que una persona puede hacer sin ayuda: vestirse, levantarse y acostarse, ir al aseo, bañarse o ducharse, comprar, cocinar, limpiar, lavar, salir sin ayuda. El índice puede variar entre 0 y 9.

^b En Dinamarca, 67, 72, 77, 82 y 87.

^c Telealarma, comidas sobre ruedas, servicios de transporte y centros de día.

Es decir, los sistemas con menores ratios de cobertura diferencian con menos claridad entre niveles de necesidad de los usuarios. Es posible que cuando la cobertura es limitada, las administraciones provean lo que tienen, o que la población limite sus demandas a lo que hay disponible. Este es el caso de España, en donde, como se ha comentado, muchos cuidadores familiares reciben una compensación económica, en vez de servicios —que en muchos entornos no hay, especialmente en el rural—. Por lo tanto, con un objetivo de justicia territorial, la provisión de servicios públicos de cuidados de larga duración debería responder a las diferencias en los niveles (locales, regionales) de necesidad y de recursos disponibles, una condición necesaria para conseguir respuestas similares a necesidades similares.

9. Transformaciones en la financiación y la provisión

En las últimas décadas se ha producido una intensa reestructuración de los sistemas de cuidados de larga duración en Europa, con recortes en la financiación, un aumento de los sistemas de copago y una creciente externacionalización de la provisión pública a la privada (Vaiou y Siatitsa, 2013). No obstante, la financiación sigue siendo mayoritariamente pública. Algunas experiencias con seguros privados de dependencia, como la británica, han mostrado que los mecanismos de mercado no pueden responder a esta contingencia, por lo que se mantiene la vía redistributiva (Comas, Wittenberg y Pickard, 2010).

Las diferencias en el gasto público en cuidados de largo plazo varían entre países en función del tipo de compromiso institucional, el papel de los cuidados informales, las políticas de prevención o el impacto de la innovación organizativa y tecnológica aplicada al sector. Reducir las tasas de discapacidad a edades avanzadas y definir una adecuada y efectiva red de servicios sociales domiciliarios son, por ejemplo, factores significativos para contener el gasto. La reducción presupuestaria sin cambios en el modelo organizativo se ha traducido en la disminución de la cobertura, el aumento de necesidades insatisfechas, las dificultades en el mercado laboral para cuidadores informales, e incluso sobrecostos sanitarios (Iparraguirre, 2021). Por ejemplo, en el Reino Unido, cuyo presupuesto se ha reducido en casi 2.000 millones de libras esterlinas en los últimos años, han aumentado las desigualdades por género y generaciones, con un marcado impacto en las mujeres especialmente.

Un reciente estudio sobre las consecuencias de estos recortes de la financiación en el Reino Unido ha encontrado que las reducciones en la financiación local del cuidado se asocian, de forma significativa, con un incremento de la probabilidad de que una persona mayor presente necesidades insatisfechas. Los resultados sugieren que las reducciones presupuestarias en cuidado formal afectan especialmente a las hijas de las personas mayores con necesidades de cuidado —por ejemplo, en términos de su capacidad para permanecer en el mercado laboral remunerado—. Entre la población empleada, la necesidad de proveer diez o más horas semanales de cuidado informal a un miembro de la familia reduce un 61% su probabilidad de permanecer empleado (Iparraguirre, 2021). También se ha encontrado que la reducción del gasto público en servicios de cuidado ha dañado los niveles de eficiencia de los servicios y ha incrementado los retrasos en altas hospitalarias. El gasto público en servicios de cuidado está inversamente asociado con el número de días de retraso en el alta hospitalaria de pacientes con necesidades de cuidado (Iparraguirre, 2021).

Otra consecuencia de la contención del gasto público en cuidados de larga duración es que ha tendido a reforzar el copago en los sistemas europeos, lo que ha creado cierta

exclusión social en segmentos medios de renta. Una de las vías para evitar inequidades, además de la protección gratuita de las personas sin recursos, puede ser la creación de fondos de solidaridad financiados con impuestos, tal como se hace en Francia mediante la Contribución Social Generalizada y la Contribución al Reembolso de la Deuda Social.

También caben fórmulas que combinan la mejora de la imposición general con nuevos diseños de las cotizaciones sociales para garantizar la financiación de los cuidados de largo plazo, como ocurre en países de régimen bismarckiano (como Alemania y Austria). En Alemania, desde que se introdujo el seguro de dependencia, todos los ciudadanos están obligados a disponer de un seguro para tener acceso a asistencia. Se puede solicitar una prestación social cuando los servicios ofrecidos por el seguro resultan insuficientes y la persona con necesidad de cuidado o sus familiares no disponen de recursos para financiar cuidados adicionales. No obstante, al igual que en los países mediterráneos, entre los servicios y las prestaciones previstos por el seguro alemán de dependencia prima la compensación económica en el entorno familiar.

B. Ejemplos de buenas prácticas

Dinamarca cuenta con uno de los sistemas de cuidados de larga duración más extensos del mundo. Hasta hace poco, el sistema se basaba principalmente en proveer ayuda a domicilio, pero en los últimos años las políticas para mantener a las personas mayores en sus casas se han vuelto más comprensivas. De hecho, se ha reducido la ayuda a domicilio (con menos beneficiarios y menos horas), pero se han expandido otros apoyos en el hogar como adaptaciones en la vivienda, visitas domiciliarias preventivas y entrenamiento y rehabilitación temprana.

Ahora el énfasis no está solo en proveer cuidado, sino también en rehabilitar para intentar mantener a los ciudadanos en mejor estado físico y social para cuidar de sí mismos, y en la prevención para reforzar las capacidades físicas, sociales y cognitivas (Kvist, 2014). Esta estrategia también se aplica a población más joven en muchos municipios, con una amplia definición de la población objetivo de programas de rehabilitación. Además, un debate creciente en Dinamarca es el de la necesidad de cambiar “manos frías” por “manos cálidas” en la provisión del cuidado, es decir, posibilitar que aquellos en contacto con los ciudadanos pasen su tiempo cuidando de estos y no cubriendo papeles (Kvist, 2014).

En Finlandia, uno de los principales retos es la detección temprana. Por ello, el objetivo del sistema de cuidado de largo plazo es no solo cuidar, sino también prevenir y rehabilitar. Para ello se han creado trayectorias de cuidado con entrada más temprana y mayor diversidad de respuestas para adaptarse a las necesidades, a medida que estas van cambiando. La idea es que, ofreciendo apoyo de forma más temprana, las mayores dificultades —y, por lo tanto, los mayores gastos— podrán ser evitados. Para ello es preciso implementar herramientas efectivas para la detección temprana, mediante el desarrollo de competencias en prevención y el incremento de la atención a las personas mayores socialmente vulnerables. Por ejemplo, en Finlandia se realizan visitas preventivas a domicilio obligatorias a personas de 80 y más años y a grupos de riesgo por debajo de esa edad. Estas son visitas transdisciplinarias en las que todas las necesidades (de cuidado, de rehabilitación o de enfermería) son evaluadas de manera conjunta. También se invierte en cuidado preventivo, *ehealth* y conceptos innovadores y se intenta hacer un uso más efectivo del cuidado informal:

“Otro reto consiste en que una mayor diversidad de servicios complementarios, en ausencia de una figura coordinadora, supone un creciente número de tareas de gestión y coordinación alrededor de la familia. Por ello, se ha creado la figura de un responsable de cuidados para cada familia, que ayuda al usuario a encontrar y coordinar los servicios. En vez de paquetes de cuidados, los trabajadores sociales tienen un amplio margen para decidir qué servicios son necesarios para cada familia” (Kalliomaa-Puha y Kangas, 2018, pág. 10).

La otra gran reforma del sistema de LTC ha consistido en que se ha dividido la provisión de servicios en agrupaciones de municipios (regiones de cuidado) con el objetivo de alcanzar un sistema integrado de cuidado y de salud, y eliminar una estructura que tiene demasiados agentes con distintas responsabilidades (Preusker, 2014).

En Noruega, en el Plan de Acción para el Cuidado (2012) se destaca que, para afrontar los retos de las políticas de cuidado en el futuro, se debe mejorar la cooperación con usuarios y familias, promover un mayor énfasis en la rehabilitación en los servicios de salud y cuidado, mejorar la amigabilidad de las localizaciones y la rehabilitación de las viviendas, expandir más los servicios a domicilio con un más amplio rango de servicios provistos en el hogar y un aumento de las tecnologías de cuidado, la innovación local y la identificación de las mejores prácticas (Grodem, 2018). El paradigma consiste en movilizar los recursos existentes y aumentar la capacidad funcional para permitir mantenerse independiente el mayor tiempo posible.

No hay una definición formal del momento en que una persona puede acceder a los servicios; los servicios se proveen a personas con necesidad y la necesidad es determinada por el personal sanitario en diálogo con el usuario y la familia. La reforma estructural de los cuidados de larga duración dibuja una demarcación clara entre los servicios especializados estatales (hospitalarios) y los servicios de cuidado municipales (Grodem, 2018).

El caso sueco ha mostrado que es posible promover el envejecimiento en casa, pero ello requiere reforzar la atención primaria y capacitarla para detectar casos de población vulnerable, en colaboración con los servicios municipales de cuidado. Es importante desarrollar métodos para detectar personas mayores en riesgo, a fin de proveer cuidado en etapas tempranas y proveer todo el cuidado posible en casa (Schön y Heap, 2018). La municipalización ha permitido una mayor variabilidad y adecuación a distintas necesidades locales (Sundström y otros, 2011), pero también exige un esfuerzo en la identificación y la diseminación de buenas prácticas. En Suecia, 290 municipios son responsables de los cuidados de larga duración desde 1992 (Anderson y Backhans, 2013).

Una legislación de enero de 2018 pretende una mejor coordinación entre la hospitalización y los cuidados de larga duración domiciliarios. Se desea que tras el alta hospitalaria se ponga a los pacientes en contacto inmediato con los servicios de cuidado municipal. Pero, para ello, los servicios de cuidado municipales deben estar preparados para hacerse cargo de pacientes desinstitucionalizados desde el sistema sanitario (Schön y Heap, 2018). También se está trabajando en ampliar los cuidados para la demencia y los cuidados terminales en casa. Asimismo, se ha hecho un esfuerzo educativo en cuidados de larga duración. Se ha realizado una inversión en cursos de gerontología en educación secundaria superior y terciaria, dado que, en la actualidad, por ejemplo, solo el 1,6% de todas las enfermeras que trabajan con personas mayores tiene formación en gerontología (Anderson y Backhans, 2013).

En Suiza, con el fin de aumentar la capacidad funcional para mantenerse independiente el mayor tiempo posible, se han creado más programas preventivos y se ha extendido la cobertura de cuidado ambulatorio (Trein, 2014). Las iniciativas recientes incluyen un esfuerzo educativo en cuidados de larga duración, dado que los sistemas de cuidados de este tipo han creado empleo, pero es un empleo precario, con bajos niveles de remuneración, alto riesgo psicosocial y necesidades de formación. En Bélgica, para facilitar y organizar la movilidad de los usuarios entre distintos tipos de servicios, se han creado las trayectorias de cuidado, en un intento por generar una lógica biográfica que integre el acceso a mayor número de servicios y más innovadores (Segaert, 2014). En los Países Bajos también se están produciendo cambios en la organización descentralizando los servicios de cuidado y haciendo a los municipios responsables de estos (Kelders y De Vaan, 2018).

C. Recomendaciones

Es relevante incluir el cuidado en el debate público, darle valor, así como articular una respuesta colectiva al riesgo social de la pérdida de autonomía. Las consecuencias de la pandemia por COVID-19 deberían servir para acabar con el modelo actual, que bascula en gran medida en el sistema residencial y establecer un sistema de cuidados de larga duración centrado en las necesidades de las personas y en el cuidado en la comunidad, que priorice la autonomía residencial y en el que los cuidados en instituciones sean el último eslabón de la cadena de servicios.

Algunas propuestas que han empezado a ensayarse en países con sistemas consolidados de cuidados de larga duración pueden hacer el reto más manejable. En primer lugar, se trata de priorizar la atención integral en el domicilio. Expandir los servicios de ayuda a domicilio con un más amplio rango de prestaciones provistas en el hogar, que tienen una alta demanda y son muy eficientes en términos de costo, así como aumentar la diversidad y complementariedad de dichos servicios. También es recomendable mejorar la amigabilidad de las localizaciones, la rehabilitación de las viviendas y aumentar las tecnologías de cuidado. Expandir la oferta de adaptaciones de vivienda y servicios domésticos resulta muy eficiente en términos de prevención de accidentes y ahorro socio-sanitario.

Vivir y envejecer en comunidad ofrece mejores resultados en términos de salud y calidad de vida. A ello se une un cambio de enfoque en los sistemas de cuidado, poniendo un mayor énfasis en la prevención y la rehabilitación. El objetivo es mantener y recuperar, en la medida de lo posible, las capacidades del individuo comprimiendo las etapas de mayores limitaciones (y mayores costos) en un período más corto al final de la vida. Para ello, es necesario extender la cobertura ambulatoria, reforzar la atención primaria y capacitarla para detectar los inicios de las trayectorias de fragilidad y poner en marcha programas preventivos.

La nómina de actores se amplía. En las redes de cuidado tienen un papel las familias, los servicios sociales, la atención primaria, los empleados del hogar y cuidados, los servicios de proximidad, el voluntariado y otros agentes de participación comunitaria. El paradigma es movilizar las propias capacidades de los usuarios, de su familia y de la comunidad. Junto a ello, se establecen formas flexibles de determinación de las necesidades y se crean figuras de información y apoyo a las familias en la gestión y la coordinación de servicios más diversificados.

Es necesaria una mejor organización, con una integración efectiva de los servicios sanitarios y de cuidados, y una organización de la gestión en unidades territoriales que puedan responder a las necesidades específicas de su población (municipalización o comarcalización). También lo es reclutar y retener personal de cuidados. Para tal propósito, se precisarían mejores condiciones laborales y planes específicos de formación en gerontología en distintos niveles educativos. Los alojamientos colectivos deben hacer el tránsito de la custodia a la atención. Los residentes no deben perder el control sobre su vida. Se debería garantizar la intimidad, personalizar el cuidado y evitar la rotación continua de personal. Es deseable una evolución hacia una atención residencial en pequeñas unidades de convivencia, con intimidad y que permitan la vida familiar.

D. Recapitulación

Las transformaciones que se pueden esperar en las estructuras demográficas y en las estructuras familiares de apoyo exigen repensar los sistemas de cuidado de los individuos más frágiles de nuestras poblaciones, (re)diseñar estructuras de apoyo colectivo para hacer frente a los retos provocados por el cambio demográfico. En las próximas décadas, como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población, aumentará el número de personas con necesidades de cuidado, lo que, unido a los cambios en la estructura tradicional de la población cuidadora (los cuidadores informales serán más mayores, frágiles ellos mismos en la mayoría de los casos), exigirá el refuerzo de los servicios de apoyo formal.

Las experiencias de los sistemas europeos de cuidados de larga duración —de larga práctica en los países nórdicos, reciente en la Europa mediterránea— ofrecen evidencias útiles sobre las consecuencias de distintas opciones en el diseño y la organización de dichos servicios. Todos los modelos europeos, desde escenarios de partida muy diversos, transitan hacia modelos de atención domiciliaria y comunitaria, en detrimento de las residencias. El paradigma hacia el que avanzan consiste en mantener en casa y movilizar todos los recursos existentes, desde momentos tempranos, para mantener y recuperar la autonomía funcional, poniendo énfasis en la prevención y la rehabilitación, no solo en el cuidado. Pero cuando las necesidades de cuidado se imponen es necesario pasar de la óptica de la tutela y la custodia a la óptica de la atención y los derechos. El cuidado no exige despojar al individuo de la posibilidad de seguir controlando su vida.

En un escenario de hogares de mayores cuidando de mayores, envueltos en redes más amplias, más plurales, con más cuidados parciales, con gestores y provisosores del cuidado, con complementariedad de flujos de cuidado informal y formal, públicos y privados, una mayor diversidad de apoyos puede hacer menos frágiles los sistemas y más adaptables a la heterogeneidad de necesidades. Los servicios menores, que alcanzan a un gran número de usuarios, son importantes para ayudar a mantener a las personas mayores en sus casas durante más tiempo, unidos al esfuerzo en la adaptación de entornos.

El amplio desarrollo de este tipo de servicios, aunado a una óptica de curso de vida en las trayectorias de cuidado, ha permitido en los países nórdicos reducir el gasto sin reducir la cobertura ni aumentar las necesidades insatisfechas. Por el contrario, la reducción presupuestaria sin cambios en el modelo organizativo se ha traducido en la disminución de la cobertura, el aumento de necesidades insatisfechas, las dificultades en el mercado laboral para cuidadores informales e, incluso, sobrecostos sanitarios.

No obstante, se ha de advertir del peligro de que estos servicios menores sean mal utilizados como sustitutos menos costosos, pero también menos adecuados, ante necesidades mayores. De igual forma, una cosa es contar con la familia como actor en una red mixta de cuidado y visibilizar y valorar el cuidado informal, y otra es perpetuar un modelo en el que el cuidado recae únicamente sobre miembros de la familia. La experiencia de sistemas europeos que han optado por los subsidios al cuidado informal —con un peso importante dado su menor coste en comparación con las prestaciones en servicios y su amplio apoyo por parte de las personas dependientes y sus cuidadoras— ha mostrado que estos contribuyen a prolongar la dependencia del receptor de las condiciones de su familia y la consiguiente desigualdad; a perpetuar una carga excesiva sobre los familiares, con impactos en la igualdad de oportunidades y el empleo femenino, y a fomentar un mercado de trabajo irregular con condiciones laborales y salariales precarias.

El envejecimiento de la población es el fruto de varios éxitos, pero plantea el reto de gestionar poblaciones que no volverán a ser las del pasado. Ante el mismo reto, es recomendable convertir el cuidado de los más frágiles en una tarea colectiva, persiguiendo mantener la autonomía y la vida en comunidad, prevenir y rehabilitar, además de cuidar, entendiendo que son necesarias respuestas distintas a necesidades distintas —a través de la trayectoria de vida y en distintas poblaciones— para cuidar igual, y que cuidar no significa tutelar, sino apoyar.

Bibliografía

- Albertini, M. y E. Pavolini (2017), “Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older Europeans”, *The Journals of Gerontology*, vol. 72, Nº 3 [en línea] https://www.researchgate.net/publication/280563740_Unequal_Inequalities_The_Stratification_of_the_Use_of_Formal_Care_Among_Older_Europeans.
- Aleman, R., M. Ayuso y M. Guillén (2012), “Technical support and home adaptation for the elderly needing care in Barcelona”, *2nd International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care, 5th-8th September – London*, Barcelona, Riskcenter, Universitat de Barcelona [en línea] https://www.ilpnetwork.org/wp-content/media/2012/08/y_06_1000_Aleman.pdf.
- Anderson, K. y M. Backhans (2013), *Pensions, healthcare and long-term care, Sweden*, ASISP Country Document, Comisión Europea, DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Brandt, M. (2013), “Intergenerational help and public assistance in Europe. A case of specialization?”, *European Societies*, vol. 15, Nº 1 [en línea] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616696.2012.726733>.
- Care Alliance (2017), *Trends in Family Caring in Ireland in 2017: Review of Awareness, Self-Identification, Official Surveys and Income Supports*, Irlanda [en línea] [https://www.carealliance.ie/userfiles/files/Overview%20Report\(1\).pdf](https://www.carealliance.ie/userfiles/files/Overview%20Report(1).pdf).
- 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 & Administration*, vol. 44, Nº 4 [en línea] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9515.2010.00719.x>.
- Comisión Europea (2018), *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, Luxemburgo, Unión Europea, Directorate-General for Economic and Financial Affairs [en línea] https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip079_en.pdf.
- _____ (2016), *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability and its country reports*, Bruselas, Comisión Europea, Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee (Ageing Working Group).

- _____ (2015), *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, Bruselas, Comisión Europea, Directorate-General for Economic and Financial Affairs [en línea] https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf.
- _____ (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*, Luxemburgo, Comisión Europea, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- _____ (2013), *Social investment package. Long-term care in ageing societies: Challenges and policy options*, Bruselas, Comisión Europea (SWD 41/2).
- Del Pozo-Rubio, R. y otros (2020), "Shadow and extended shadow cost sharing associated to informal long-term care: the case of Spain", *Health Economics Review*, vol. 10, N° 1 [en línea] <https://healtheconomicreview.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13561-020-00272-1>.
- Dykstra, P. (2010), *Intergenerational family relationships in ageing societies*, Nueva York, Naciones Unidas [en línea] https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2010/Intergenerational-Relationships/ECE-WG.1-11.pdf.
- Fernández, J. L. y J. Forder (2015), "Local variability in long-term care services: Local autonomy, exogenous influences and policy spillovers", *Health Economics*, N° 24 [en línea] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3151>.
- Grodem, A. S. (2018), *Challenges in long-term care, Norway*, European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report, Comisión Europea.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la CEPAL [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf.
- IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2021), *Informe 2018: las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, Madrid, Gobierno de España, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030/Secretaría de Estado y de Derechos Sociales/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [en línea] https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe_ppmm_2018.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística (2008), *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD)*, España [en línea] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175.
- Iparraguirre, J. L. (2021), "Patterns of social care provision in England", tesis de doctorado, Repositorio UNED, Universidad Nacional de Educación a Distancia [en línea] http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-SocCamSoc-Iliparraguirre/IPARRAGUIRRE_STAPS_JOSE_LUIS_Tesis.pdf.
- Jegermalm, M. y G. Sundström (2015), "Stereotypes about caregiving and lessons from the Swedish panorama of care", *European Journal of Social Work*, vol. 18, N° 2 [en línea] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691457.2014.892476>.
- Jensen, P. H. y H. Lolle (2013), "The fragmented welfare state: explaining local variations in services for older people", *Journal of Social Policy*, vol. 42, N° 2 [en línea] <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/fragmented-welfare-state-explaining-local-variations-in-services-for-older-people/6E5D9F5D0C066864811DC3A16E9861BE>.
- Kalache, A. (2019), "An education revolution in response to the longevity revolution", *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 22, N° 4 [en línea] <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/S66PFyx5yc4JZDqL8TFbKGM/?lang=en>.
- Kalliomaa-Puha, L. y O. Kangas (2018), *Challenges in long-term care, Finland*, European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report, Comisión Europea.
- Katz, S. y otros (1963), "Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function", *JAMA*, vol. 185, N° 12 [en línea] https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamasurg.2020.7260.

- Kelders, Y. y K. de Vaan (2018), *Challenges in long-term care, Netherlands*, European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report, Comisión Europea.
- Knijn, T. y A. Komter (2004), *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*, Cheltenham, Reino Unido, Edward Elgar Publishing.
- Kohli, M. (1999), "Private and public transfers between generations: Linking the Family and the State", *European Societies*, vol. 1, N° 1 [en línea] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616696.1999.10749926>.
- Kvist, J. (2018), *Challenges in Long-term Care, Denmark*, European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report, Comisión Europea.
- _____. (2014), *Pensions, Health and Long-term Care, Denmark*, ASISP Country Document, European Commission, DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Lawton, M. P. y E. M. Brody (1969), "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living", *The Gerontologist*, vol. 9, N° 3 [en línea] https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3_Part_1/179/552574?login=false.
- Lowenstein, A. y S. O. Daatland (2006), "Filial norms and family support in a comparative cross-national context: evidence from the OASIS study", *Ageing & Society*, vol. 26, N° 2 [en línea] <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/filial-norms-and-family-support-in-a-comparative-crossnational-context-evidence-from-the-oasis-study/5130DECB19C94D02A0F11470B0EA7B0F>.
- NHS (National Health Service) (2016), "Carers' break and respite care", Londres [en línea] <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/support-and-benefits-for-carers/carer-breaks-and-respite-care/>
- Oeppen, J. y J. W. Vaupel (2002), "Broken limits to life expectancy", *Science*, vol. 296, N° 5570 [en línea] <https://user.demogr.mpg.de/jwv/pdf/scienceMay2002.pdf>.
- Preusker, U. (2014), "Health and long-term care", *Pensions, Health and Long-term Care, Finland*, ASISP Country Document, Comisión Europea, DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Puga, D., M. A. Tortosa y G. Sundström (2021), *Long term Care in Spain: Variations in Need and Services. Does Region Matter?*, ARBOR, en prensa.
- Reil-Held, A. (2006), "Crowding out or crowding in? Public and private transfers in Germany", *European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie*, vol. 22, N° 3 [en línea] https://ideas.repec.org/a/spr/eurpop/v22y2006i3d10.1007_s10680-006-9001-x.html.
- Rodríguez Cabrero, G. (2019), "Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI", *Ekonomiaz. Revista Vasca de Economía*, N° 96 [en línea] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7235577>.
- _____. (2011), "Economía del envejecimiento", *Libro blanco del envejecimiento activo*, Madrid, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social/Secretaría General de Política Social y Consumos/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Rodríguez Cabrero y otros (2018), ESPN thematic report on challenges in long-term care: Spain, European Social Policy Network.
- Secretaría de Gobernación (2018), "Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos", publicado el 26 de diciembre de 2014 [en línea] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018
- Segaert, S. (2014), *Country Document 2013: Pensions, health and long-term care, Belgium*, ASISP Country Document, European Commission, DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Schön, P. y J. Heap (2018), *Challenges in Long-term Care, Sweden*, European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report, Comisión Europea.
- Subirats, J. y M. Pérez Salanova (2011), "Diversidad y participación de las personas mayores", *Libro blanco del envejecimiento activo*, Madrid, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social/Secretaría General de Política Social y Consumos/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Sundström, G. (2015), "Reflexiones sobre los cuidados de larga duración en Suecia", *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, N° 10 [en línea] <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79042>.
- Sundström, G. y otros (2011), "Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries", *Journal of Care Services Management*, vol. 5, N° 1 [en línea] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/175016811X12883685966936>.
- Szydlik, M. (2012), "Generations: connections across the life course", *Advances in Life Course Research*, N° 17.
- Trein, P. (2014), "Long-term care", *Pensions, Health Care and Long-term Care, Switzerland*, ASISP Country Document, Comisión Europea, DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Vaiou, D. y D. Siatitsa (2013), "Current organizational framework of elderly care services, Greece", *Working Paper*, N° 2, COST Action IS1102 Cohesion, social services, welfare state and places.

Capítulo VII

Derecho a los cuidados paliativos¹

Tania Pastrana²

Introducción

El origen del Moderno Movimiento de Hospice se remonta a la creación del St Christopher's Hospice, en Londres, a finales de la década de 1960 por Dame Cicely Saunders, para ofrecer cuidado multidimensional a pacientes con cáncer avanzado y a sus familias (unidad de cuidado). En 1973, inspirado en esta experiencia, Balfour Mount acuñó el término *palliative care* (traducido al español como cuidados paliativos) al introducirlo y adaptarlo a la Canadá francófona en Montreal (Billings, 1998). Desde entonces, los cuidados paliativos han tenido varias transiciones en su definición y práctica (Gómez-Batiste y otros, 2017).

Partiendo de la definición de cuidados paliativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), un consenso internacional de expertos definió los cuidados paliativos como la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave³, y en especial de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (Radbruch y otros, 2020).

Los cuidados paliativos son una parte fundamental de los servicios de salud integrados y de la atención centrada en las personas. Aliviar el sufrimiento grave relacionado con la salud, tanto físico, psicológico como social y espiritual, es una

¹ Se agradece a Liliana de Lima y a Susana Ciruzzi por su revisión y comentarios.

² Médica cirujana de la Universidad de Caldas, Manizales (Colombia). Socióloga de la Universidad de Múnich, Alemania, con doctorado en Antropología Médica y Medicina Psicosomática de Universidad de Múnich e Instituto Max Planck, Alemania. Profesora adjunta del Departamento de Medicina Paliativa, RWTH Aachen University, Alemania.

³ Cualquier enfermedad o afección aguda o crónica que cause un deterioro significativo y que pueda conducir a un deterioro a largo plazo, discapacidad o muerte (Knaul y otros, 2018).

responsabilidad ética mundial. Por lo tanto, ya sea que la causa del sufrimiento sea una enfermedad cardiovascular, cáncer, insuficiencia orgánica importante, tuberculosis farmacorresistente, quemaduras graves, enfermedad crónica en etapa terminal, trauma agudo, prematuridad extrema al nacer o fragilidad extrema de la vejez, es posible que se necesiten cuidados paliativos y tienen que estar disponible en todos los niveles de atención (OMS, 2021c).

Recuadro VII.1

Definición y componentes de los cuidados paliativos^a

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. Los cuidados paliativos:

- Incluyen prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de problemas físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia.
- Brindan apoyo a los pacientes para ayudarlos a vivir lo mejor posible hasta la muerte, facilitando la comunicación efectiva, apoyando a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia.
- Son aplicables durante el transcurso de la enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Se proporcionan junto con tratamientos que modifican la enfermedad, siempre que sea necesario.
- Pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- No pretenden acelerar ni posponer la muerte, afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.
- Brindan apoyo a la familia y a los cuidadores durante la enfermedad de los pacientes y durante su propio duelo.
- Se proveen reconociendo y respetando los valores y creencias culturales del paciente y de la familia de este.
- Son aplicables en todos los ambientes de atención médica (sitio de residencia e instituciones) y en todos los niveles (de primario a terciario).
- Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos.
- Requieren cuidados paliativos especializados con un equipo multiprofesional para la derivación de casos complejos.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de L. Radbruch y otros (2020), "Redefining palliative care-a new consensus-based definition", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 60, N° 4 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387576/>.

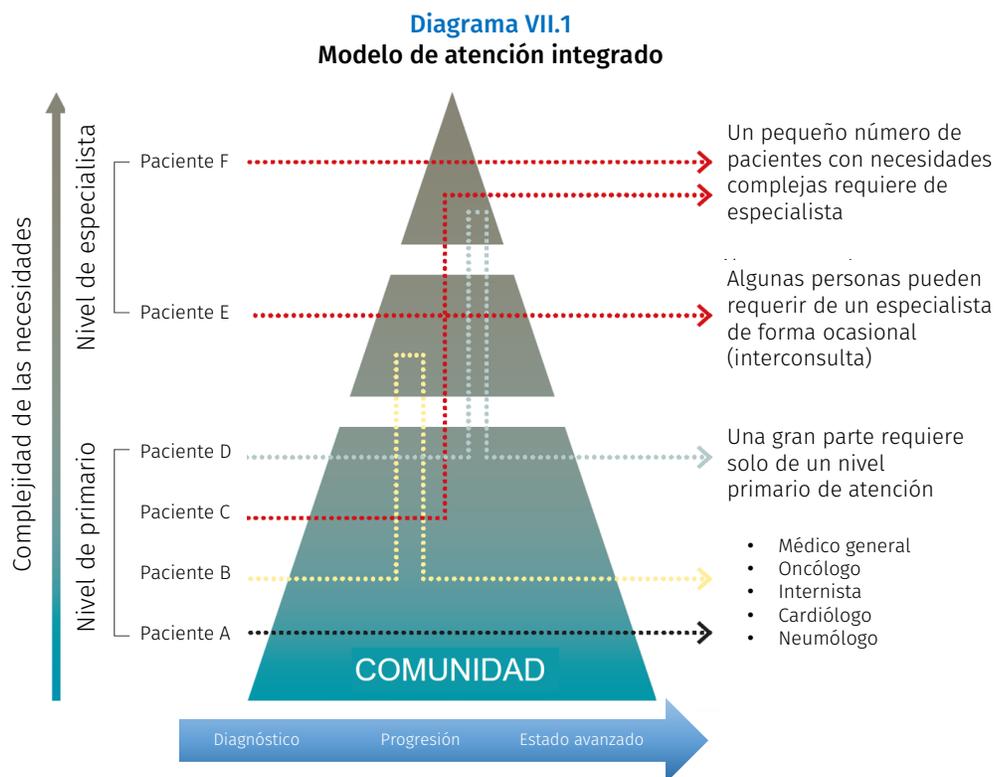
^a Traducción de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

Servicios integrados significa brindar la atención adecuada en el lugar adecuado. La primera obligación médica es la prevención y la curación, pero cuando la condición es avanzada, progresiva e incurable y produce mucho sufrimiento, existen herramientas para brindar al enfermo un cuidado digno y una mejor calidad de vida. Los servicios de cuidados paliativos deben proporcionarse junto con posibles tratamientos curativos y adaptarse a

las necesidades de los pacientes y sus familias a medida que avanza la enfermedad y acompañan a la familia y cuidadores en el duelo por la muerte del ser querido.

La integración de cuidados paliativos no solo beneficia a personas con enfermedades graves y a sus familias al proveer el cuidado que se requiere, mejorando la calidad de la atención mediante el alivio/prevención del sufrimiento y aumentando la concordancia entre tratamiento y preferencias/metast del paciente (por ejemplo, morir en casa), sino también beneficia a los profesionales de la salud de otras disciplinas apoyando la toma de decisiones médicas complejas y conversaciones difíciles y al sistema en general con menos hospitalizaciones en los últimos días de vida y disminuyendo costos y congestión para el sistema de salud y la sociedad (Davis y otros, 2015; May y otros, 2018; Philip y otros, 2021).

Los cuidados paliativos deben ofrecerse en todos los niveles, desde el nivel primario hasta el terciario y en diferentes ámbitos. Dependiendo de cada caso, deben ser provistos por médicos familiares en la comunidad o por equipos de cuidados paliativos especializados en centros de alta complejidad. Los cuidados paliativos forman parte integral de la atención y han de tener lugar en cualquier entorno tanto hospitalario (en unidad de cuidados paliativos, equipo móvil, consulta externa) como extrahospitalario (en residencias de cuidado de largo plazo, consultorios, hospicios y domiciliarios). De especial relevancia es la atención en el primer nivel (véase el diagrama VII.1). En los últimos tiempos, la telemedicina ha ganado importancia en forma transversal en los diferentes modelos de atención desde los entornos tanto hospitalario como extrahospitalario.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators, 2021a [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.

A. Derecho a los cuidados paliativos o los cuidados paliativos como derecho

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los cuidados paliativos y el alivio del dolor como problemas críticos de salud pública. Los cuidados paliativos son componentes esenciales de la atención y habrán de garantizarse a todos los pacientes, independientemente del diagnóstico, pronóstico, condición socioeconómica, sexo, raza o ubicación geográfica (Asamblea Mundial de la Salud, 2014). Los cuidados paliativos y el alivio del dolor también han sido reconocidos como asuntos de derechos humanos basados en tratados, convenciones y consensos internacionales aceptados por muchos Estados y adoptados por organizaciones multilaterales. Dichos derechos se aplican en todas las condiciones en que haya dolor y sufrimiento, e involucran una variedad de derechos humanos, incluido el derecho a la autonomía, a la integridad corporal, a la igualdad y a la protección contra tratos inhumanos o degradantes. Sin embargo, el derecho a la salud es el que ha tenido un papel central porque proporciona una base legal para el derecho a los cuidados paliativos.

Margaret Somerville argumentaba en 1992 que el alivio del sufrimiento es un objetivo común tanto de la medicina como de los derechos humanos y que el alivio del dolor y el sufrimiento de los pacientes terminales es un derecho humano (Somerville, 1992). Desde entonces, cada vez más instituciones, la sociedad civil y la academia han apoyado esta idea (Brennan, 2007). A pesar de mitigar el dolor, confortar al paciente y a su familia, así como brindarles acompañamiento en el tránsito a la muerte, son prácticas frecuentemente desdeñadas en el sistema de salud. Las experiencias demuestran que suelen ser altamente idóneas y valiosas para el enfermo y sus seres queridos, además de contribuir a disminuir la angustia que produce la situación.

Los cuidados paliativos están reconocidos como un componente del derecho al mayor nivel posible de salud, protegido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (CESCR, 2000), en el que aparece la primera referencia explícita como una obligación específica de los Estados partes que “tienen la obligación de respetar el derecho a la salud ... absteniéndose de negar o limitar la igualdad de acceso de todas las personas ... a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos” (CESCR, 2000, párr. 34).

Adicionalmente, se menciona la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales para alcanzar el mayor nivel posible de salud. Entre estas obligaciones básicas está “facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS” (CESCR, 2000, párr. 43). En este sentido, también se hace énfasis en “la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad” (CESCR, 2000, párr. 25).

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, los Estados, con independencia de los recursos, están obligados a respetar el derecho a la salud y no pueden negar o limitar un acceso igualitario a los servicios de salud preventivos, curativos o paliativos. Estas obligaciones incluyen el acceso no discriminatorio a medicamentos esenciales e instalaciones de salud, en especial de los grupos vulnerables o marginados, así como la adopción e implementación de una estrategia de salud pública (CESCR, 2000).

En el contexto de los cuidados paliativos, significa que personas con condiciones graves que limitan la vida deben tener acceso a la atención médica adecuada, medicamentos básicos para el control de síntomas y cuidados al final de la vida, así como la inclusión de los cuidados paliativos en las políticas nacionales de atención de la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas declaró que esto es fundamental para brindar atención y cuidado a las personas con enfermedades crónicas y terminales, manejando el dolor evitable y permitiendo morir con dignidad (CESCR, 2000).

Pocos años después, los cuidados paliativos aparecen también en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño: “Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa” (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2013, párr. 25). Sin embargo, el desarrollo y la evidencia del tema de derechos humanos en esta población han sido menores (Agarwal y Ganesh, 2020).

En un análisis internacional de Human Rights Watch sobre las barreras estructurales para el acceso a cuidados paliativos se identificaron dos obligaciones clave: i) la obligación negativa de los Estados de abstenerse de promulgar políticas o emprender acciones que interfieran arbitrariamente con la provisión o desarrollo de cuidados paliativos, y ii) la obligación positiva de tomar medidas razonables para asegurar la integración de los cuidados paliativos en los servicios de salud existentes, tanto públicos como privados, a través del uso de poderes regulatorios y de otro tipo, así como de fuentes de financiación (Lohman y Amon, 2015).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015 es el primer tratado que se refiere de manera explícita a los cuidados paliativos en distintas estipulaciones (OEA, 2015). En los artículos 6 (sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez), 11 (sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud) y 12 (sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo) se menciona de forma clara y determinante la necesidad de dar acceso a los cuidados paliativos sin discriminación, prevenir sufrimiento innecesario y procedimientos inútiles y manejar de modo apropiado los problemas relacionados con el miedo a la muerte (véase el recuadro VII.2)⁴.

Recuadro VII.2

Artículos relacionados con cuidados paliativos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Artículo 6: Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

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.

⁴ El Comité de Ministros de los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores de Europa incluyó en las recomendaciones una sección exclusiva sobre cuidados paliativos (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2014).

Artículo 11: Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud

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. En estos casos, esta voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional.

Artículo 12: Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo

Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a:

e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, 2021a [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.

La prescripción de medicamentos esenciales es parte del derecho a lograr el mayor nivel posible de salud. Hay 24 fármacos en la lista 22 de medicamentos esenciales, en la sección 2, “Medicina para dolor y cuidados paliativos”, incluyendo morfina en todas las formulaciones, hidromorfona, oxicodona, fentanilo y metadona. El acceso al alivio adecuado del dolor ha sido considerado bajo el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que prohíbe la tortura y tratos y penas inhumanos o degradantes. El Relator Especial sobre Torturas y Salud de las Naciones Unidas ha sostenido “que la denegación de hecho del acceso al alivio del dolor, si provoca dolor y sufrimiento graves, constituye trato o pena cruel, inhumano o degradante” (Naciones Unidas, 2009, párr. 72). En el informe de 2013, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes señala que:

“Denegar el tratamiento del dolor es un acto de omisión y no de comisión, y se debe más a la negligencia y a las malas políticas del Gobierno que a la intención de infligir sufrimiento... constituirán tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ... cuando el Estado tenga, o deba tener, conocimiento del sufrimiento, incluso cuando no se ofrezca un tratamiento adecuado; y cuando el Gobierno no haya adoptado todas las medidas razonables para proteger la integridad física y mental de las personas” (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2013, párr. 54).

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2015) ha afirmado que el acceso a medicamentos fiscalizados es una parte crítica del derecho a la salud. El control del dolor es un deber ético de aliviar el sufrimiento innecesario y respetar la dignidad de las personas. Sin embargo, se ha observado que el monitoreo de tortura y malos tratos dentro del sistema de salud ha sido escaso (Ezer y otros, 2014).

Hasta ahora, las normas internacionales de derechos humanos existentes, tal como se han interpretado y aplicado, no han logrado garantizar el derecho a los cuidados paliativos en la esfera nacional y sugieren que la articulación de una norma vinculante explícita que afirme el derecho a los cuidados paliativos es la mejor opción para superar este abandono y estimular a los Estados a tomar medidas para garantizar y asegurar la realización de este derecho en el contexto nacional (OHCHR, 2021).

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 48/3, con el título “Derechos Humanos para personas de edad”, que hace mención explícita de los cuidados paliativos, en los párrafos del preámbulo (reconociendo el desafío de acceder a los servicios) y en los párrafos operativos, pidiendo a los Estados miembros “que aprueben y apliquen políticas, estrategias nacionales, planes de acción, leyes y reglamentos no discriminatorios” que garanticen el acceso a los cuidados paliativos dentro de un sistema de atención integral (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2021).

B. Necesidad de cuidados paliativos

Se estima que en el mundo más de 56,8 millones de personas podrían beneficiarse de cuidados paliativos cada año, de las cuales aproximadamente el 40% son personas mayores (70 años y más) y el 76% del total de personas vive en países de medianos y bajos recursos (Knau y otros, 2020). Se calcula que 4 millones de estas personas viven en América Latina. Debido a la transición demográfica y epidemiológica (OPS, 2017; OMS, 2018), se prevé un aumento de la necesidad de dichos cuidados, en especial en países de medianos y bajos ingresos (Sleeman y otros, 2019).

Es notable que algunos grupos tienen sistemáticamente menos acceso a los cuidados paliativos, como las personas mayores. Si bien no se informa de discriminación directa contra las personas mayores en ningún Estado miembro, la discriminación por omisión es común en virtud de las limitaciones de recursos, la falta de información y de capacitación, el lugar de residencia y entorno de atención, regulaciones demasiado restrictivas para medicamentos, en particular para la morfina y la normalización cultural del sufrimiento⁵ de las personas mayores (Open-ended Working Group on Ageing, 2018).

Sin embargo, se estima que en el mundo solo 7 millones de personas (12,3%) lo recibieron y que la mayoría vive en países de altos ingresos (Clark y otros, 2020). En América Latina se calcula que el 7,6% de la población probablemente recibió cuidados paliativos. Millones de personas que sufren de dolor moderado a severo no tienen acceso a analgésicos opioides fiscalizados. El 50% de la población mundial más pobre recibe menos del 1% de la morfina distribuida en el mundo. En la mayoría de los países, el acceso a la morfina de liberación inmediata para necesidades médicas es prácticamente inexistente, a pesar de ser parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS (OMS, 2021b). Por otro lado, el 10% de la población mundial más rica recibe casi el 90% de la morfina.

Esto refleja la gran disparidad en la capacidad, los recursos y la infraestructura dedicados al cuidado de las personas con enfermedades que limitan la vida. La Comisión Lancet sobre el acceso global a cuidados paliativos y alivio del dolor declara que la desigualdad en el acceso a los cuidados paliativos y analgésicos esenciales es una de las injusticias más crueles y llamativas del mundo (Knau y otros, 2018).

C. Desarrollo de los cuidados paliativos en América Latina

Los cuidados paliativos en América Latina iniciaron en estrecha relación con el manejo del dolor, especialmente impulsados por la campaña de la OMS “Alivio del dolor por cáncer” de 1982. Varios de los programas que ahora son de cuidados paliativos se iniciaron como

⁵ Se agradece a Verónica Dussel por sugerir este concepto.

programas o clínicas de dolor para pacientes con cáncer y posteriormente se fueron ampliando a cuidados paliativos para pacientes con otros diagnósticos y condiciones (Pastrana y otros, 2021b).

En la región hay evidencia de un aumento en el grado de desarrollo de cuidados paliativos, aunque es muy heterogéneo entre países y dentro de cada país (Pastrana y De Lima, 2021). Sin embargo, continúa siendo insuficiente para satisfacer las necesidades crecientes. El modelo de salud pública para el desarrollo de cuidados paliativos propuesto por la OMS (Stjernswärd, Foley y Ferris, 2007) plantea cuatro ejes interrelacionados: política sanitaria, educación, acceso a medicamentos y prestación de servicios. Muchos países no cuentan con un marco legal para cuidados paliativos, por lo que el derecho a estos no está garantizado en la legislación nacional. A la fecha, solo cinco países tienen una ley específica para cuidados paliativos (Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú) y diez reportan un programa nacional (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)) (Pastrana y otros, 2021b).

Solo el 15% de las 687 facultades de medicina en la región ofrecen cuidados paliativos como asignatura independiente y esta proporción es menor para disciplinas afines como enfermería (0,9%), psicología (0,8%) o trabajo social (0,2%). A pesar de que existe una oferta de cursos, diplomados y posgrados en la mayoría de los países, la especialidad de medicina paliativa es reconocida solo en ocho países (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de)) y en la actualidad se cuenta con 35 programas de especialidad (Pastrana y otros, 2021c). Estas cifras demuestran la falta de capacitación en la región, que ha sido identificada como una de las principales barreras para la provisión de cuidados paliativos (Pastrana, Centeno y De Lima, 2015).

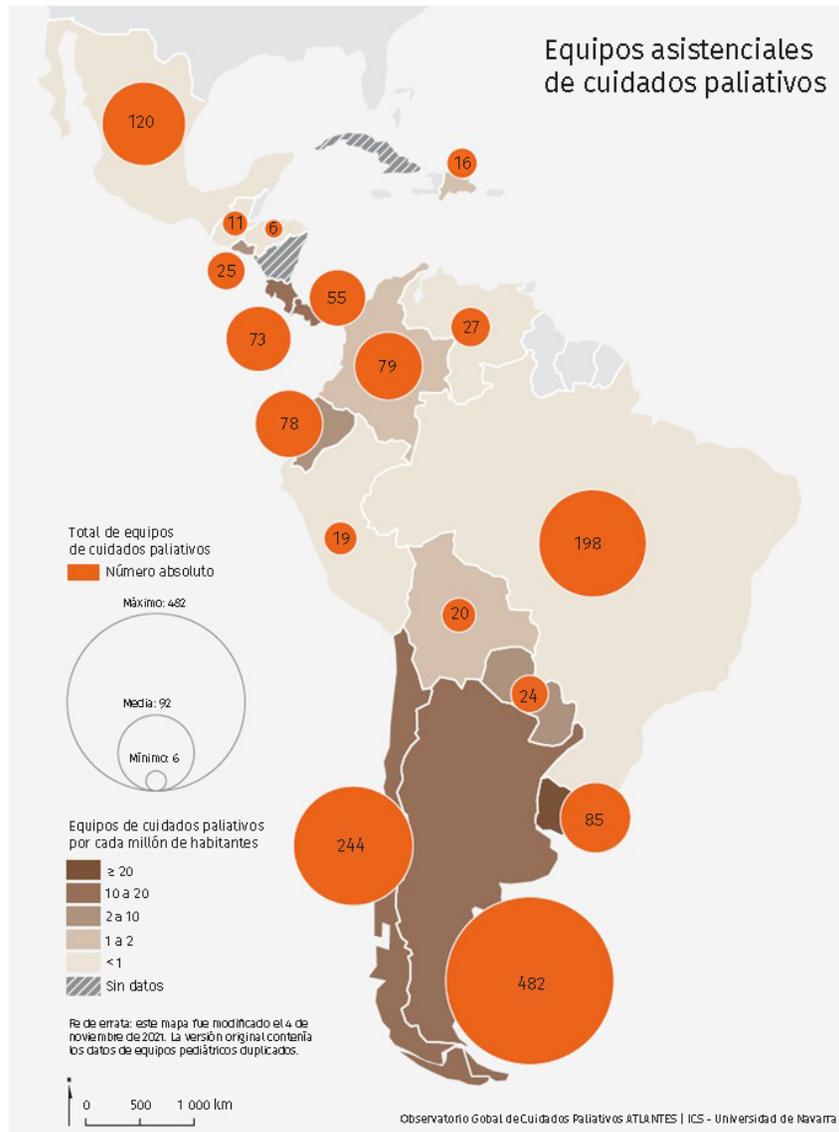
El número de servicios de cuidados paliativos por millón de habitantes ha sido considerado un indicador de desarrollo (Arias y otros, 2019). En 2020 fueron reportados 1562 recursos de cuidados paliativos en la región (equivalentes a 2,5 por millón, pero esta cifra varía de 0,6, en Guatemala y Honduras, a 24,5 por millón de habitantes, en el Uruguay). Seis países registraron menos de un recurso por millón de habitantes. Estos recursos varían en cualificación, constitución y dedicación a la atención paliativa. La mayoría (1.021) son de tipo equipo móvil intrahospitalario (sin un espacio con camas y personal asignado de manera exclusiva). En el ámbito comunitario se identificaron 829 equipos. La Argentina reportó 14 hospicios, por lo que tiene el mayor número de lugares en los que se brinda este modelo de atención. Sin embargo, la mayoría de estos servicios están localizados en grandes ciudades y muchos son específicos para pacientes con cáncer.

El acceso fiscalizado a analgésicos opioides ha sido también considerado como un indicador de desarrollo de alivio del dolor y cuidados paliativos (OMS, 2013). Estos medicamentos forman parte de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales (OMS, 2021b), por lo que no pueden faltar en un sistema de salud y son indispensables para lograr la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La media de distribución de opioides en equivalentes de morfina (DOME)⁶ para los años 2016 a 2018 fue de 7,1 mg per cápita, pero con una variación de 0,3 DOME mg per cápita en la República Bolivariana de Venezuela a 26,6 DOME mg per cápita en Chile (Pastrana y De Lima, 2021). Se estima que esta cifra puede satisfacer la necesidad del 7,6% de la población que la requiere.

⁶ Incluye fentanilo, hidromorfona, metadona, morfina y oxicodona.

Comparado con países ajenos a la región, el consumo de analgésicos opioides para uso médico es muy bajo (UNODC, 2021).

Mapa VII.1
Ubicación y número de equipos asistenciales de cuidados paliativos



Fuente: T. Pastrana y otros, *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*, IAHP Press, 2021b.

Nota: Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

La morfina oral de liberación inmediata se considera el medicamento básico para aliviar el dolor. Sin embargo, en algunos países no existe en el mercado. La disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad varían entre y dentro de los países (De Lima y otros, 2018). Países como la Argentina y Colombia han desarrollado programas nacionales que incrementan la disponibilidad de analgésicos opioides, al tiempo que controlan el uso no médico; pero el acceso continúa siendo limitado (Pastrana y otros, 2021a).

D. Acciones requeridas e instrumentos guía

Diferentes instrumentos globales se abocan a la urgencia de la integración de los cuidados paliativos para toda la población que lo necesita. El objetivo 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es “garantizar que todas las personas tengan cobertura en salud y acceso a medicamentos efectivos”, que necesariamente incluye los cuidados paliativos. En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal, los Estados miembros reconocen que:

“la cobertura universal de salud significa que todas las personas y comunidades pueden usar los servicios de salud promocionales, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos que necesitan, de calidad suficiente para ser efectivos, al tiempo que aseguran que el uso de estos servicios no exponga a individuos y familias a dificultades financieras” (Naciones Unidas, 2019).

La Asamblea Mundial de Salud aprobó en 2014 la resolución mundial sobre cuidados paliativos WHA67.19, en la que insta a la OMS y a los Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como un componente básico de los sistemas de salud y reconoce que:

“es responsabilidad ética de los sistemas de salud proporcionar cuidados paliativos y que los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de aliviar el dolor y el sufrimiento, ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual, independientemente de que la enfermedad o afección se pueda o no curar, y que los cuidados terminales son uno de los componentes esenciales de los cuidados paliativos”.

Dicha resolución ofrece, asimismo, una guía completa para desarrollar un plan/programa nacional de cuidados paliativos.

La Declaración de Astaná de octubre de 2018 incluye los cuidados paliativos, junto con la promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la atención paliativa, en la serie de servicios que deben ser accesibles a todos. Por su parte, y además de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, la Comisión Lancet para el Acceso a los Cuidados Paliativos y Alivio de Dolor desarrolló un paquete esencial, que en 2030 deberá ser universalmente accesible para todos los que lo requieran, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Knaul, Farmer y otros, 2018). Esta lista contiene morfina oral como único opioide. A pesar de que muchos países incluyen estos medicamentos en sus planes básicos, el acceso a ellos aún no es universal (Pastrana y otros, 2021a).

En este sentido, la convención única para fijar el Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (UNGASS, por sus siglas en inglés) celebrada en 2016 introdujo por primera vez recomendaciones operacionales para asegurar la disponibilidad y el acceso a sustancias controladas con fines exclusivamente médicos y científicos e impedir su desviación. Los gobiernos de la mayoría de los países latinoamericanos aprobaron estos acuerdos y muchos han tomado medidas (Naciones Unidas, 2016). Expertos de diferentes países alistaron las acciones requeridas para la integración de cuidados paliativos (véase el recuadro VII.3).

Recuadro VII.3
Acciones requeridas para el avance^a

Para lograr la integración de los cuidados paliativos, los gobiernos deben:

1. Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los cuidados paliativos en las leyes sanitarias, en programas nacionales de salud y en presupuestos nacionales de salud.
2. Asegurar que los planes de seguro integren los cuidados paliativos como un componente de sus programas.
3. Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor y los cuidados paliativos, incluidas las formulaciones pediátricas.
4. Asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud (desde programas de salud comunitarios hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal de salud pueda proporcionar cuidados paliativos básicos y cuenten con equipos especializados disponibles para referencias y consultas.
5. Asegurar el acceso a cuidados paliativos a los grupos vulnerables, incluidos niños y personas mayores.
6. Colaborar con las universidades, la academia y hospitales universitarios para incluir investigación y entrenamiento en cuidados paliativos como un componente integral de educación permanente, incluida la capacitación básica, intermedia y especializada, así como educación continua.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de L. Radbruch y otros, "Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition", *J Pain Symptom Manage*, 60(4), 2020 [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.

^a Traducción de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

E. Recapitulación

Hay una demanda grande y creciente de cuidados paliativos y, a pesar de los esfuerzos, la cobertura para acceder a ellos continúa siendo insuficiente e inequitativa. En la práctica, los países están muy lejos de garantizar que quienes los necesiten tengan acceso a tales servicios. Las barreras más frecuentes son la ausencia de un marco legal que garantice este derecho, la falta de recursos financieros, el insuficiente número de profesionales con entrenamiento en cuidados paliativos, la restricción de cuidados paliativos a pacientes con cáncer, el costo de los servicios y el peor acceso fuera de grandes ciudades (OACNUDH, 2021).

Los cuidados paliativos han sido desatendidos, lo que ha ocasionado gran sufrimiento a la población. Los cuidados paliativos son parte de la agenda global y son un derecho humano, asociado al derecho a la salud. También son un componente clave del sistema de salud y parte de la cobertura sanitaria universal. Los países no pueden darse el lujo de no integrar cuidados paliativos en sus sistemas de salud, ya que sin ellos la atención médica no es universal ni de calidad.

En las pasadas décadas se observó un notorio desarrollo en los estándares de derechos humanos en el contexto de la salud y en específico en cuidados paliativos. Los más importantes han sido el derecho a la salud y el derecho a estar libre de tortura y de tratos inhumanos o degradantes. Importantes instrumentos como la Resolución WHA67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70) y la Resolución sobre los Derechos Humanos para personas de edad (A/HRC/RES/48/3, 2021) apoyan también este derecho. Es necesario desarrollar estrategias integrales y efectivas que involucren educación, provisión de servicios, acceso a medicamentos, bajo una política sanitaria. Para ello, es indispensable involucrar a los diferentes sectores, incluyendo a la comunidad.

Bibliografía

- Agarwal, V y L. Ganesh (2020), "Standards of human rights to palliative care: gaps and trends", *International Journal of Human Rights in Healthcare*, vol. 13, N° 4 [en línea] <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHRH-02-2020-0013/full/html>.
- ACNUDH (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2015), *Estudio sobre las repercusiones del problema mundial de las drogas en el ejercicio de los derechos humanos*, Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Asamblea General (A/HRC/30/65), Consejo de Derechos Humanos, 30° período de sesiones [en línea] <https://digitallibrary.un.org/record/804342> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Arias, N. y otros (2019), "Global Palliative Care and Cross-National Comparison: How is Palliative Care Development Assessed?", *Journal of Palliative Medicine*, vol. 22, N° 5 [en línea] <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0510>.
- Asamblea Mundial de la Salud (2014), *Resolución WHA67.19, Fortalecimiento de los cuidados paliativos como componente de una atención integral durante el curso de la vida* [en línea] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-sp.pdf [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Billings, J. A. (1998), "What is palliative care?", *Journal of Palliative Medicine*, vol. 1, N° 1 [en línea] <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.1998.1.73>.
- Brennan, F. (2007), "Palliative Care as an International Human Right", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, N° 5 [en línea] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392407001558>.
- Clark, D. y otros (2020), "How are palliative care services developing worldwide to address the unmet need for care?", *Global Atlas of Palliative Care*, Londres, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA).
- CESCR (Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales) (2000), *Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (E/C.12/2000/4), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22° período de sesiones [en línea] <https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Comité de los Derechos del Niño (2013), *Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*, Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño (CRC/C/GC15) [en línea] <https://undocs.org/es/CRC/C/GC/15> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2021), *Derechos Humanos para personas de edad*, Naciones Unidas, Asamblea General (A/HRC/RES/48/3), 48° período de sesiones [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/287/82/pdf/G2128782.pdf?OpenElement> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- _____ (2013), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez*, Asamblea General (A/HRC/22/53), Consejo de Derechos Humanos, 22° período de sesiones [en línea] https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a-hrc-22-53_sp.pdf [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (2014), *Recommendation CM/Rec(2014)2* [en línea] https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Davis, M. P. y otros (2015), "Review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses", *Annals of Palliative Medicine*, vol. 4, N° 3 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231807/>.

- De Lima, L. y otros (2018), "Opioid medications in expensive formulations are sold at a lower price than immediate-release morphine in countries throughout the world: third phase of opioid price watch cross-sectional study", *Journal of Palliative Medicine*, vol. 21 [en línea] <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0149>.
- Ezer, T. y otros (2014), "The problem of torture in health care", *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*, American University, Washington College of Law, Center for Human Rights & Humanitarian Law, Anti-Torture Initiative [en línea] <https://ssrn.com/abstract=3904074>.
- Gómez-Batiste, X. y otros (2017), "Principles, definitions and concepts", X. Gómez-Batiste y S. Connor (eds.), *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*, Barcelona, Liberdúplex.
- Knaul, F. M. y otros (2020), "How many adults and children are in need of palliative care worldwide?", S. R. Connor (ed.), *Global Atlas of Palliative Care*, Londres, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA).
- Knaul, F. M. y otros (2018), "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report", *The Lancet*, vol. 391, N° 10128 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>.
- Lohman, D. y J. Amon (2015), "Evaluating a human rights-based advocacy approach to expanding access to pain medicines and palliative care: global advocacy and case studies from India, Kenya, and Ukraine", *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, N° 2 [en línea] https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2015/12/15.Amon_.pdf.
- May, P. y otros (2018), "Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: a meta-analysis", *JAMA Internal Medicine*, vol. 178, N° 6 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29710177/>.
- Naciones Unidas (2019), "Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"", 23 de septiembre [en línea] <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf> [fecha de consulta: 15 de noviembre de 2021].
- _____. (2016), Documento final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas celebrado en 2016, Trigésimo período extraordinario de sesiones, Asamblea General, Nueva York, 19-21 de abril de 2016, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [en línea] <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf> [fecha de consulta: 15 de noviembre de 2021].
- _____. (2009), *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Manfred Nowak, Asamblea General (A/HRC/10/44), Consejo de Derechos Humanos, Séptimo período de sesiones [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/103/15/PDF/G0910315.pdf?OpenElement> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)* [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2021), "Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons", *Working Paper* [en línea] <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/eleventh/OHCHR%20HROP%20working%20paper%2022%20Mar%202021.pdf> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2021a), *Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators*, 2021a [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.
- _____. (2021b), Model List of Essential Medicines [en línea] <https://list.essentialmeds.org/>.
- _____. (2021c), "Palliative care" [en línea] <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- _____. (2018), *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018* [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.

- _____ (2013), Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [en línea] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- _____ (2002), *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd Edition*, Ginebra [en línea] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=B1E1A5E789FDB86E9C54F45D4E98638F?sequence=1>.
- Open-ended Working Group on Ageing (2018), *Analysis and overview of guiding questions on long-term care and palliative care received from Member States, "A" Status National Human Rights Institutions and accredited non-governmental organizations* (Ninth working session) [en línea] https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/OEWGA9_Substantive_Report_LTC_Palliative-Care_DESA.pdf [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2017), *Salud en las Américas* [en línea] <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Pastrana, T. y L. de Lima (2021), "Palliative care in Latin America: Are we making any progress? Assessing Development Over Time Using Macro Indicators", *Journal of Pain and Symptom Management* [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062218/>.
- Pastrana, T., C. Centeno y L. de Lima (2015), "Palliative care in Latin America from the professional perspective: a SWOT analysis", *Journal of Palliative Medicine*, vol. 18, N° 5 [en línea] <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2014.0120>.
- Pastrana, T. y otros (2021a), "How universal is palliative care in Colombia? A health policy and systems analysis", *Journal of Pain and Symptom Management* [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34363955/>.
- _____ (2021b), *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020*, Houston, International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC).
- _____ (2021c), "Palliative medicine specialization in Latin America: A comparative analysis", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 62, N° 5 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33933625/>.
- Philip, J. y otros (2021), "Care plus study: a multi-site implementation of early palliative care in routine practice to improve health outcomes and reduce hospital admissions for people with advanced cancer: a study protocol", *BMC Health Services Research*, vol. 21, N° 1 [en línea] <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06476-3>.
- Radbruch, L., y otros (2020), "Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 60, N° 4 [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
- Sleeman, K. E. y otros (2019), "The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions", *The Lancet Global Health*, vol. 7, N° 7 [en línea] [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30172-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30172-X/fulltext).
- Somerville, M. (1992), "Human rights and medicine: the relief of suffering", F. Colter (ed.), *International human rights law: theory and practice*, Montreal, Canadian Human Rights Foundation Montreal.
- Stjernswärd, J., K. M. Foley y F. D. Ferris (2007), "The public health strategy for palliative care", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, N° 5 [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016>.
- UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) (2021), *World Drug Report 2021: Drug Market Trends: Cannabis Opioids*, Publicación de las Naciones Unidas (Sales No. E.21.XI.8) [en línea] https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf [fecha de consulta: 13 de noviembre de 2021].
- _____ (2016), "Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas celebrado en 2016", trigésimo período extraordinario de sesiones, Asamblea General, Nueva York, 19 al 21 de abril [en línea] <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].

Capítulo VIII

La participación de las personas mayores como estrategia política: entre el reconocimiento y la redistribución

Adriana Rovira¹

Introducción

Desde la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Santiago de Chile, 2003), la región de América Latina y el Caribe (ALC) ha impulsado una agenda de trabajo para el reconocimiento de las personas mayores. Se han suscitado diferentes hitos en este proceso: la Declaración de Brasilia (2007), la Carta de San José de Costa Rica (2012), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (2015).

El rol activo de distintas organizaciones en América Latina y el Caribe ha sido fundamental en el impulso del paradigma de derechos humanos. Esta agenda, además, no sería posible si las propias personas mayores no hubieran dispuesto recursos y trabajo para contribuir en su elaboración. Los estados de bienestar europeos del siglo XX contribuyeron de forma sustancial a la comprensión de las personas mayores como

¹ Licenciada en psicología por la Universidad de la República. Magister en psicología social y doctoranda en psicología por la Universidad de la República. Docente e investigadora de la Universidad de la República.

sujetos de política pública, al igual que fueron clave para incidir en los procesos y agendas de participación de las organizaciones de personas mayores. De la misma forma se debe ponderar en qué medida las acciones emprendidas por los Estados desarrollistas latinoamericanos en el siglo XXI orientaron el reconocimiento de derechos humanos de las personas mayores, colaborando en la construcción de los procesos de participación en nuestra región.

Con este trabajo se pretende aportar en cuatro puntos clave para la comprensión de los procesos de participación de las personas mayores en ALC:

- Los procesos de participación han de ser comprendidos como acciones políticas que deben tener como objetivo la disputa del lugar que las sociedades actuales le dan a las personas mayores, además del reclamo de acceso a bienes y servicios.
- Los derechos humanos como proyecto político en las esferas regional e internacional son una herramienta sustantiva de la cual las personas mayores organizadas pueden echar mano tanto para negociar estándares de protección como para discutir el orden de sentido de la vejez en los marcos actuales del capitalismo neoliberal globalizado.
- Las actuales disputas por el reconocimiento requieren que las personas mayores estén en capacidad de presionar en la búsqueda de acuerdos que las tomen en cuenta en las agendas de gobierno y en los marcos de negociación para el reconocimiento de sus derechos, pero los procesos de discriminación a las que son sometidas producen, a su vez, una violencia simbólica que las devalúa políticamente, exigiendo que aumenten su capacidad de organización y reivindicación para el cumplimiento de sus derechos.
- Los mecanismos de participación presentan un enorme desafío porque a la vez que se da el ingreso de las personas mayores a una agenda específica de derechos humanos que las reconoce como personas y se establecen responsabilidades para los Estados, se incrementa un discurso demográfico catastrófico (Robertson, 1990; Gee, 2002) respecto del problema del envejecimiento en tanto que hay una población creciente que requiere de distintos servicios sociales.

A. El rol de las políticas estatales en la construcción de identidad de las personas mayores en las agendas de participación

Las personas mayores han ido constituyéndose a partir de la edad como una categoría social desde la que se articulan características comunes de relevancia social. La edad como identificación en la vejez establece lógicas de opresión, desigualdad y discriminación como otras categorías lo hacen con otros grupos llamados minorías (aunque no lo sean), que al igual que las personas mayores requieren el reconocimiento de sus derechos específicos.

Para Harvey (2014), la historia del capitalismo está intensamente racializada y generizada y se podría agregar que ha incorporado la edad como otro factor determinante de discriminación, en función del cual las personas mayores ocupan un lugar biológicamente inferior con respecto a otros grupos de población (Petryna, 2016; Fassin, 2018). Si bien la vejez

como categoría abstracta, anclada en un concepto de edad, tiene diferencias en la manera en que se organiza sobre la vida de las personas de acuerdo con sus cursos de vida y relaciones estructurales, es una categoría que clara y manifiestamente le asigna un lugar de inferioridad en la distribución de poder en la sociedad. Desde 1991, las Naciones Unidas reconocieron, en los Principios a favor de las personas de edad, que la edad es una de las principales variables que producen situaciones de exclusión social. Así, se ha apostado por el desarrollo de una sociedad para todas las edades en la que las personas mayores puedan mantener su participación.

La edad debe ser comprendida como una categoría social de pertenencia, pero que, a su vez, genera identidades subordinadas desde procesos de exclusión y discriminación que ubican el envejecimiento como una etapa de decadencia. Estos procesos de discriminación y desigualdad simbólica son producciones de sentido que capturan los procesos de envejecimiento de las personas y restringen, mediante distintos dispositivos de poder, las posibilidades de estas como interlocutores políticos que en el campo social disputan lógicas de reconocimiento. Es fundamental tener en cuenta que las actuales disputas por el reconocimiento requieren que las personas mayores, a través de distintos mecanismos de participación, puedan presionar en la búsqueda de acuerdos que las tomen en cuenta en las agendas de gobierno y en los marcos de negociación para el reconocimiento de sus derechos. Esta tarea no siempre es sencilla si se consideran las formas de discriminación a las que son sometidas.

La discriminación, además de violatoria de derechos en un plano efectivo, produce una violencia simbólica que devalúa políticamente a las personas en la vejez, lo que supone la exigencia de aumentar su capacidad de organización y reivindicación para el cumplimiento de sus derechos.

“La intolerancia hacia el diferente, el transformar al diferente en peligroso, inferior o enfermo, forma parte de uno de los problemas centrales de toda formación social: producir y reproducir incesantemente las condiciones que la hagan posible. Para ello uno de sus puntos estratégicos es lograr que la discriminación de grupos e individuos, el reparto desigual del poder, la riqueza y los bienes simbólicos y eróticos parezca natural. La naturalización de la injusticia no es un proceso espontáneo; muy por el contrario, hay que producirlo. En esta producción de naturalidad la formación de consenso juega un papel decisivo, de lo contrario el orden de los subordinados sólo podría mantenerse represivamente... Para sostener tan particular ordenamiento, las instituciones combinan y alternan estrategias y dispositivos de violencia represiva y violencia simbólica. Los procesos de violencia simbólica o apropiación de sentido se construyen en las mismas instituciones por las que circulan los discriminados, en posiciones desventajosas. Es a través de ellas que se les impone la arbitrariedad cultural de su inferioridad mediante múltiples discursos y mitos sociales, y explicaciones religiosas y científicas” (Fernández, 1993, págs. 114-115).

Es notorio que la vejez se reconoce como un logro para la humanidad, pero se ha acompañado de una visión deficitaria que es utilizada permanentemente para interpelar el lugar de las personas mayores en nuestras sociedades contemporáneas. El aumento del envejecimiento demográfico y la naturaleza cambiante de los discursos políticos sobre esta gran transformación social suponen nuevos desafíos para las acciones de participación de las personas mayores (Walker, 2015).

En paralelo, para su valoración, la vejez como categoría abstracta depende de lo exitoso, saludable y activo que sea el envejecimiento, ya que si se presenta en condiciones de deterioro y desigualdad es observada como problemática y asociada a una presión económica para los Estados. La comprensión de la vejez en el escenario actual que traslada la gestión y los costos asociados del proceso vital a una responsabilidad individual niega la noción de responsabilidad compartida (Standing, 2011), además de ocultar la crisis de las instituciones que históricamente habían sido las responsables de resolver el bienestar social: el Estado Nación, el empleo y la familia. El resquebrajamiento de estas instituciones a partir de las décadas de 1970 y 1980 (Torres, 2013), con la organización del capitalismo neoliberal, ha afectado de modo directo la valoración de las responsabilidades colectivas en la administración de los elementos de justicia social en general (Sandel, 2020; Fassin, 2018; Harvey, 2014) y en particular para las personas mayores (Moya, 2013; Walker, 2015).

“Preguntarse por el envejecimiento como una consecuencia perversa del proyecto moderno, es tensionar el fenómeno y posicionarlo como una nueva anomalía social. Anomalía, en tanto fenómeno a nivel demográfico cuyas consecuencias, dimensionadas esencialmente por los expertos de las diversas áreas del conocimiento, estarían asociadas a la inestabilidad social y a la merma económica de los Estados. Paradojalmente, dichas descripciones son homólogas a las realizadas a partir de la década del 60 respecto del *baby boom*, fenómeno que se encuentra estrechamente relacionado con la actual situación de envejecimiento” (Moya, 2013, pág. 4).

El destino de las personas mayores como una población de interés público y la negociación de los procesos de reconocimiento y reivindicación social han estado imbricados directamente con el rol moderno de los Estados Nación y las políticas públicas de empleo. Las acciones llevadas adelante desde distintas políticas públicas, fundamentalmente en lo relativo a los sistemas sanitarios y la administración de los sistemas de pensiones y prestaciones económicas, en la Europa posterior a la Segunda Guerra Mundial, en el marco del estado de bienestar, fueron clave en este sentido, así como en el posterior reconocimiento para la redistribución (Fraser, 2006) de las personas mayores en el ámbito de la justicia social. Si bien los países de ALC nunca alcanzaron el nivel de cobertura de los estados de bienestar europeos, en el marco de los Estados desarrollistas y la llamada tercera ola democrática este operó como un horizonte político aspiracional respecto de las personas mayores (Draibe y Riesco, 2009).

Las personas mayores, como grupo específico de población surgido como un efecto impensado del proyecto modernizador de los Estados Nación en el que las acciones biopolíticas de gestión de la vida buscaban mejorarla, pero que también lograron extenderla (Moya, 2013), veían cada vez con más frecuencia la discusión por la responsabilidad de los Estados de responder a estándares de dignidad y protección de sus derechos.

“El envejecimiento de la población es el resultado de una serie de variables vinculadas a las mejoras sanitarias, cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres y políticas dirigidas al manejo y cuidado de la población. En efecto, el eco en Latinoamérica del tránsito de lo privado a la esfera pública, graficado principalmente en el rol activo del Estado mediante el desarrollo de la higiene pública que experimentó Europa a fines del siglo XVIII... no se materializó en América Latina hasta fines del siglo XIX” (Moya, 2013, pág. 4).

Según Walker (2015), esta relación tan estrecha entre las personas mayores y las políticas de reconocimiento de los estados de bienestar tuvo efectos positivos y negativos. Entre los positivos está la mejora de la calidad de vida de este grupo humano; pero, desde un lugar menos favorecedor, también colaboró a fomentar una visión dependiente y estereotipada (Walker, 2015; Binstock, 2006).

Esta estrecha relación entre personas mayores y estado de bienestar ha posicionado una agenda de disputa en el campo político. La participación se fue organizando desde los movimientos sindicales de jubilados posicionando en el siglo XX, casi de forma exclusiva, un único tema de lucha en las acciones de participación y reivindicación social. Así como los sistemas de pensiones y jubilaciones tuvieron un papel central en los esquemas de bienestar social, también marcaron el perfil y las agendas de participación de las personas mayores en Europa, lo que generó un tipo de representación a través de organizaciones de tipo social (Andrews, 2017), aunque este esquema tuvo diferencias para los Estados Unidos (Béland y Viriot Durandal, 2003) y América Latina y el Caribe (Fassio, 2012; Gascón, 2005).

Béland y Viriot Durandal (2003) señalan que las experiencias de participación de las organizaciones sociales de personas mayores tienen una estrecha relación con la forma en que el vínculo con el poder público y los marcos de intervención de las políticas estatales están dados. Como ejemplo analizan el pluralismo más marcado en las experiencias e intereses de participación de las personas mayores en los Estados Unidos, a diferencia de Francia, donde las áreas de participación han estado enfocadas históricamente casi con exclusividad en los sistemas de pensiones.

Si bien en los países del Cono Sur de América Latina hay una marcada impronta de las organizaciones de jubilados y pensionistas que tienen una agenda de reivindicación en los sistemas de protección social, existe más diversidad en los tipos y formas de participación de las personas mayores (Fassio, 2012; Gascón, 2005; Arias, Gamez y Lecot, 2016), lo que marca, asimismo, otras áreas de dificultad con la política pública. En general, los movimientos sociales en la región se originaron en el contexto de grandes desigualdades económicas y conflictos sociopolíticos, lo que dio lugar a una mayor amplitud de intereses de lucha social (Mayorga Rojel y Del Valle Roja, 2010).

Del mismo modo, dicha impronta es notoria para las personas mayores. Por ejemplo, el Movimiento de Madres y Abuelas de Plaza de Mayo en la Argentina, los movimientos pastorales religiosos con fines filantrópicos en toda la región, los Consejos Federales en la Argentina, el Foro de Personas Mayores en el Brasil y la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores en el Uruguay son parte de las diferencias marcadas por un contexto social y político más cambiante e inestable que el europeo en lo social (Miranda Delgado y Solano Bullón, 2019).

Según Binstock (2006), la construcción social de las personas mayores en Europa, basada en el nexo de los procesos de participación política con los sistemas de pensiones, fue heredada de los sistemas de bienestar en los que la persona pasaba a intercambiar salarios por prestaciones de jubilaciones o pensiones. Para Walker (2015), este retiro de la vida jubilatoria fue clave en el desalojo de otras áreas públicas de la vida y lo político en las personas mayores. Teniendo en cuenta, además, que las agendas de participación quedaron colocadas y orbitando las reivindicaciones de los sistemas de pensiones, estas configuraron determinadas improntas e identidades de las personas mayores como sujetos políticos.

“Otros factores también operaron para reforzar estos estereotipos de pasividad. Por ejemplo, la edad era menos significativa de lo que es hoy: había menos personas mayores; eran menos saludables; y la jubilación actuó como un eficiente trabajo regular para forzar la salida. Además, en términos políticos, la vejez era menos destacada porque aún no era percibida como una amenaza económica y, en todo caso, la atención de los Estados en muchos países desarrollados se dirigió a reconstruir sus infraestructuras físicas después de la Segunda Guerra Mundial y a la construcción de las principales instituciones de la sociedad moderna, incluyendo el estado de bienestar” (Walker, 2015).

Así, asuntos de interés inherentes a otro número importante de temas que afectan los derechos y la dignidad de las personas mayores quedaron ubicados en la esfera privada, sin lograr un tratamiento en el interés público. En esa dinámica, otras posibles áreas de reivindicación en cuanto al envejecimiento han sido asociadas a aspectos vinculados mayormente con el orden de lo doméstico, consideradas como apolíticas, determinadas por el orden de organización de las categorías que ingresan a lo público-político, dando lugar a una división entre lo que es político y lo que no lo es (Arendt, 2005; Fraser, 2006).

Las personas son organizadas en el ámbito de lo público a partir del pasaje por instituciones, prácticas y discursos sociales. El mundo social es una construcción basada en significados que se establecen en marcos de relaciones, en los que la realidad social es un producto en permanente construcción (Garay, Íñiguez y Martínez, 2005). El problema de la constitución de sujetos políticos en la vejez tiene que ver con la manera en que se reflexiona críticamente acerca de la participación de las personas mayores en el espacio público y las dificultades y potencialidades que estas se encuentran en el camino, teniendo en cuenta la tensión de construir participación política en agendas tan orientadas restrictivamente desde las acciones del Estado.

En los últimos años, y por un esfuerzo directo de las propias personas mayores de la región, se han incorporado otros temas en las agendas públicas. La negociación del paradigma de los derechos humanos a partir de la implementación de la Agenda 2030² y la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) han sido centrales para que las personas mayores vayan encontrando nuevos procesos de negociación en dimensiones más integrales respecto de temas que les conciernen, pero fundamentalmente para que tomen protagonismo en el reclamo del derecho a formar parte de una sociedad que muestra cada vez más tensiones políticas en la comprensión y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos con autodeterminación.

El debate político en torno a la discriminación de la vejez y la actual discusión acerca de la distribución de los recursos públicos hacia las personas mayores están asociados. La lucha por romper estigmas y estereotipos del envejecimiento es también fuente de fuertes discusiones por recursos y el acceso a la justicia social. Fraser (1997) sostiene que la reivindicación por el reconocimiento y la redistribución económica debe ser resuelta, pues “no puede haber redistribución sin reconocimiento ni reconocimiento sin redistribución”.

² Véase más sobre la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe, “¿Qué es y qué contiene la Plataforma Regional del Conocimiento sobre la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe?”, Plataforma Regional de Conocimiento [en línea] agenda2030lac.org.

Un sujeto político requiere un proceso de autocomprensión en relación con los otros (Buchheim, 1985). En este sentido, para Fraser (2008), es necesario inaugurar una nueva noción de esfera pública inclusiva de distintas luchas de reivindicación y emancipación. Es la relación política lo que hace posible concebir al sujeto político; esto significa que no hay un sujeto anterior a la política. No basta estar rodeado de otros ni la voluntad del sujeto de construirse a sí mismo en una dinámica relacional; para la constitución de un sujeto político se requiere una ruptura con el orden social (Ranciére, 1996). “La relación que se mantiene entre sujeto y sociedad es crítica: el sujeto es argumentador, expresa lo común y lo no común, se da en el juego completo de las identidades y las alteridades implicadas en la negociación” (Ranciére, 1996, pág. 80).

B. Transformaciones políticas, sociales y económicas actuales en las agendas de participación de las personas mayores

Teniendo en cuenta que la agenda de participación de las personas mayores ha estado nutrida, organizada y orientada desde las políticas de redistribución llevadas adelante por los Estados de bienestar europeos y que esta impronta ha incidido activamente en América Latina y el Caribe (Amadasi, 2015) a pesar de los procesos políticos y sociales propios de la región, cabría preguntarse ¿cómo influyen las transformaciones de los enfoques de políticas públicas y las nuevas políticas de reconocimiento en las agendas de participación de las personas mayores? y ¿cuáles son los fundamentos de legitimidad que las personas mayores hacen valer en las estrategias de participación?

Para Fassin (2013), las políticas de reconocimiento que se articulan con la distribución de recursos “presentan un doble proceso de subjetivación y sujeción, dicho de otra manera, de construcción de sí y de sumisión al Estado” (pág. 70). Esto comporta una tensión permanente para las personas mayores que luchan por la consideración de distintas situaciones que estructuran la producción de condiciones de existencia en la vejez, a la vez que deben separar las construcciones de identidades políticas, igualmente en lucha y tensión con el espacio de intervención de los Estados.

En las actuales sociedades capitalistas, la vejez está en un proceso de evaluación profunda de su valoración y utilidad social (MacNicol, 2006; Walker, 2015). Es desde estos marcos de interpelación que las personas mayores deben organizar sus prácticas de lucha política, que no necesariamente les implica un reconocimiento como sujetos políticos. Los cambios sociales, políticos, económicos y de gobernanza en el mundo a partir del neoliberalismo ubican esta lucha tanto en lógicas de redistribución como de reconocimiento, lo que presenta, en principio, tres dimensiones de análisis:

Las acciones de participación que realizan las personas mayores en las sociedades contemporáneas ¿son reivindicaciones redistributivas que plantean elementos de reparto más justo de los recursos o son reivindicaciones de reconocimiento mediante las cuales buscan no ser excluidas ni discriminadas en un plano más social e identitario? (Fraser, 2008). ¿Cómo se construyen las identidades políticas en la vejez? Las personas mayores presentan distintas situaciones en lo relativo a la protección de derechos y lugares políticos en la sociedad. Además, la edad determinará identidades sociales organizadas en características específicas (Iacub, 2011). ¿La participación de las personas mayores puede ser pensada también como una acción política que busca problematizar e interpelar los criterios sociales que definen la vejez?

La participación de las personas mayores está dispersa en distintas agendas, e implica que esté direccionada, muchas veces, a intereses alejados de los derechos específicos de reivindicación de las personas mayores, vinculados a temas como conflicto de género, ecología, origen étnico racial, vivienda, diversidad sexual, derechos de los trabajadores, entre otros. Teniendo en cuenta que estos distintos temas que conforman las agendas de justicia social afectan de manera muy específica a las personas mayores, ¿es posible articular o transversalizar los derechos de las personas mayores con las distintas reivindicaciones de reconocimiento y redistribución?

La política económica del envejecimiento sufrió un cambio radical con las reformas que se iniciaron en Europa a finales de los setenta e inicios de los ochenta (Phillipson, 2010) impulsadas por un contexto en crisis a causa del aumento del precio mundial del petróleo, la caída del crecimiento económico y el aumento simultáneo del desempleo y la inflación (Glyn y Sutcliffe, 1976, cit. en Phillipson, 2010). El colapso ocurrido en esos años dio origen a un fuerte debate acerca de los estados de bienestar y, fundamentalmente, los beneficios de la seguridad social para las personas mayores, lo que generó un discurso sobre la vejez de carga para las cuentas públicas (Walker, 1999).

Estos cambios produjeron también una transformación política de algunos enfoques relativos al envejecimiento, relacionando el impacto de las estructuras sociales y los elementos de conflicto social en transformaciones globales en el modelo económico del capitalismo mundial para pensar la situación de las personas mayores. El capitalismo inició nuevos marcos de regulación y administración del capital (Harvey, 2014)³ y se dieron nuevos procesos de cambio en el rol de los Estados Nación como proveedores de bienestar social.

Este capitalismo neoliberal también produjo un cambio sustancial en los mecanismos de valoración de las personas, en los que se profundiza el valor de uso y de intercambio ya heredado del capitalismo industrial. Esto, para Harvey, es fundamental en la lógica del capital: “El intercambio de valores de uso entre individuos, organizaciones (como las empresas y corporaciones) y grupos sociales es evidentemente importante en cualquier orden social complejo caracterizado por intrincadas divisiones del trabajo y amplias redes comerciales” (Harvey, 2014, pág. 39).

Así, se daría lugar a un proceso de interpelación del grupo de personas mayores cimentado en su aumento demográfico y la presión por los recursos que esto conlleva, además de un escrutinio moral por la utilidad del envejecimiento en el actual desarrollo del capitalismo neoliberal globalizado. Las personas mayores requieren servicios y recursos públicos, pero el debate actual inicia un proceso de interrogación sobre la utilidad de las personas mayores para las estructuras de desarrollo actuales. Las personas mayores, a la vez que libran una lucha social por sostener derechos que parecían consagrados en el marco de la redistribución social, deben recorrer el camino del reconocimiento, convencer que tienen lugar en la sociedad, junto a otros grupos oprimidos.

La participación social actual de las personas mayores requiere que sea política, puesto que lo que está en disputa es la producción de sentido y comprensión de la vejez y el envejecimiento, no solo el acceso a bienes y servicios. Este cambio es fundamental

³ “Por capitalismo entiendo cualquier sistema social en el que predominan de forma hegemónica los procesos de circulación y acumulación del capital a la hora de proporcionar y configurar las bases materiales, sociales e intelectuales para la vida en común” (Harvey, 2014, pág. 20).

porque antes de la instalación plena del capitalismo neoliberal en el mundo no había una interpelación tan fuerte al lugar y el reconocimiento de las personas mayores como un grupo de población que debía ser incorporado en las agendas de justicia social.

El capitalismo neoliberal sustenta improntas más individuales de respuesta a necesidades sociales; se requiere, por lo tanto, que las personas mayores den pelea por la producción política de la vejez, y no solo por el acceso a bases de bienestar social. Esto precisa un tipo de participación con un mejor acceso a la información, que les permita dar continuidad a una agenda dispersa en el ámbito de lo público, además de una movilización de recursos para sostener los espacios de participación, a la vez que intentan sobrevivir con escasos ingresos, limitados servicios públicos e inestabilidades democráticas.

C. Las personas mayores por una lógica de reconocimiento

La forma de pensar el envejecimiento y la vejez asociada al curso de vida de las personas parte de dos paradigmas que han orientado distintos desarrollos teóricos y de intervención desde mediados del siglo XX: la teoría de la actividad de Havighurst (1963) y la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (1961, revisada en Robledo y Orejuela, 2020). Estas teorías han organizado conceptualmente la forma de comprender y pensar el lugar social de las personas mayores. El lugar de la vejez ha estado jalonado entre una visión deficitaria y otra visión más positiva, aunque por momentos la teoría de la actividad ha sido interpretada exclusivamente desde un lugar económico o físico (Boudiny y Mortelmans, 2011; Villar, 2012; Serrat, 2015).

“La situación de la vejez, en relación con los usos del poder, ha sido variable en la historia occidental, encontrándose momentos históricos de alta valoración e incluso de gerontocracias y etapas de crítica, denigración y negación de la misma. Sus variaciones pueden leerse en clave de culturas, momentos históricos, cambios de poder, tipos de economías, etcétera. En la actualidad encontramos valoraciones múltiples aun cuando existan parámetros preeminentes. La representación del envejecimiento se encuentra fuertemente negativizada, y se asocia a una visión biológica de decrecimiento que reduce una perspectiva más amplia y compleja acerca de la identidad de los adultos mayores y con pocos valores positivos que la cualifiquen” (Iacub y Arias, 2010, pág. 26).

Pensar la vejez en términos de utilidad bajo el paradigma de envejecimiento activo ha planteado distintos niveles de crítica (Villar, 2012), pero este también ha permeado en las lógicas de participación social de las personas mayores entendiendo, en muchas ocasiones, que participar es una actividad en sí misma, alejada de una dimensión más política en el marco de los procesos de lucha por el reconocimiento y la redistribución.

El capitalismo global orientado al mercado establece acuerdos sobre el valor de la vida dependiendo de la utilidad de esta (Harvey, 2014; Deutscher, 2019; Sandel, 2021), lo que ha profundizado las dificultades para el reconocimiento de las personas mayores. Hay dos lógicas que en la actualidad organizan el valor de la vida: la productiva (Harvey, 2014; Sandel, 2021) y la reproductiva (Edelman, 2014; Deutscher, 2019).

La vida valiosa es la que puede aportar al capital o la que produce vida para ser explotada por el capital, es la que se deriva en una contribución sostenida al desarrollo, motivada por la industrialización y la innovación tecnológica, que encuentran sin valor

algunas vidas por el bajo reconocimiento de sus conocimientos. De tal modo, en muchos casos, la situación –así como el lugar– social de las personas mayores “resulta devaluada e irrelevante para el proceso productivo” (Dowd, 1980, cit. en Kehl y Fernández, 2001, pág. 132).

“Al centrarse en la construcción social de la vejez a través de la exclusión del trabajo asalariado, este enfoque enfatiza la naturaleza relativa del fenómeno de la tercera edad. Pues en la medida en que la frontera entre la edad intermedia y la tercera edad se fija en torno a la retirada del mercado de trabajo, y éste a su vez es el producto de juicios sociopolíticos, la tercera edad se muestra como una categoría socialmente construida, producto de las estructuras sociales del capitalismo avanzado, más que como una aclaración de las capacidades naturales relacionadas con la edad, y sujeta al cambio en relación con las variantes circunstancias económicas y sociales, lo mismo que otros productos” (Delgado, 2007).

Respecto al valor reproductivo de la vida, Edelman (2014) y Deutscher (2019) trabajan la noción de “futurismo reproductivo” a partir de la imposición social de una figura heteronormativa de la fecundidad y la reproducción, en la que el valor de la vida estaría dado por la capacidad de producir otra vida. Edelman (2014) examina, con base en la “subjetividad *queer*”, un tipo de vida que no presenta la futuridad como condición. Esta subjetividad no está al servicio de la reproducción humana, al menos en sentido normativo. Dichas nociones son abordadas a partir de la discusión de identidades abyectas que escapan a las lógicas reproductivas que permiten la supervivencia de lo humano. En los planteamientos de Edelman (2014) y Deutscher (2019) hay un excelente marco para pensar la vejez y la representación de las personas mayores tomando como referencia el futurismo reproductivo.

Se presenta un doble juego en la operación social actual de sustracción del valor de la vida para las personas mayores, en el que hay una representación de que las personas mayores ya dieron lo que tenían para dar en la sociedad. El compromiso de reconocimiento es más de tipo moral colectivo como personas humanas que tienen derechos, pero en la actualidad no hay un valor asociado desde las lógicas capitalistas que haga posible ubicar la importancia de las personas mayores vinculado al nexo de futuridad. Sus cuerpos ya no pueden reproducir vida, a pesar de que hay cuerpos que pueden reproducirse en la vejez. Pero hay, en los procesos de desertización social del cuerpo viejo y de negación de la productividad de la vida vieja, la sustracción de la condición de futuridad. Se establece también un fenómeno de destierro de la posibilidad reproductiva de la vida y de aporte al desarrollo.

Si el sentido de la vida está dado por el capitalismo (Harvey, 2014), ese sentido está en la posibilidad biológica de producir o de reproducirse (Edelman, 2014; Deutscher, 2019). La vejez, como condición representada negativamente, desaloja los cuerpos para ambas posibilidades. Las personas mayores no son subjetividades *queer* en un sentido estricto, como en la teoría de Edelman (2014), pero, al igual que aquellas, no contribuyen a la supervivencia biológica humana como expectativa normativa; quizás lo hicieron, pero no lo hacen más. ¿Cómo, entonces, las personas mayores desde los procesos de participación pueden ubicar lógicas de reconocimiento cuando lo que da valor a la vida les ha sido sustraído?

D. La identidad política, clave en los procesos de participación por el reconocimiento y la redistribución

Según Villar (2012), la participación de las personas mayores es difícil de estimar, ya que hay distintos conceptos e indicadores para medirla y dicha estimación exige el involucramiento activo de las propias personas mayores en la construcción de la información (Fernández Ballesteros, 2011). Además, suele estudiarse preferentemente el tipo de participación destinada al voluntariado (Villar, 2012).

Para América Latina, los datos de la encuesta SABE, una encuesta multicéntrica que marcó un hito en la región (CEPAL, 2003), muestran que la tendencia mayoritaria de participación es en actividades de voluntariado. Quienes más participan son mujeres con un nivel educativo y socioeconómico medio, buen estado de salud, en un promedio entre un 23% y 10% del total de personas mayores, que varía mucho entre los países encuestados (CEPAL, 2003). Lo importante es entender que si bien la participación e implicación social son comprendidas como un fuerte factor que incide en la valoración de la calidad de vida en la vejez (Rowe y Khan, 1987; Aldwin y Gilmer, 2006; Fernández Ballesteros, 2011), es necesario que se comience a identificar como acción política clave para el acceso a derechos, reconocimiento y justicia social de las personas mayores.

La condición social cuestionada de las personas mayores en su valor y utilidad en los marcos del capitalismo actual requiere procesos de participación que establezcan una lucha por la producción de sentido por el reconocimiento y la redistribución. No sería cualquier participación social, sino una participación política, que es aquella que está dispuesta a influir en los procesos de toma de decisiones (Serrat, 2015). La participación política busca influir sobre las bases de la sociedad.

La identidad política se constituye a lo largo del curso de vida en relación con distintas posiciones como sujetos (Mouffe, 1999), que se van ordenando de acuerdo con numerosas relaciones sociales donde existen distintas situaciones de dominación y resistencia. Así, las personas construirán su identidad política en función de diferentes marcos de intereses, los cuales no se abandonan en la vejez. Incluso, en muchas ocasiones no encuentran articulación con agendas más específicas que militan las personas mayores. No hay identidad política adquirida de modo permanente; hay, más bien, vínculos entre posiciones que se fijan parcialmente a puntos nodales (Mouffe, 1999). Esto parece constituir un problema para transformar esas posiciones en puntos de interés en el campo de la vejez.

Las posiciones de las personas mayores en los marcos de participación no solo están más cerca o alejadas de los puntos de interés que tienen visibilidad de lucha y motivan la participación, sino que también los intereses a veces están más cerca o más alejados de un núcleo temático hegemónico que opera como motor de la reivindicación social. Por ejemplo, como se mencionó al inicio, la lucha por ingresos a través de los sistemas de pensiones opera como un núcleo central que organiza los procesos de participación de las personas mayores, mientras temas como la violencia basada en género y la interculturalidad están más hacia el borde, menos visibles, por lo que se requiere mayor esfuerzo para incluirlos en agendas públicas y para movilizar a personas que defienden estos intereses.

Pero hay otro punto de tensión. Algunas de las personas mayores que participan lo hacen, a su vez, en agendas que no visualizan ni incorporan los derechos de las personas mayores específicamente, ni ellas se autoidentifican como personas mayores, por lo que tampoco tratarán de incluir transversalmente el tema del envejecimiento y la vejez en estas agendas más generales. Otro factor problemático acerca de la participación consiste en que los marcos de intervención de política pública organizados por el Estado disputan un orden de sentido referido a las subjetividades de las personas viejas (Berriel, Pica y Zunino, 2017). Estas formas de comprender las subjetividades de las personas mayores pueden oponer resistencia a la constitución del sujeto político propiamente dicho, así como generar espacios de discriminación y exclusión (Berriel, Pica y Zunino, 2017) que afecten la habilitación y promoción de la participación de las personas mayores.

La actual visibilidad de los derechos humanos ofrece una oportunidad para colaborar en el proceso de constitución de subjetividades políticas, ya que su retórica puede ubicar una lucha en el campo de lo público sobre ciertas connotaciones hegemónicas. Sin embargo, el reciente ingreso de las personas mayores en la agenda de los derechos humanos se ha organizado en un discurso político-técnico. El discurso de derechos humanos posee un contenido de intertextualidad (Estévez, 2007), una dinámica dual, un discurso empoderador, pero también un discurso de dominación (Douzinas, 2000).

La capacidad de empoderamiento puede ser útil para la constitución de identidades políticas, pero el discurso de derechos humanos es también un saber experto, una episteme (Estévez, 2007) que normaliza y legitima nociones universales. Esta episteme, según Ariadna Estévez, no deja de ser un vehículo de poder que construye al sujeto de dos formas: “el que está sujeto por el control y la dependencia de otro; y el sujeto a la propia identidad por las prácticas y el conocimiento” (Foucault, 1988, cit. en Estévez, 2007). Pero la intertextualidad del discurso de derechos humanos también puede ser reinterpretado por los actores sociales, constituyéndose en una posibilidad para construir nuevas demandas sociales (Estévez, 2007) y vincular a la lucha social nuevos puntos de intereses más alejados del centro hegemónico de temas.

“Los derechos humanos pueden lograr la articulación de una gran diversidad de identidades, entre otras cosas, porque no implica sacrificar la identidad cultural o política de los sujetos sociales y propone conceptos que apelan a muchas de ellas, por ejemplo, unirse en torno al derecho a la alimentación o al desarrollo no va contra la identidad de género o la indígena, y ofrece categorías de análisis identitario o estructural” (Estévez, 2007).

¿Cómo se constituye, entonces, un sujeto político? Se podría pensar que en el marco de la construcción de una subjetividad política hay una ruta que se recorre, un proceso a modo de travesía que organiza el camino que dará lugar a una participación política. La política no es un campo cerrado y constante y, en un sentido aristotélico, es aquella orientada hacia un fin que permanentemente es intervenida por lo político. La política no solo produce un resultado dentro del marco de relaciones existentes, también cambia el marco que determina el funcionamiento de las cosas (Martínez y Cubide, 2012). Lo político, por otro lado, es un espacio de construcción del mundo común, entendido este como la búsqueda de posicionamiento de diversos sujetos en un orden de sentido. El sujeto político irrumpe en el espacio público constituido y busca disputar un orden de sentido en ese ámbito de lo público, disputa lo político como bien común.

No siempre se logra resignificar o generar una subjetividad política. Como ejercicio de argumentación, la política crea un nuevo orden discursivo que antes no existía; es la búsqueda de un cambio de sentido, un cambio de comprensión del mundo. Un sujeto político o, más bien, subjetividades políticas que presentan un descentramiento con relación a lo estable.

“Por subjetivación se entenderá la producción mediante una serie de actos de una instancia y una capacidad de enunciación que me eran identificables en un campo de experiencia dado, cuya identificación, por lo tanto, corre pareja con la nueva representación del campo de la experiencia” (Ranciére, 1996, pág. 52).

Según Arias, González y Hernández (2009), las subjetividades políticas se ordenan con base en tres dimensiones, que no siguen un orden secuencial, sino un proceso dialéctico:

- Conocimiento de la realidad: el sujeto político construye un posicionamiento interpretativo sobre el mundo y sobre sí mismo. Esto podría denominarse toma de conciencia (Montero, 2004), en la que la persona realiza un proceso de reflexión sobre las relaciones sociales en las que está implicado.
- Toma de posición: ante el conocimiento del orden social en el que se encuentra ubicado, el sujeto asume una posición o múltiples posiciones como sujeto político (Mouffe, 1999); ubica un orden de reivindicación y cuestionamiento sobre una producción de sentido.

Acción política: la toma de posición y los procesos interpretativos sobre la realidad son puestos en la escena pública. De alguna manera, un sujeto político, en el campo del envejecimiento, debe asumir primeramente el reconocimiento de su lugar en el campo social y el lugar de la vejez en la valoración colectiva para, a partir de allí, organizar un orden de ruptura con esas valoraciones sociales técnico-políticas, técnico-científicas, público-estatales, o sea, rearticular las identidades políticas (Laclau y Mouffe, 2014); a la vez, articular un orden de interés político inscrito en el curso de vida que puede ser previo a la vejez.

Las personas mayores tienen que sortear distintos elementos de tensión de orden político-subjetivo para configurar identidades políticas i) si ya tienen un ejercicio de participación política a lo largo de su curso de vida, articular el campo del envejecimiento y la vejez como lucha política en relación con otros órdenes de interés; ii) afrontar una disputa por discursos organizados desde el entramado institucional público que desaloja a las personas viejas de su capacidad política, y iii) sortear una producción de sentido devaluada e interpelada constantemente en el terreno social sobre las identidades viejas para constituirla como terreno de interés político.

E. La contribución del paradigma en derechos humanos en las lógicas de reconocimiento y redistribución de las personas mayores

Desde 2015 se ha contado con un instrumento dentro del repertorio del Sistema Interamericano de Derechos Humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015). El interés de los organismos internacionales por las personas mayores ya era explícito a finales de la década de 1970, cuando una serie de iniciativas comenzó un proceso de discusión en torno al lugar de las personas mayores y sus derechos.

En 1977 se aprobó la Resolución 32/132 de las Naciones Unidas, que invitó a los Estados a organizar una asamblea mundial sobre vejez. En 1978, la Resolución 33/52 de las Naciones Unidas dio lugar a la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que tuvo lugar en Viena en 1982. En 1979, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la primera resolución sobre personas mayores y salud. Por último, en 1979, con la Resolución 34/153 de las Naciones Unidas, se aprobó el documento “Cuestión de las personas de edad y de los ancianos”.

Al mismo tiempo que inició la etapa neoliberal en el capitalismo (Harvery, 2014) con su discusión política por la carga del envejecimiento (Walker, 2015), comenzó un proceso de reconocimiento en el campo de los derechos humanos de las personas mayores. Pueden señalarse al menos tres posibles explicaciones de esto. Por un lado, se va constituyendo el proyecto político internacional de los derechos humanos. La aprobación de tratados internacionales, el Pacto de Derechos Políticos y Civiles y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ambos aprobados en 1966 y con su entrada en vigor en 1976), que en plena Guerra Fría fueron ubicando un campo de disputa política acerca de la manera en que deberían pensarse las respuestas a los problemas de desigualdad y dignidad de la vida de las personas y las comunidades en el mundo (Moyn, 2015). Para Moyn (2015), la verdadera agenda de derechos humanos arrancó con la aprobación y puesta en vigor de estos pactos en la década de 1970.

Por otro lado, deben observarse las discontinuidades y el avance del proyecto de derechos humanos como proyecto político y el vínculo de este con distintos paradigmas ideológicos del derecho internacional (Holzgreffe y Keohane, 2003; Moyn, 2015). Las posibilidades que presenta la comunidad internacional para el ingreso o la ampliación de la mirada de nuevos temas y el reconocimiento de los derechos de nuevos grupos humanos están determinadas por lo que es válido ideológicamente para esa comunidad internacional en un momento determinado (Price, 2008; Moyn, 2015). La constatación del envejecimiento demográfico y el crecimiento sostenido de las personas mayores a partir de los cambios en la natalidad y mortalidad de la población mundial, que dan como resultado un aumento de la esperanza de vida y una mayor presencia de las personas mayores, van ubicando el envejecimiento como un tema de intervención importante para los Estados y el lugar de la vejez y el envejecimiento como un campo de interés en el ámbito internacional.

Por último, las crisis laborales ocurridas en varias partes del mundo en las décadas de 1970 y 1980 dieron lugar a la conformación de distintas organizaciones políticas de lucha por el reconocimiento y la reivindicación de los derechos de las personas mayores. En los Estados Unidos, por ejemplo, se aprobó en 1967 la Ley de Discriminación por Edad del Empleador, a partir de la cual se suscitaron enmiendas que la fueron fortaleciendo en los años setenta. Distintos grupos como el National Law Center for Senior Citizens, la Older Women League y el National Convention and Black Elderly Center se transformaron en una fuerza activa, con presión política importante que generó una ola de activismo de personas mayores entre 1960 y 1970 en los Estados Unidos.

Lo mismo sucedió en Europa, donde en esos años cobró fuerza la lucha de movimientos de reivindicación de pensionistas (MacNicol, 2006; Walker, 2015). Asimismo, en América Latina se llevó a cabo un proceso de trabajo sostenido por parte de distintas organizaciones de personas mayores, que más tarde coincidiría con la negociación política

que culminó en la aprobación de la Convención, con lo que se constata un incremento en los procesos de participación social (Iacub y Arias, 2010).

La Convención y la Agenda 2030 son herramientas clave para el reconocimiento de los derechos de las personas mayores, ya que han colaborado en la organización de las prioridades y son un estándar de derechos que presionan a los Estados a pesar de las restricciones que impulsa el sistema capitalista neoliberal. Esta agenda ha sido posible debido a un nuevo marco ideológico que se ha impulsado con el trabajo fundamental de participación de las organizaciones sociales de personas mayores. El ingreso a una agenda específica de derechos humanos es imprescindible para activar nuevas categorías de reconocimiento que disputan el orden de sentido que el capitalismo neoliberal se empeña en establecer para las personas mayores.

El discurso de derechos humanos es hoy uno de los más dominantes en el mundo, no solo desde un punto de vista jurídico, sino también en los planos moral y político (Moyn, 2015; Sakkink, 2018). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos vienen realizando acciones en la región que colaboran en la dotación de mayor legitimidad y contribuyen a la configuración de una base de teoría normativa, ya que los derechos humanos son instrumentos que se producen desde procesos deliberativos amplios y no coercitivos.

Los derechos humanos como paradigma son importantes también para dotar de valor moral una visión de lucha política por el reconocimiento de las personas mayores (Sakkink, 2018; Estévez, 2007), ampliando la mirada y colaborando con los procesos de movilización social que es fundamental para cambiar las condiciones estructurales de producción de desigualdad social y la valoración política de las personas mayores en las sociedades actuales.

F. Conclusiones

En la región se observan distintos ámbitos de participación de las personas mayores en los procesos de reclamo y reconocimiento en el ámbito de la política pública con el fin de mejorar la justicia social y la protección de derechos. La participación de las personas mayores en acciones reivindicativas y de lucha social tiene un sentido crítico que busca interpelar un lugar en las bases materiales actuales para una vida en común. Esto es fundamental para ubicar la lucha social como participación política. Los instrumentos de derechos humanos en las esferas regional e internacional son clave para la legitimación política de las personas mayores, ya que ofician como un paradigma que permite disputar órdenes de sentido al capitalismo neoliberal que construye una visión de la vejez deficitaria y de las personas mayores como carentes de utilidad social y una carga para los recursos de los Estados.

Los instrumentos de derechos humanos, a su vez, son importantes para abordar de manera interseccional e integral los derechos de las personas mayores, y colaboran en la presión política por el reconocimiento. Además, amplían las agendas de participación ubicando nuevos intereses que históricamente habían permanecido rezagados, lo que colabora a que personas diversas y con reivindicaciones distintas se sumen a la disputa política por el sentido de la vejez.

Si las políticas estatales de los sistemas de bienestar europeos fueron clave en las agendas de participación de las personas mayores en el siglo XX, el paradigma de derechos humanos se presenta como una oportunidad de contribuir de forma más amplia, integral e interseccional a la construcción de una nueva agenda de participación en el siglo XXI, en los actuales marcos de despojo que establece el capitalismo neoliberal globalizado.

Las instituciones estatales especializadas en los temas de vejez y envejecimiento en la región facilitaron distintos procesos deliberativos, pero las acciones de participación promovidas por estas no deben confundirse ni competir con los espacios de participación política de las organizaciones de personas mayores. Asimismo, estos espacios promovidos por el Estado deben no agotar los recursos de las organizaciones en procesos meramente deliberativos simbólicos y que, más tarde, no toman en cuenta efectivamente la visión y las demandas de las personas mayores. La participación no inicia en el ámbito público que habilita el intercambio, sino que moviliza recursos y procesos de trabajo que, en muchas ocasiones, presentan tensiones en el interior de las organizaciones.

Las personas mayores deben ser reconocidas como interlocutoras políticas. Este reconocimiento es fundamental para la movilización de transformaciones en las lógicas de sentido que los actuales procesos sociales y económicos han planteado respecto al envejecimiento. La agenda de derechos humanos como proyecto político debe transformar de forma efectiva las lógicas de intercambio de los organismos estatales y las organizaciones de personas mayores, reconociendo que son interlocutores con intereses y demandas propias que deben ser consideradas. La Convención y la Agenda 2030 deben ser herramientas que organicen políticamente el intercambio entre las instituciones estatales y las personas mayores, y no solo como agendas temáticas y deliberativas.

Bibliografía

- Aldwin, C. M. y D. F. Gilmer (2006) (eds.), *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives*, Thousand Oaks, SAGE.
- Amadasi, E. (2015), *Cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana*, Buenos Aires, Educa.
- Andrews, M. (2017), "Ideales perdurables: repasando los tiempos de vida de compromiso veinticinco años después", *Ciencia social contemporánea*, vol. 12, N° 1-2.
- Arendt, H. (2005), *La condición humana*, Barcelona, Paidós.
- Arias, C. D., E. Gámez y J. Lecot (2016), *El concepto de participación de los adultos mayores en los tratados internacionales y en los planes nacionales dirigidos a esta población de Argentina, Chile y Uruguay*, Villa María, Universidad Nacional de Villa María.
- Arias Vargas, V., L. González y N. Hernández (2009), "Constitución de sujeto político: historias de vida política de mujeres líderes afrocolombianas", *Universitas Psychologica*, vol. 8, N° 3 [en línea] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=6471215500>.
- Béland, D. y J. P. Viriot Durandal (2003), "L'expertise comme pouvoir : le cas des organisations de retraités face aux politiques publiques en France et aux États-Unis", *Lien social et politiques*, N° 50 [en línea] <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2003-n50-lsp698/008282ar/>.
- Berriel, F., C. Pica y N. Zunino (2017), "Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas", *Psicoperspectivas*, vol. 16, N° 1 [en línea] <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/904/617>.
- Binstock, R. (2006), Older people and political engagement, generations: Journal of the american society on aging, *Civic Engagement in Later Life (Winter 2006-07)*, Vol. 30, N° 4.
- _____. (2005), "The contemporary politics of old age policies", *The New Politics of Old Age Policy*, R. Hudson (ed.), Baltimore, John Hopkins University Press.

- Birren, J. E. y J. F. Schroots (2001), "History of geropsychology", *Handbook of the psychology of aging*, J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), Londres, Academic Press.
- Boudiny, K. y D. Mortelmans (2011), "A critical perspective: towards a broader understanding of 'active ageing'", *Electronic Journal of Applied Psychology*, vol. 7, N° 1 [en línea] https://www.researchgate.net/publication/236166921_A_Critical_Perspective_Towards_a_Broader_Understanding_of_Active_Ageing.
- Buchheim, H. (1985), *Política y poder*, Barcelona, Editorial Alfa.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2003), "Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe", *serie Seminarios y Conferencias*, N° 30, Santiago [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6622/1/S2003720_es.pdf.
- Delgado, R. (2007), "Los marcos de acción colectiva y sus implicaciones culturales en la construcción de ciudadanía", *Universitas Humanistica*, vol. 64, N° 64 [en línea] <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/2165/1403>.
- Deutscher, P. (2019), *Crítica de la razón reproductiva: los futuros de Foucault*, Buenos Aires, Eterna Cadencia.
- Douzinas, C. (2000), *The End of Human Rights: Critical Legal Thought at the Turn of the Century*, Oxford, Hart Publishing.
- Draibe, S. y Riesco, M. (2009), *El Estado de bienestar social en América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo*, Documentos de Trabajo, N° 31, Madrid, Fundación Carolina, CeALCI.
- Edelman, L. (2014), *No al futuro. La teoría queer y la pulsión de muerte*, Madrid, Egales.
- Estévez, A. (2007), "La repolitización de los derechos humanos frente a la gubernamentalidad neoliberal del sufrimiento social: una lucha de contraconducta", *9 razones para (des)confiar de las luchas por los derechos humanos*, A. Estévez y D. Vázquez (coords.), Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Centro de Investigaciones sobre América Latina, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Fassin, D. (2018), *Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- _____. (2013), *La fuerza del orden: una etnografía del accionar policial en las periferias urbanas*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Fassio, A. (2012), "Participación de las organizaciones de adultos mayores en las políticas públicas: el Consejo Federal de los Mayores", *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, vol. 5, N° 15 [en línea] <https://www.redalyc.org/pdf/4778/477847111004.pdf>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011), "Quality of Life in old age. Problematic issues", *Applied Research Quality of Life*, N° 6 [en línea] <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-010-9110-x>.
- Fernández, A. M. (1993), *La mujer de la ilusión*, Buenos Aires, Paidós.
- Fraser, N. (2009), "El feminismo, el capitalismo y la astucia de la historia", *New Left Review*, N° 56 [en línea] <https://newleftreview.es/issues/56/articles/nancy-fraser-el-feminismo-el-capitalismo-y-la-astucia-de-la-historia.pdf>.
- _____. (2008), *Escalas de justicia*, Barcelona, Herder.
- _____. (2006), "Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era "pos socialista"", *Cadernos de campo, São Paulo*, N° 14/15.
- _____. (1997), *Iustitia Interrupta, Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes.
- Garay, A., L. Íñiguez y L. M. Martínez (2005), "La perspectiva discursiva en psicología social", *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, N° 7 [en línea] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630246006>.
- Gascón, S. (2005), "Los movimientos sociales y la participación social de los mayores en el marco del plan internacional de acción sobre envejecimiento" [en línea] <https://docplayer.es/67575426-Los-movimientos-sociales-y-la-participacion-social-de-los-mayores.html>.
- Gee, E. (2002), "Misconceptions and misapprehensions about population ageing", *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, N° 4 [en línea] <https://academic.oup.com/ije/article/31/4/742/630248?login=false>.

- Harvey, D. (2014). *Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo*, Quito, Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN).
- Havighurst, P. (1963), "Successful aging", *Processes of aging: Social and Psychological Perspectives*, R. Williams, C. Tibbits y W. Donohue (eds.), Nueva York, Atherton Press.
- Holzgrefe, J. L. y R. O. Keohane (2003), *Humanitarian Intervention: Ethical, Legal, and Political Dilemmas*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Iacub, R. (2011), *Identidad y envejecimiento*, Buenos Aires, Paidós.
- Iacub, R. y C. J. Arias (2010), "El empoderamiento en la vejez", *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, vol. 2, N° 2 [en línea] <http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/view/26787>.
- Kehl, S. y J. M. Fernández (2001), "La construcción social de la vejez", *Cuadernos de Trabajo Social*, N° 14 [en línea] <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0101110125A/7995>.
- Laclau, E. y C. Mouffe (2014), *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*, Nueva York, Verso.
- MacNicol, J. (2006), *Age discrimination. An Historical and Contemporary Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Martínez, M. y J. Cubides (2012), "Sujeto y política: vínculos y modos de subjetivación", *Revista Colombiana de Educación*, N° 63 [en línea] <http://www.scielo.org.co/pdf/rcde/n63/n63a5.pdf>.
- Mayorga Rojel, A. J. y C. del Valle Rojas (2010), "La representación del Estado en el discurso de la Asociación Madres de la Plaza de Mayo en Argentina", *Polis* [en línea] <http://journals.openedition.org/polis/781>.
- Miranda Delgado, R. y M. Solano Bullon (2019), "Estado de bienestar en América Latina: hacia una tipología política. Análisis comparado entre Uruguay, México y Guatemala", *Cuadernos del CLAEH*, N° 110 [en línea] <https://publicaciones.claeh.edu.uy/index.php/cclae/article/view/404>.
- Montero, M. (2004), *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*, Buenos Aires, Paidós.
- Morris, R. (1984), "Old age and the welfare state", *Journal of Social Policy*, vol. 13, N° 4, A.-M. Guillemard (ed.) [en línea] <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/annemarie-guillemard-ed-old-age-and-the-welfare-state-sage-publications-london-and-beverly-hills-1983-265-pp-1875-paper-935-cl-estes-r-newcomer-and-associates-fiscal-austerity-and-aging-sage-publications-london-and-beverly-hills-1983-278-pp-2175-paper-1095/85027A7DFA39424D34AFC4128C0EF172>.
- Mouffe, C. (1999), *El retorno de lo político: comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical*, Barcelona, Paidós.
- Moya, O. (2013), "Sobre envejecimiento, vejez y biopolítica: algunos elementos para la discusión", *Revista Contenido: Arte, Cultura y Ciencias Sociales*, N° 3 [en línea] <https://www.academica.org/ocielmoya/7.pdf>.
- Moyn, S. (2015), *La última utopía: los derechos humanos en la historia*, Bogotá, Asociación de Universidades Confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina (AUSJAL).
- Petryna, A., (2016), "Ciudadanía biológica: ciencia y políticas sobre poblaciones expuestas a Chernobyl", *Revista Redes*, vol. 22, N° 42 [en línea] <http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/589b6bcb82dd.pdf>.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)*, adoptada en Washington, D.C., el lunes 15 de junio de 2015", entrada en vigor: 1 de noviembre de 2017 [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp.
- Phillipson, C. (2010), Ageing and urban society: Growing old in the "Century of the City", *The Sage Handbook of Social Gerontology*, D. Dannefer y C. Phillipson (eds.), Londres, Sag.
- Price, R. M. (comp.) (2008), *Moral Limit and Possibility in World Politics*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ranciére, J. (1996), *El desacuerdo*, Buenos Aires, Nueva Visión.

- Robledo, C. A. y J. J. Orejuela (2020), "Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez", *Revista Guillermo de Ockham*, vol. 18, N° 1 [en línea] <https://revistas.usb.edu.co/index.php/GuillermoOckham/article/view/4660>.
- Rowe, J. W. y R. L. Khan (1987), "Human aging: usual and successful", *Science*, N° 237 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3299702/>.
- Sakkink, K. (2018), *Razones para la esperanza. La legitimidad y efectividad de los derechos humanos de cara al futuro*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Sandel, M. (2021), *La tiranía del mérito. ¿Qué ha sido del bien común?*, Buenos Aires, Penguin Random House.
- Serrat, R. (2015), "La participación de las personas mayores en organizaciones políticas: modelos explicativos centrados en el individuo", tesis de doctorado, Universitat de Barcelona, Dipòsit Digital, Universitat de Barcelona [en línea] <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/96584>.
- Standing, G. (2011), *The Precariat: The New Dangerous Class*, Londres, Bloomsbury Academic.
- Torres, A. (2013), *El retorno a la comunidad: problemas, debates y desafíos de vivir juntos*, Bogotá, Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE).
- Villar, F. (2012), "Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer", *Información Psicológica*, N° 104.
- Villar, F. y R. Serrat, (2014), "La participación cívica de las personas mayores como expresión de generatividad en la vejez", *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*, vol. 29, N° 2 [en línea] <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/44952/32750>.
- Walker, A. (2015), *Population ageing from global and a theoretical perspective: European Lessons on Active Ageing*, Sheffield, Reino Unido, University of Sheffield.
- _____(1999), *Managing an ageing workforce: a guide to good practice*, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Capítulo IX

La educación como derecho de las personas mayores: avances y desafíos

Teresa Orosa¹
Laura Sánchez²

“La educación empieza con la vida y no acaba sino con la muerte”
José Martí

Introducción

Envejecer aprendiendo constituye una oportunidad de vivir la vejez de un modo cualitativamente superior, una oportunidad emergente en sociedades envejecidas y cada vez más demandadas de transformaciones estructurales en su tratamiento. Es la “educación para la vejez, en la vejez y para quienes abordan o atienden la vejez” una poderosa estrategia en busca de cambios en el imaginario social, acción que es la génesis de movimientos más profundos en el quehacer social y político para y con las personas mayores.

“Se trata no solo de una transformación cuantitativa producida por el incremento de este sector en el conjunto de la población, sino de una mutación de orden cualitativo que interpela nuestros modos de pensar, sentir, proyectar y construir la vejez. Paradójicamente, el envejecimiento como fenómeno social está produciendo una renovación de las formas de pensar el curso de la vida humana y ha generado una fecunda innovación de dispositivos socioculturales que dan cabida a las nuevas generaciones de adultos mayores” (Yuni y Urbano, 2016, pág. 7).

¹ Licenciada en psicología, máster iberoamericano en gerontología social y máster en psicología educativa. Presidenta de la cátedra del adulto mayor de la Universidad de La Habana.

² Licenciada en psicología. Profesora de la cátedra del adulto mayor de la Universidad de La Habana.

Tal como afirman los investigadores J. Yuni y C. Urbano, de la Universidad de Catamarca, en Argentina, entre esos nuevos dispositivos socioculturales están aquellos de carácter educativo. Destacan la forma en que el aprendizaje en edades avanzadas ha contribuido a desestabilizar el imaginario social tradicional de la vejez y, por lo tanto, al mejoramiento de la calidad de vida en este período etario.

Son diversos los programas dirigidos a la educación de las personas mayores que se han ido implementando en coherencia con una educación continua y permanente (CEPAL, 2007). A su vez, se sostiene el valor de su accesibilidad como estrategia garante de la inclusión e integración social de las personas mayores (Huenchuan, 2018). Esta educación abierta se expresa a través de diversas alternativas, ya sean en cursos que ofrecen instituciones de una comunidad acerca de temas vinculados a las tradiciones y la cultura en un espectro amplio que abarca manualidades en tejidos, artesanía en cerámica, artes plásticas y que a su vez se acompañan del estudio de sus referentes o de los conceptos que las describen.

En ese mismo orden de ideas, se llevan a cabo talleres dedicados al conocimiento y la práctica de una modalidad de ejercicio físico, así como talleres sobre danza, folclore y bailes típicos, o, por otra parte, cursos que promueven conocimientos acerca de la literatura, la historia, e incluso otros dedicados a la alfabetización de personas mayores iletradas. Más recientemente se han llevado a efecto cursos sobre el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

A su vez, la educación dirigida a las personas mayores se ha ido desarrollando en paralelo con esas iniciativas socioculturales bajo la plataforma de un programa conformado a partir de diferentes temáticas, esto es, desde las llamadas universidades de tercera edad, diversas en sus diseños y muy similares en sus objetivos. Dicha modalidad en forma de programa educativo, en su mayoría, se encuentra adscrita a los centros de educación superior de cada país, a partir de la idea fundacional de la primera Universidad de Tercera Edad creada en la Universidad de Toulouse, Francia, en 1973.

Esta tendencia refuerza la naturaleza y el encuadre universitario de las actividades educativas en la vejez, con fundamento en diversos diseños curriculares y denominaciones: programas universitarios con mayores, universidades de tercera edad, aulas abiertas, universidad de la experiencia, programa de atención integral con personas mayores o cátedras del adulto mayor, entre otras.

“En este sentido, por ejemplo, las Universidades Abiertas a las Personas Adultas Mayores surgen como posibilidad de inserción de la persona mayor en un espacio educacional no formal, que busca la integración social, adquisición de conocimientos, elevación de la autoestima, valorización personal, conocimiento de los derechos y deberes y ejercicio pleno de la ciudadanía. Se destaca también la no formalidad del currículo, que se organiza de manera más interactiva, caracterizando la pedagogía social” (Cassia da Silva y Scortegagna, 2015).

A su vez, y como dato curioso, la mayoría de los programas educativos de la región presentan períodos similares de creación, aun sin haberse puesto de acuerdo entre sí las instituciones educativas, ya que se fueron diseñando y promoviendo a partir de la celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en 2002.

A través del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), se destacan temas mundiales centrales vinculados a metas, objetivos y compromisos, entre los que se encuentran las oportunidades de desarrollo, la realización personal y el bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad, lo que ya aparece referido también en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991).

En consonancia, emergieron iniciativas destinadas al fomento de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación a lo largo de toda la vida, que garanticen el ingreso a procesos de alfabetización, de educación básica, secundaria y superior, entre otros, teniendo en cuenta que las personas mayores constituyen el grupo de menor nivel de instrucción, con un elevado analfabetismo, en especial entre las mujeres (CEPAL, 2004). En tal sentido, fructífero ha sido el camino que ha recorrido la educación como derecho en todas las reuniones intergubernamentales y acuerdos correspondientes en la región, fundamentalmente a lo largo de las dos últimas décadas. Un ejemplo es la Declaración de Brasilia de la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (2007), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012), así como el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013).

Numerosas e importantes reuniones y seguimientos de acuerdos vinculados a los derechos de las personas mayores en la región y que, en conjunto, nutrieron la gestación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante Convención), aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), como primer instrumento vinculante de derechos humanos para personas mayores. Dada la importancia de la educación, fue incluida específicamente en el artículo 20 de este tratado que se cita en el recuadro IX.1.

Recuadro IX.1

El derecho a la educación en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Artículo 20. Derecho a la educación.

La persona mayor tiene derecho a la educación en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación, en las modalidades definidas por cada uno de los Estados Parte y a participar en los programas educativos existentes en todos los niveles y a compartir sus conocimientos y experiencias con todas las generaciones.

Los Estados Parte garantizarán el ejercicio efectivo del derecho a la educación de la persona mayor y se comprometen a:

- i) Facilitar a la persona mayor el acceso a programas educativos y de formación adecuados que permitan el acceso, entre otros, a los distintos niveles del ciclo educativo, a programas de alfabetización y posalfabetización, formación técnica y profesional y a la educación permanente continua, en especial a los grupos en situación de vulnerabilidad.
- ii) Promover el desarrollo de programas, materiales y formatos educativos adecuados y accesibles para la persona mayor que atiendan sus necesidades, preferencias, aptitudes, motivaciones e identidad cultural.
- iii) Adoptar las medidas necesarias para reducir y, progresivamente, eliminar las barreras y las dificultades de acceso a los bienes y servicios educativos en el medio rural.

- iv) Promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) para minimizar la brecha digital, generacional y geográfica e incrementar la integración social y comunitaria.
- v) Diseñar e implementar políticas activas para erradicar el analfabetismo de la persona mayor y, en especial, de las mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad.
- vi) Fomentar y facilitar la participación activa de la persona mayor en actividades educativas, tanto formales como no formales”.

Fuente: Organización de Estados Americanos (OEA), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, 2015 [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.

La educación como derecho de las personas mayores se expresa muy claramente en la Convención, en particular, la accesibilidad a los sistemas educativos de las personas mayores como población general, las adecuaciones de estos en función de sus necesidades, visibilizando de forma propositiva a los grupos o personas en situaciones de vulnerabilidad, demostrando la importancia de la educación, en función de la minimización de brechas y potenciando la integración social.

A. Educación y desarrollo humano

“La educación precede al desarrollo” es una máxima importante desde la cual mirar al ser humano. La educación de la personalidad y a lo largo del curso de la vida precede el desarrollo y lo dirige. Por lo tanto, la educación estimula, acciona, forma, tributa al desarrollo del ser humano, de manera que se convierte en un potenciador cuando está presente o se convierte en una carencia humana cuando está ausente, lo que es decisivo en todas las edades de la vida.

Una perspectiva del desarrollo humano para tomar en cuenta en el estudio del proceso de envejecimiento, la vejez y las personas mayores es el enfoque histórico cultural de Vigostky, en tanto que su sistema categorial resulta pertinente para describir la edad y a las personas mayores desde la categoría de la vivencia de su situación social del desarrollo, así como la neoformación psicológica, el sistema de actividad y comunicación típico en la vejez y la zona de desarrollo próximo; esta última en función de los otros más significativos que potencian el desarrollo, de cada individuo (Orosa, 2014).

En ese sentido, es precisamente el programa educativo que acompaña a una persona mayor un nuevo potenciador de su desarrollo, junto a las relaciones con otros significativos que provienen de su entorno familiar; un proceso de enseñanza-aprendizaje que requiera de una postura activa de parte del cursante y, por supuesto, de un tipo de clases o talleres que evoquen vivencias personales de las personas mayores por parte del educador. Esto es, en recomendación de programas que, más allá de las conferencias multitudinarias, propician espacios docentes a través de tareas o ejercicios en pequeños subgrupos o familias pedagógicas, como les llamó Antonia Díaz, una de las pedagogas fundadoras de la Cátedra del Adulto Mayor en la Universidad de La Habana (Díaz, 2014).

En ese contexto, el tallerista o cursante de un programa educativo se convierte a sí mismo en un otro importante para su desarrollo; sale de su zona de confort y se coloca en un espacio nuevo, un espacio de aprendizaje que le exige comprobar sus recursos, pedir ayuda si fuese necesario y revivir lo aprendido. Se connota como proceso de recreación,

ya que la persona mayor conoce, de alguna manera, los temas que se organizan en los diseños curriculares, pero no necesariamente los sabe.

Es el caso de los estudios acerca de la familia, incluidos en todos los programas de personas mayores, más aún en los de nuestra región. De una familia se nace, después una familia se constituye y generalmente en una familia se sigue viviendo durante la vejez, aunque no sea en convivencia física; por lo tanto, todos los seres humanos conocen acerca del tema de la familia. En un programa educativo los cursantes estudian las definiciones de familia, las funciones de esta, los actuales tipos de familias, los asuntos relacionados con la comunicación familiar, los ciclos por los que va pasando la familia desde su construcción hasta el final, qué es el nido vacío, cómo se define la abuelidad, así como las leyes y códigos que protegen los roles parentales y, muy especialmente, los asuntos relacionados con los cuidados y los vinculados con las formas de maltrato.

El proceso de recreación del aprendizaje apela a las vivencias de los cursantes en torno a un tema, para implicarlos en la reconstrucción de ese aprendizaje, así como desaprender conceptos no pertinentes. Así operan la mayoría de los temas que se alistan en un programa de educación dirigido a personas mayores, aun cuando una parte de los contenidos sean novedosos.

La educación es un proceso activo, como lo ha planteado Laura Domínguez en sus investigaciones acerca del desarrollo humano realizadas en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. La educación de la personalidad transcurre bajo determinantes sociohistóricos, en los que lo social constituye la fuente de la subjetividad (a través del proceso de interiorización), pero a la vez se produce una mediatización de las influencias externas, sociales, en tanto el sujeto construye activamente los contenidos de su subjetividad, en dependencia de la edad, de los cambios en el medio y de su propio desarrollo como ser biopsicosocial (Domínguez, 2007). La educación es, además, una herramienta que brinda seguridad porque permite cambios positivos, empodera, mejora el diálogo intergeneracional y fortalece la condición de ciudadanía como sujeto de derechos y de deberes.

“En ese ánimo es que existen los diferentes programas encaminados a la educación continua y permanente, todas diversas en sus diseños, pero con objetivo de acceder a nuevos conocimientos y a propiciar nuevos proyectos de vida. Comprender el mundo que vivimos, sus cambios y desafíos, garantiza indiscutiblemente procesos de participación de forma auténtica con sentido de pertenencia a un proyecto, con seguridad en un diálogo, con posibilidad de aportar, ya que no se puede participar en lo que se desconoce” (Orosa y Sánchez, 2020).

Desde el punto de vista conceptual, se ha ido fundando y desarrollando dentro de las ciencias del envejecimiento la denominada gerontología educativa como un campo transdisciplinario. “La Gerontología Educativa se dedica al estudio y práctica de emprendimientos educativos dirigidos a las personas mayores y a otros grupos generacionales, es decir, a otros públicos interesados en el conocimiento de la vejez y el envejecimiento en sus múltiples derivaciones” (Yuni y Urbano, 2005).

Entre las principales dimensiones constitutivas de la educación de las personas mayores se encuentran las siguientes:

- Se trata de acciones intencionales orientadas a producir cambios en determinadas dimensiones del desarrollo de los adultos mayores, a partir del establecimiento de una relación gerontagógica y la creación de un espacio educativo.
- Se despliega un proceso por el que, mediante el intercambio, la búsqueda, la generación y la reconstrucción de saberes, el sujeto de edad avanzada puede elaborar nuevos conocimientos de sí mismo y del mundo.

Se crea una instancia entre aprendizajes, en la que cada otro, los otros y todos son simultáneamente soporte, medio, recurso afectivo y cognitivo, enseñantes y aprendientes, que sostienen la red de interdependencia vincular constituida como espacio educativo (Yuni y Urbano, 2005). El tema de la educación en la vejez es de total actualidad. Numerosas investigaciones y programas han contribuido a la conformación de una narrativa de las actuales generaciones de personas mayores, ponderando su educabilidad, su condición como sujetos de derechos y favoreciendo una imagen más realista de la persona mayor.

De acuerdo con Yuni y Urbano (2005), los elementos que componen una experiencia educativa son: un sujeto en posición de aprendiz, un sujeto en posición de facilitador, una instancia de transmisión estructurada en un tiempo y un espacio específicamente educativos. Este espacio conforma un sitio de intercambios de saberes, experiencias y afectos; se constituye en una trama donde el sujeto de edad avanzada puede construir vínculos de interdependencia y de aprendizajes recíprocos; ciertas finalidades que los participantes de la situación pretenden alcanzar y un cuerpo de conocimientos que se ha puesto en la escena didáctica.

De este modo, rescatando elementos de las conceptualizaciones aquí presentadas, se entiende que la educación es un proceso inacabado. Por lo tanto, debe estar presente a lo largo de la vida encaminado a potenciar el aprendizaje de conocimientos y desarrollo de habilidades. Además, en el caso de las personas mayores, se debe apostar por que la educación coadyuve a desplegar el potencial interno y considere conocimientos y experiencias previas (García, 2020). La educación es uno de los cuatro pilares del denominado envejecimiento activo, junto a la salud, la protección y la participación, reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y seguido desde el entendimiento, en muchos países, de sus investigadores y docentes.

B. Buenas prácticas

La región de América Latina y el Caribe se caracteriza por un fuerte movimiento de programas dedicados a la educación de las personas mayores. El año 2005 resultó trascendental para el encuentro de los programas existentes por la convocatoria al Primer Congreso Iberoamericano sobre Experiencias Educativas Universitarias con Adultos Mayores, realizado en Lima, Perú, por la Pontificia Universidad Católica del Perú, a través de su Programa de Extensión Universidad de la Experiencia, con el lema “Educación universitaria para los adultos mayores: reto educativo del siglo XXI”. En las conclusiones de ese Congreso se decidió llevar a cabo el siguiente en Argentina, por haber sido un programa pionero en la región el surgido en la Universidad Nacional de Entre Ríos, en la Facultad de Ciencias de la Educación, de la ciudad de Paraná, que se expandió en más de veinte universidades nacionales y cuyo congreso se efectuó en 2007 con la convocatoria “Construcciones y Transformaciones de la Educación Permanente”.

Los siguientes se llevaron a cabo en 2009, en la Universidad de Costa Rica, como el Tercer Congreso Iberoamericano Universidades para Todas las Edades; en 2011, el IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores, organizado por la Universidad de Alicante, con el lema “Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores”; en 2013, el V Congreso Iberoamericano de Programas Universitarios con Mayores (PUMA), en la Universidad de La Habana, con la temática “Por un adulto mayor comprometido con el desarrollo personal y social”; en 2015, el VI Congreso Iberoamericano de Programas Universitários para Adultos Maiores (CIPUAM), en la Universidade Estadual de Ponta Grossa en el Brasil y, en 2018, el VII, titulado Congreso Iberoamericano Educación y Personas Mayores: Desafío para el Siglo XXI, en la Universidad Católica de Chile.

A lo largo de todos esos años, en cada uno de los eventos se ha ido conformando la Red Iberoamericana de Programas Universitarios con Personas Mayores (RIPUAM) como ejemplo de buenas prácticas. De esta Red, a la vez, han tenido verificativo importantes reuniones y participaciones como el I Simposio Internacional Universidad, Envejecimiento y Desarrollo Sostenible, en 2020, organizado por el Ministerio de Educación Superior de Cuba, y el Primer Congreso Longevidad con Propósito, por la Fundación Provida de Colombia. Asimismo, y de forma virtual, se han realizado encuentros entre programas como los cursos organizados por la Universidad Nacional de Costa Rica y por la Universidad de Concepción en Chile, ambos con el Programa de Mayores de la Universidad de La Habana.

Más allá de las memorias de los respectivos congresos, los programas de personas mayores se han compendiado en dos publicaciones. La primera es el libro titulado *Universidade Aberta para a Terceira Idade: o idoso como protagonista na extensao universitaria*, compilado por Rita de Cassia da Silva y Paola Scortegagna, de la Universidade Estadual de Ponta Grossa, el Brasil, que contiene las experiencias de los programas de la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, España y el Brasil, basadas en los principios de la educación permanente y como acciones extensionistas, y las investigaciones acerca de las personas mayores (De Cassia da Silva, 2015).

El segundo libro, titulado *Mayores universitarios en Iberoamérica: una estrategia para el envejecimiento activo*, se refiere a la manera en que la educación de personas mayores se ha constituido en las últimas décadas en un ámbito profesional y de estudio de gran expansión. El análisis de las prácticas educativas con adultos mayores se evidencia como una de las necesidades que debe abordar la investigación en este campo. Sistematizar y fundamentar la práctica educativa con este grupo de edad contribuirá, sin duda, a su desarrollo, así como a su divulgación.

En tal dirección y bajo esta filosofía, el libro analiza diversas prácticas educativas desarrolladas con personas mayores en diferentes países de Iberoamérica, cuyo punto de unión es la Red Iberoamericana de Programas Universitarios con Adultos Mayores (RIPUAM). Cada capítulo muestra la realidad demográfica de cada uno de los países que han participado en el documento (la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, España y México), algunas pinceladas sobre la cobertura prestacional brindada a este colectivo y, por último, la realidad educativa de los adultos mayores, amén de algunos estudios y experiencias en torno al envejecimiento activo como eje central (Lirio y Arias, 2020).

Por otra parte, aunque no sea de carácter regional, la Asociación Internacional de Universidades de Tercera Edad (AIUTA) ha desempeñado un papel mundial importante en varios programas de educación de personas mayores latinoamericanas con miembros de la misma Asociación. Su larga trayectoria le ha permitido aportar innovaciones en el campo de la formación permanente y en la investigación científica para que las personas mayores puedan ocupar el lugar destacado en la sociedad que les corresponde.

C. Empoderamiento y educación: un acercamiento a la experiencia cubana

En Cuba, la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor (CUAM) ha resultado en un programa de educación para y con las personas mayores. Ha sido reconocida como uno de los referentes más importantes en este tipo de instituciones en la región iberoamericana y como modelo cubano de educación de mayores (Yuni y Urbano, 2011). Desde su creación, las personas mayores han tenido un papel muy activo, pues han sido parte intrínseca del grupo gestor y una buena parte de sus educadores proceden de los mismos egresados y se capacitan para el desarrollo de diversos temas para los talleres dentro del programa. El nivel de accesibilidad se ha facilitado al crearse aulas en muy diversas y lejanas localidades, desde ese voluntariado docente (Orosa, 2020).

El programa está sustentado en todos los componentes de las ciencias del envejecimiento en tanto campo de investigación multidisciplinar orientado a su comprensión como objeto complejo y multideterminado, en el que la interdisciplina aún es una meta. En ese sentido, el programa dispone de conocimientos y planteamientos de la biogerontología, la gerontología social y la psicogerontología. A su vez, enfoca la diferencia de la mirada geriátrica y gerontológica y rescata importantes influencias de conceptos de la educación popular y del aprendizaje a lo largo de la vida (*lifelong learning*, en inglés) (Orosa, 2018).

Como acción inherente a la denominada gerontología educativa, además de llevar la conducción de las aulas de personas mayores en sus diferentes sistemas docentes, desde hace años ha gestionado el conocimiento gerontológico dirigido a profesionales procedentes de los medios de comunicación, juristas, arquitectos, pedagogos, psicólogos, médicos, entre otros. Educar en la vejez hacia la vejez implica también contribuir a desmontar perfiles gerofóbicos, paternalistas y discriminatorios en el propio campo académico.

En ese sentido, el paradigma de gestión de cultura gerontológica se construye desde la educación, como su base, y hacia arriba, en espiral, en la producción de subsiguientes espacios de seguridad, empoderamiento, liderazgo y transformación. Y el programa gestiona no solo conocimientos de salud desde el punto de vista de los conceptos que la explican, sino también de dimensiones como imagen, despatologización de la edad de la vejez, derechos, diálogos, tradiciones, cultura y, por supuesto, espacios de ciudadanía.

Tales dimensiones desbordan efectivamente los aspectos conceptuales del saber gerontológico, pues las personas mayores que funcionan en escenarios escolares y sociales gestionan por sí mismas una imagen nueva de la vejez, en la medida que se apropian de espacios no vinculados de forma tradicional, lo que produce nuevas miradas del envejecimiento actual y de las potencialidades del desarrollo a lo largo de toda la vida. En paralelo, se gestiona el conocimiento sobre las raíces culturales, heredadas de

generaciones anteriores y bajo la toma de conciencia del deber ciudadano de su traslado, en tanto la memoria histórica viva de una sociedad.

Con el fin de ponderar los impactos del programa se han hecho evaluaciones en tres dimensiones fundamentales: cognitiva, afectivo, motivacional y social. En el área intelectual, el potencial de aprendizaje de memoria de palabras aumenta, hay un mayor rendimiento del recuerdo diferido y mejores posibilidades en cuanto a la calidad de los usos de las definiciones de los términos o palabras presentados.

En el área afectivo motivacional se observan mejores resultados en las posibilidades del esfuerzo, de la constancia y de la confianza en lo relativo a los recursos personales para resolver problemas de salud, de rendimiento intelectual, e incluso de asuntos familiares; mayores niveles de satisfacción con la vida y de calidad de vida, proyectos y relaciones interpersonales. Aparecen nuevos motivos y proyectos de vida. En relación con la sociabilidad, se evocan acciones en pro de la sociabilidad y la formación de redes de apoyo. En cuanto a la percepción de la calidad de vida, los cursantes tienden a posicionar en primer lugar las buenas relaciones sociales y en segundo lugar el mantenimiento de la buena salud, cuando esto último es lo que en general aparece como el predictor priorizado por los mayores en la calidad de vida (Orosa, 2005).

Destacan, además, indicadores de empoderamiento, una nueva cultura de la abuelidad y del cuidado, así como una mejor disposición para asociarse. Este último factor constituye un instrumento esencial en la participación de las personas mayores, que surge del común acuerdo, basado en intereses similares y en un mismo objetivo que realizar. En este sentido, para las personas mayores, la asociatividad supone la posibilidad de satisfacer las necesidades de socialización, afiliación, reconocimiento, entre otras (Pugliese, 2008).

En el proceso educativo es importante destacar el papel de la adquisición de conciencia crítica como una vía para el empoderamiento. Al desarrollar la conciencia crítica, al individuo, en este caso a la persona mayor, se le capacita para analizar, discernir y actuar consecuentemente en cada situación. La conciencia crítica es la herramienta que a la persona le permitirá ser en todo momento ella misma y abordar, desde sus propias convicciones, cualquier situación que tenga que afrontar en el transcurso de su vida (Freire, 1985). En tal sentido, es imprescindible declarar como premisa el reto de construir una nueva cultura gerontológica mediante la educación: aprender a envejecer y a vivir la vejez de un mejor modo. Las particularidades que posee el empoderamiento en la vejez están estrechamente vinculadas a la noción de aprendizaje a lo largo de la vida y a la educación permanente, conceptos, ambos, que ya fueron referidos anteriormente.

La incidencia de la educación en el empoderamiento de las personas mayores se interconecta con la toma de control sobre la vida propia. Es un proceso que influye en el incremento de la autoestima y del autoconcepto para una mayor o total autonomía, así como en las capacidades de educación, información y derechos. De modo simultáneo, se adquiere un mayor ejercicio de roles y funciones; es, por lo tanto, el poder de autogestión, evolución y crecimiento individual. En este sentido, se constata que el Programa de la CUAM ha contribuido en la elevación de la autoestima, en el incremento de la capacidad resolutivo-práctica y de la sensación de autoeficacia; la asunción de un estilo de participación comprometida socialmente. Estos son indicadores del ejercicio de un poder individual, relacional y social en el entramado de relaciones que se establecen con los otros, a través de la toma de decisiones autónomas y responsables.

“La educación de los adultos mayores contiene las siguientes metas: potenciar el desarrollo de los procesos cognitivos, afectivos y conativos; propiciar el desarrollo sociocultural de los educandos; facilitar la adaptación e integración social de los adultos mayores a su medio... También se trabaja en el fortalecimiento de las habilidades sociales y comunicativas en todas las esferas de la vida cotidiana” (Henríquez y Sánchez, 2020, pág. 10).

Como ya se ha referido, la educación en la última etapa de la vida constituye uno de los pilares sociales fundamentales para el ejercicio de la ciudadanía y de los derechos. La educación en la vejez es una práctica social, situada históricamente en una realidad concreta, que engloba diferentes aspectos culturales, económicos, sociales y políticos. Según lo constatado, los cambios se producen en lo individual. A medida que se va consolidando el proceso de fortalecimiento y la adquisición de habilidades, estos irradian a las esferas relacional y social. Se produce un incremento de la responsabilidad propia en las acciones ejecutadas y en la toma de decisiones; un aumento de la autovalidación y cambios en la posición dentro del sistema familiar y una implicación y participación en los procesos comunitarios.

En este orden de ideas destaca la cultura del derecho como una herramienta educativa para el empoderamiento, desde el programa educativo de la CUAM. Como punto de partida, implica la toma de conciencia como sujetos de derecho y el ejercicio de la ciudadanía activa.

“En sí, el concepto de ciudadanía activa engloba las oportunidades a las que pueden optar todas las personas de participar e implicarse en el conjunto de las esferas de la vida económica y social, aportando sus conocimientos como individuos de la sociedad. Y, precisamente, aquí cobra especial significado el papel de las personas mayores como ciudadanos comprometidos con su comunidad y con el interés colectivo, más allá de su consideración como simples titulares de derechos y contribuyentes” (Montero, García y Bedmar, 2011).

Desde el punto de vista educativo, comporta la apropiación por su parte de los deberes y derechos ciudadanos: la cuestión de la dignidad humana como valor supremo; la importancia del derecho a la educación, a la salud, a la igualdad de género, a la libertad religiosa, a la autoprotección; el respeto al derecho ajeno como garantía de la paz (Sánchez y otros, 2020).

“El enfoque de derechos es de base universal y está en estrecha vinculación con la idea contemporánea de ciudadanía. Según esto, la garantía de los derechos de los adultos mayores radica en la efectivización de un trato social basado sobre... el respeto y la dignidad humana, orientado a favorecer la integración social y, con ello, reconocer su valor y necesidad para la construcción de una sociedad para todos” (Yuni, Urbano y Lirio, 2020).

Aprender para poder ejercer una ciudadanía activa se erige como premisa. Este ejercicio transita por procesos subyacentes de fortalecimiento de participación social y empoderamiento. Tal premisa se orienta al incremento del bienestar y de la calidad de vida en la vejez.

En otras investigaciones que avalan los resultados del programa educativo de la CUAM se destaca el estudio del empoderamiento comunitario en una muestra de presidentes de aulas, también adultos mayores, en el que se exploraron los indicadores de compromiso, participación, autogestión y toma de decisiones en sus diferentes niveles de estructuración (Henríquez y otros, 2015). En otro estudio se analiza el sentido de pertenencia y la identidad de género de un grupo de mujeres mayores y se devela la condición de género como constructora de mecanismos de exclusión, que se refuerzan en esa etapa de la vida y, por otra parte, la ganancia de espacios de crecimiento y desarrollo a partir de la inserción en el programa educativo.

Las mujeres mayores de la CUAM participan en actividades comunes y significativas desde el punto de vista emocional, al tiempo que se autorreconocen como parte de la colectividad al ejecutar papeles de dirección, gestión y administración del programa (Sánchez, 2017). En concreto, el programa educativo también emerge como facilitador de un proceso de fortalecimiento simultáneo de la identidad de género y el empoderamiento. Por lo tanto, una transición hacia una mayor capacidad de poder desde el género fomenta el empoderamiento y las prácticas de empoderamiento fortalecen y dinamizan los procesos identitarios de las personas mayores (Sánchez, 2013).

D. La educación de las personas mayores en situación de pandemia por COVID-19

Antes de la pandemia por COVID-19 y desde décadas atrás, el foco de atención hacia la vejez, el envejecimiento y las personas mayores había estado puesto en el fomento de una nueva cultura gerontológica, cuyo eje central apuntaba al logro de un envejecimiento activo, participativo y saludable. Sin embargo, durante la pandemia este foco se ha ido trasladando hacia la vulnerabilidad de las personas mayores pues, como se ha explicado de forma reiterada, constituyen el sector de la población cuya vida estaría en alto riesgo en caso de contagio. De hecho, las personas mayores han sido las primeras en ser llamadas a poner en práctica medidas sanitarias como “quédate en casa”, inicialmente mal llamada “aislamiento social” y posteriormente denominada distanciamiento físico.

Entonces, el foco de atención gerontológico ha cambiado: de promover lo activo/participativo se ha pasado a cuidar de lo vulnerable/aislado. Este cambio constituye un reto importante en el desarrollo en el presente y el futuro de este campo de las ciencias, en aras de mantener el concepto de envejecimiento activo, pese a que ahora se conmina a las personas mayores al aislamiento, justo en coincidencia con el inicio de la convocatoria a la celebración de la Década del Envejecimiento Saludable.

En el campo de la educación emergen inquietudes acerca de qué hacer en los casos de los programas con mayores, en especial los de carácter educativo, cuya presencialidad ha sido esencial no solo para el proceso de adquisición de conocimientos. Por otra parte, se halla la pregunta sobre cuánto de la mirada en vulnerabilidad quedará como etiqueta de este sector poblacional en el presente y en el futuro inmediato. En ese sentido, es necesario partir de la visibilización y concientización del proceso por el que transita hoy el tema del envejecimiento, la vejez y las personas mayores en el actual y largo período pandémico. Por supuesto, se habrá de analizar en el ánimo de mantener, defender, rescatar, reajustar y continuar el camino hacia el ansiado envejecimiento activo y saludable, a pesar de la conmoción que la pandemia ha traído en la atención integral de las personas mayores.

Se han llevado a cabo reuniones virtuales para identificar cuáles han sido las estrategias por países, como la convocada en abril de 2021 por la Universidad de Costa Rica³, bajo el título “Programas de Educación para Mayores en el Contexto Post-covid”, ante tres preguntas básicas: ¿cuáles son las principales acciones tomadas en los programas a partir de la declaración de emergencia?, ¿cómo ha sido la evolución del programa educativo a un año de la pandemia? y ¿cuál sería la evolución de los programas en el futuro? (Yuni y otros, 2021).

En general, se reconoció la importancia de los programas de personas mayores puestos en función para protegerlas en la búsqueda de alternativas innovadoras que garanticen la continuidad de los cursos correspondientes para cada una de ellas, de acciones que lleguen también a otros grupos de mayores aun cuando no sean cursantes. Además de los contenidos temáticos que desarrollar en cada acción, se rescata la divulgación de medidas sanitarias, con énfasis en la autonomía de las personas mayores.

En los programas educativos de España, Chile, la Argentina, Costa Rica y Cuba se relataron experiencias de continuidad de los cursos, en mayor medida a partir del uso de tecnologías por parte de los cursantes, para lo que se pusieron en práctica diversas alternativas como montar los cursos presenciales a la modalidad virtual a través de plataformas educativas o se impartieron los cursos por las redes en uso, WhatsApp y Facebook; se utilizó Zoom para impartir clases y se realizaron otro tipo de reuniones como principal herramienta de encuentros sincrónicos; se formó un grupo en WhatsApp en espacios guiados y en espacios fuera de clases; se publicaron conferencias virtuales en un canal de YouTube; se impartieron cursos por Facebook en función de las temáticas que así lo permitieran como, por ejemplo, actividad física, literatura, estimulación cognitiva, no así otros temas que no pudieron ser objeto de continuidad por esta vía.

Asimismo, se materializó un proyecto de relatos en pandemia a través de Instagram y otras redes sociales; se diseñaron nuevos cursos dirigidos a emprendedores; se efectuaron marchas en línea y el proyecto “Caminos a 60 y más”; se dio capacitación de voluntariado a personas mayores con habilidades en el uso de tecnologías, junto con estudiantes jóvenes de pregrado, como grupos de facilitadores y de continuidad del estudio a distancia no virtual en caso de carecer de acceso a las tecnologías, con plataforma de tareas y ejercicios para contenidos temáticos faltantes de impartir en la llegada de la pandemia. En general, se enfatizaron los grandes empeños en la innovación y el uso de tecnologías, esfuerzos en los montajes metodológicos de los claustros y las orientaciones telefónicas previas dadas a los cursantes, de manera que se lograra la continuidad desde lo virtual.

Entre los diversos desafíos observados está la conocida brecha digital y la necesidad, en el presente y el futuro, de llevar adelante estudios que profundicen en las metodologías en línea para las personas mayores, visibilizar las limitaciones auditivas y visuales para leer en pantallas, entre otras, que permitan nuevas ventanas⁴, sin abandonar la presencialidad tradicional de los cursos. La posibilidad de la educación de personas

³ Dicho conversatorio, realizado durante el 35 aniversario del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica, contó con panelistas de la universidad anfitriona, así como del Programa Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Mayores José Saramago, Universidad de Castilla-La Mancha, España, Programa Universidad de Mayores, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina, y de la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana, Cuba.

⁴ Expresado específicamente en el conversatorio por el doctor José Yuni, de Universidad de Catamarca, Argentina.

mayores en mediación con las tecnologías ha constituido una experiencia aprendida en esta etapa. Por supuesto, habrá que evaluar diseños de carácter híbrido o combinado que permitan los importantes procesos de socialización presencial entre las personas mayores, así como la inclusión de estas en el mundo de las tecnologías, cuyo uso ha aumentado en la vida diaria durante la pandemia en muchas partes del mundo; esto es, la telemedicina como modalidad de consulta médica, la solicitud de permisos de salida del hogar en fases de confinamiento a través de internet, la inscripción para turnos de vacunación, la realización de todo tipo de gestiones bancarias, entre otras, muchas de las cuales quedarán como nuevas rutinas.

A su vez, en el conversatorio de referencia se describieron otras acciones educativas hacia afuera de los programas universitarios con mayores y que denotan la importancia de la gerontología educativa en tiempos de pandemia. Por ejemplo, la elaboración de podcast para radios comunitarios con temáticas sobre edadismos y vulnerabilidad, así como talleres online de carácter internacional dirigidos a personas mayores de diferentes países; o, como el caso del Ministerio de Educación de Argentina, que implementó el programa nacional “Seguimos educando” ante las desigualdades en la conectividad. Se imprimieron cuadernillos y por primera vez se elaboró uno dirigido a las personas mayores; estos fueron enviados a centros de jubilados y residencias geriátricas.

De igual modo, los programas de mayores de los países referidos anteriormente han participado en investigaciones acerca de la salud mental, en coordinación con instituciones gubernamentales y han llevado mensajes en contra de las posturas edadistas y paternalistas que han proliferado acerca de las personas mayores durante la pandemia, asociadas a la etiqueta de la vulnerabilidad. En ese sentido, por ejemplo, en Cuba el programa de mayores coordinó la experiencia de “Atención psicológica al psicogrupo vía WhatsApp a personas mayores y cuidadores” (Colectivo de Autores, 2020) y efectuó el “Observatorio dinámico psicogerontológico en tiempos de pandemia”, que fue entregado a la dirección del país para que lo tenga en cuenta entre las medidas que implementar para este sector de la población.

Diversas han sido las acciones de la Asociación Internacional de Universidades de Tercera Edad (AIUTA); incluso participó en el reclamo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los malos tratos a los mayores en países de Europa inicialmente, cuando ante el colapso de los sistemas de salud les fue negada la asistencia médica a miles de personas mayores y fallecieron por razón de discriminación (Orosa, 2020). Por otra parte, han sido muy frecuentes los eventos virtuales convocados por dicha organización como, por ejemplo, el Primer y Segundo Congreso Internacional “Covid, U3As⁵ y Mayores”, en colaboración con la U3A Aula Sénior de Jérica y el Aula Sénior Cidehush de Quito (Ecuador), el segundo bajo la convocatoria “La Universidad de la Tercera Edad y el post Covid 19” (AIUTA, 2021).

E. Recomendaciones

Los programas universitarios con personas mayores constituyen recursos de protección en tiempos de catástrofes por la propia educación recibida y el capital de potencial tecnológico, aun con los problemas de desigualdad en el acceso a las tecnologías de información y comunicación. Los programas educativos han demostrado empeño y

⁵ U3As son siglas utilizadas con frecuencia para referirse a las Universidades de Tercera Edad.

resultados en la continuidad de los estudios, pasando como tendencia a la virtualidad gracias al uso de las tecnologías.

En los programas de personas mayores documentados ha resultado común la promoción de investigaciones coordinadas en el área de la salud mental. Desde esa perspectiva, se alerta acerca de la necesidad de preparar la reincorporación de los mayores a la presencialidad, según ocurran fases de recuperación, después del largo y estresante tiempo de pandemia y aun bajo la persistencia de esta. De hecho, es importante introducir la recuperación emocional como temática en los programas educativos.

Se recomienda prestar atención a la labor desarrollada por los programas educativos durante la pandemia, pues ha constituido la expresión de su empoderamiento en la entrega de sugerencias a las instituciones decisoras respecto de la atención de la población adulta mayor. Sin haberse puesto de acuerdo, en cada país dichos programas han asumido un papel importante en el fomento de la adhesión a las medidas sanitarias de este sector de la población; han identificado y debatido la aparición de edadismos, por la utilización diversa del concepto de vulnerabilidad y han rescatado la autonomía como eje del envejecimiento saludable, aun en condiciones de pandemia.

Un desafío común para los programas de personas mayores, quizás como una nueva era de la gerontología educativa, es la implementación de alternativas innovadoras para la gestión de conocimientos en el uso de la tecnología y la virtualidad, aunque resulte complejo, más que por la dificultad de aprenderlas, por no disponer de ellas. Otro reto reside en el fomento de procesos de cooperación internacional y de encuentros nacionales e internacionales. Por último, se recomienda evaluar los modelos educativos para las personas mayores que resulten programas híbridos y, por lo tanto, fomenten encuentros virtuales y presenciales.

F. Recapitulación

Envejecer aprendiendo y aprender a envejecer es un derecho de todos los seres humanos. Si la vejez es negada, enajenada simbólicamente en sus anclajes individuales y sociales, su planteamiento negará, de modo total o parcial, significaciones, representaciones y realidades prácticas de las personas mayores. Todo ello ha constituido una barrera y, a la vez, un reto para el quehacer de los programas de personas mayores: cumplir la misión paralela de redimensionar lo viejo, los/as viejos/as, desde la educación en una nueva cultura gerontológica. En otras palabras, asistir como protagonista clave en el esfuerzo aunado para influir sobre los procesos políticos y sociales vinculados a la vejez y el envejecimiento.

Un desafío en estos tiempos es la defensa de la educación como un derecho de las personas mayores como un recurso imprescindible para reposicionar el bienestar de quienes han transitado en mayor cercanía al riesgo y en largos confinamientos. Se impone la necesidad de hacer estudios de seguimiento de la educación en el período de pospandemia y de recursos renovados de seguridad para dar continuidad a las personas mayores en sus proyectos de vida. Esta es una época en la que se comprende que definitivamente la educación ha de ser ciertamente para todos y para toda la vida.

Hace más de un siglo, José Martí, reconocido como el apóstol de la independencia de Cuba e ilustre pensador latinoamericano, avizoró la importancia de la educación de las personas mayores. En sus *Obras completas* (CEM, 2001) afirma que la educación empieza con la vida y no acaba sino con la muerte, porque la educación ha de ir a dónde va la vida

y si la vida nos permite llegar a la vejez de ella debemos acompañarnos, toda vez que no fructifica la educación si no es continua y constante. Así, cuando se hace referencia a la educación como derecho, se trata más que de colocarse en situación de estudio, ya que “instrucción no es lo mismo que educación; aquella se refiere al pensamiento y esta principalmente a los sentimientos” (CEM, 2001).

Por lo tanto, aun cuando las nuevas tecnologías sean de gran utilidad para el aprendizaje, los vínculos de socialización que ofrece la presencialidad entre mayores no deben jamás ignorarse. A su vez, el bienestar y la calidad de vida que permiten la educación como derecho se expanden en todas las esferas de la vida, pues “la educación es como un árbol: se siembra una semilla y se abre en muchas ramas” (CEM, 2001). Y esa es la vida.

Bibliografía

- AIUTA IAUTA (Association Internationales des Universités du Troisième Âge) (2021), “La Universidad de la Tercera Edad y el postcovid 19”, junio [en línea] <https://www.facebook.com/aiuta.iauta>.
- Cassia da Silva, R. y P. A. Scortegagna (2015), “Universidad abierta a las personas adultas mayores: espacio de pedagogía social, educación y empoderamiento”, *Actualidades Investigativas en Educación*, vol. 15, N° 3 [en línea] <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/20672>.
- CEM (Centro de Estudios Martinianos) (2001), *Obras completas de José Martí*, CEM (Centro de Estudios Martinianos), La Habana [en línea] <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/marti/marti.html>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020), *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el nuevo contexto mundial y regional: escenarios y proyecciones en la presente crisis*, Santiago, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45336-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible-nuevo-contexto-mundial-regional-escenarios>.
- _____(2007), “Declaración de Brasilia: Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos” [en línea] www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/4/31934/CRE2DeclaracionBrasiliafinalesp.pdf.
- _____(2004), *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/L.2079) [en línea] <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/20187>.
- Colectivo de Autores (2020), “El ejercicio de la orientación psicológica en WhatsApp. La narrativa de una experiencia de intervención durante la pandemia de la Covid-19”, *Alternativas Cubanas en Psicología*, vol. 8, N° 24.
- De Cassia da Silva, R. y otros, (2015), *Universidade Aberta para a Terceira Idade: o idoso como protagonista na extensao universitaria*, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).
- Díaz, A. (2014). La Atención Pedagógica de los Adultos Mayores. Introducción a las Teorías del Aprendizaje a partir de la práctica. En T. Orosa (ed.), *Temas de psicogerontología* (211-215). Félix Varela-Universidad de la Habana
- Domínguez, L. (2007), *Psicología del desarrollo: problemas, principios y categorías*, La Habana, Editorial Félix Varela.
- Freire, P. (1985), *Pedagogía del oprimido*, Montevideo, Siglo XXI Editores.
- García, F. (2020), “Factores sociales que inciden para que las personas estudien durante la vejez: el caso del Diplomado Envejecimiento exitoso”, tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Henríquez, P. y L. Sánchez (2020), “Impacto del programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en el empoderamiento comunitario”, *Revista Cubana de Educación Superior*, vol. 39, N° 1 [en línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v39n1/0257-4314-rces-39-01-e5.pdf>.
- Henríquez, P., L. Sánchez y M. Cruz (2015), “Una aproximación a la práctica educativa de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en La Habana”, *Revista Cubana de Educación Superior*, N° 3 [en línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v34n3/rces08315.pdf>.
- Henríquez, P. y otros (2015), “Una aproximación a la práctica educativa de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en La Habana”, *Revista Cubana de Educación Superior*, N° 3 [en línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v34n3/rces08315.pdf>.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf.
- Lirio, J. y E. Arias (comps.) (2020), *Educación de personas mayores y envejecimiento activo*, Valencia, Editorial Nau Llibres.
- Montero, I., J. García y M. Bedmar (2011), “Ciudadanía activa y personas mayores. Contribuciones desde un modelo de educación expresiva”, *Revista Iberoamericana de Educación*, vol. 55, N° 5 [en línea] <https://rieoei.org/historico/deloslectores/3934Montero.pdf>.
- Naciones Unidas (2002), “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” [en línea] <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70) [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.
- Orosa, T. (2020a), “Pandemia y vejez: la importancia del trato”, *Cubadebate* [en línea] <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/06/15/pandemia-y-vejez-la-importancia-del-trato/#.Xujcl26XOdN>.
- _____(2020b), “Programa Cubano de Educación de Mayores: en su XX aniversario. Lecciones aprendidas”, G. Bernaza (coord.), Universidad 2020, 12mo Congreso Internacional de Educación Superior, La Habana, Ministerio de Educación Superior.
- _____(2018), “Aprender a envejecer: modelo cubano en gerontología educativa”, *Asociación Médica del Caribe (AMECA)*, vol. 8, N° 8.
- _____(2014), Generalidades de la Psicogerontología, *Temas de psicogerontología*, T. Orosa (ed.), Félix Varela-Universidad de la Habana.
- _____(2005), “Impacto del Programa de Educación para Mayores en Cuba: estudio psicológico”, tesis de maestría inédita, Universidad Autónoma de Madrid.
- Orosa, T. y L. Sánchez (2020), “Envejecer aprendiendo: la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor”, *Temas, Cultura, Ideología, Sociedad*, N° 100-101 [en línea] <https://www.nube.cult.cu/index.php/s/PFCFK8oHTwR9cnb#pdfviewer>.
- Pugliese, L. (2008). “Empoderamiento, participación y asociatividad de los adultos mayores en Uruguay: una aproximación descriptiva”, *Comentarios de Seguridad Social*, N° 20 [en línea] <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1125>.
- Sánchez, L. (2017), “El programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor como potenciador del empoderamiento desde una perspectiva de género”, ponencia presentada en el Taller EduMayores, La Habana.
- _____(2013), “Un acercamiento a la identidad de género y el sentido de pertenencia de adultas mayores de las CUAM, Plaza de la Revolución”, ponencia presentada en el V Congreso Iberoamericano de Programas Universitarios de Adultos Mayores PUMA, La Habana, mecanuscrito.
- Sánchez, L. y otros (2020), “Approaches to the empowerment of older people in Cuba. The PIES-PLAZA project experience”, *Population Horizons*, special issue [en línea] <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/264>.

- Yuni, J. y C. Urbano (2016), *Envejecer aprendiendo: claves para un envejecimiento activo*, Montevideo, Grupo Magro Editores.
- ____ (2011), "Generatividad, compromiso social y trabajo colaborativo: claves del modelo cubano de educación de adultos mayores", *IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores – CIUUMM 2011. Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores*, vol. 1, Alicante, Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores [en línea] <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20101/1/137.pdf>.
- ____ (2005), *Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones*, Córdoba, Argentina, Editorial Brujas.
- Yuni, J., C. Urbano y J. Lirio (2020), "Universidades y educación de las personas mayores: inclusión, participación y ampliación de derechos", G. Bernaza (coord.), *Universidad 2020, 12mo Congreso Internacional de Educación Superior*, La Habana, Ministerio de Educación Superior.
- Yuni, J. y otros (2021), "Conversatorio. Programas de educación para mayores en el contexto postpandemia" [en línea] <https://www.facebook.com/ucr.piam/videos/317723429768731>.

Capítulo X

Acceso a la tecnología y a la alfabetización mediática e informacional de las personas mayores

Miguel Rivera¹

Introducción

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, la Convención) tiene como fin contribuir a la plena inclusión, integración y participación de las personas de 60 años o más en la sociedad. Alcanzar estos objetivos supone retos para los Estados con el fin de que la persona, a medida que envejece, disfrute de una vida plena, independiente y autónoma en un mundo cada vez más hiperconectado e interdependiente. En efecto, la sociedad contemporánea se enfrenta a cambios derivados de los avances tecnológicos que pueden representar un beneficio o retroceso para la persona dependiendo del acceso, aceptación y uso que tenga de ellos.

El uso de la tecnología no se limita únicamente a aquellas aplicaciones web y móviles para consultar o publicar sobre temas de interés, sino que también puede emplearse como alternativa para realizar diversas actividades de la vida diaria (AVD). Debido a la capacidad de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para facilitar la realización de AVD se debe promover, proteger y asegurar también el derecho a la alfabetización mediática e informacional (AMI), que abarca capacidades no solo para acceder y encontrar información relevante, sino además para evaluarla con pensamiento crítico que la dote de

¹ Licenciado en relaciones internacionales y maestro en comunicación. Cursa el doctorado en ciencias políticas y sociales en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Docente adscrito a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de dicha universidad.

sentido². A la par, es necesario incentivar el desarrollo de las competencias digitales necesarias para usarla.

Previo a la pandemia por COVID-19, la tecnología representaba una opción para realizar diversas actividades, brindando a las personas la posibilidad de realizarlas a través de ella. No obstante, debido a las restricciones de movilidad recomendadas por los gobiernos, tanto empresas privadas como entidades públicas optaron por migrar parte de sus servicios a plataformas digitales³. Entre 2010 y 2019, en los países de América Latina y el Caribe se observó un incremento del 8% en la penetración de internet y un aumento de cerca del 52% en el número de usuarios para la misma década (Patiño, Poveda y Rojas, 2021). Esto supone la posibilidad de que su población encuentre en la tecnología una opción para realizar sus actividades cotidianas.

No obstante, debe tenerse en cuenta el acceso y uso inequitativo entre grupos etarios, así como entre poblaciones de áreas rurales y urbanas. De acuerdo con Sunkel y Ullmann (2019), para 2015, por ejemplo, del total de personas de 60 años o más con acceso a una computadora e internet en ocho países de la región (Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú y Uruguay), la mayoría hizo mayor uso del dispositivo que de internet. Esto indica que “las personas mayores no participan activamente en las sociedades digitales en las que viven y que existe un enorme espacio para ampliar el uso de internet entre estas personas en la región” (Sunkel y Ullmann, 2019).

Lo anterior puede estar relacionado con la presencia de discapacidades relacionadas, entre otras, con la vista, la audición y la comunicación que, al no ser tomadas en cuenta por los desarrolladores en la creación de productos que se ajusten a las necesidades de esta población, llevan a la persona mayor a desasociarse del mundo digital, hecho que suele ser malinterpretado por generaciones más jóvenes como desinterés y apatía (Renstrom, 2020). Ante este escenario, autores como Bayer y Tadd (2000) y McCabe, Dawson y Douglas (2019) concluyen que es necesario involucrar a las personas mayores en el desarrollo y la evaluación de las innovaciones tecnológicas, argumentando que, de esta forma, estas responderán a sus necesidades y preferencias, con lo que se evitará excluirlas del mundo digital. No se debe dejar de lado la apremiante necesidad de capacitación en el uso de tecnologías digitales para las personas de 60 o más años.

Los habitantes de América Latina utilizan la tecnología principalmente para buscar información, comunicarse y entretenerse (Sunkel y Ullmann, 2019); sin embargo, las características de las TIC pueden ayudar al ejercicio de algunos de sus derechos humanos, tales como el derecho a la educación, a la salud, al trabajo y a la participación e integración comunitaria. En lo referente a las personas mayores, desde servicios de telesalud y telemedicina hasta espacios virtuales en los cuales puedan explorar y realizar actividades educativas, laborales y de esparcimiento, la tecnología les brinda oportunidades que

² A través de la resolución para la promoción, protección y disfrute de los derechos humanos en internet, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2012) estableció el acceso a internet como un derecho básico, afirmando que los derechos de las personas también deben estar protegidos en internet, tales como la libertad de expresión resguardada en el artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, o las de información y educación (Reineck y Lublinski, 2015). Para ello, el derecho a la AMI es fundamental, pues coadyuva también, a través del fácil acceso a la información, a impulsar el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 relativo a la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida (UNESCO, 2017).

³ De acuerdo con Sunkel y Ullmann (2019), durante la crisis por COVID-19 la presencia empresarial en línea se incrementó un 800% en Colombia y México, y un 360% en el Brasil y Chile.

coadyuvan a alcanzar sus aspiraciones, mejorar sus habilidades y desarrollar un sentido de valor propio que les permita realizar sus AVD con independencia y dignidad. La promoción del uso de la tecnología entre las personas mayores requiere políticas públicas que les brinden acceso y, a la vez, programas de AMI que fomenten su. De cumplirse ambos requisitos, las personas de 60 años o más contarán con elementos que posibiliten aceptar, implementar e integrar las TIC en sus actividades cotidianas.

Es prudente puntualizar que, al hablar de digitalización de las actividades de la persona mayor, no se hace referencia a migrar todas sus acciones al entorno virtual, sino, más bien, de concientizarla de que la tecnología es una herramienta que le proporciona un rango más amplio de posibilidades para satisfacer sus necesidades, en donde la coexistencia del espacio físico y digital (“figital”) hace posible la interacción en ambos entornos de modo simultáneo para elegir por cuál medio se desea realizar una acción concreta (Schmidt y Cohen, 2013) y, con ello, mantener su autonomía e independencia.

A. TIC, autonomía e independencia de la persona mayor

En su artículo 7, inciso b, la Convención especifica el derecho de la persona mayor a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con los demás. Ello supone, como indica en el inciso a del mismo artículo, “el respeto a la autonomía en la toma de sus decisiones, así como su independencia en la realización de sus actos” (OEA, 2015). En un mundo hiperconectado en el que son cada vez más las actividades que se pueden realizar usando la tecnología, es necesario contar con conocimientos, al menos generales, para comprender los procesos que se gestan en internet. De no familiarizarse con ellos, el individuo puede experimentar aislamiento de las dinámicas sociales, sumado a la reducción de su campo de acción y toma de decisiones debido a la limitación en la manera en que puede satisfacer sus necesidades.

En el marco del siglo XXI, para evitar la separación de las personas mayores de la comunidad y, al mismo tiempo, facilitar su existencia, su acercamiento a la tecnología cobra importancia. Esto se evidencia en el uso de aplicaciones web y móviles que facilitan la comunicación entre individuos. La falta de conocimientos sobre el uso de aplicaciones de mensajería instantánea puede perjudicar las relaciones afectivas de las personas de 60 o más años y, por lo tanto, llevarlas a debilitar sus lazos familiares y sociales. Limitadas por el confinamiento sanitario, las personas trasladaron a la virtualidad los espacios de convivencia. De entre las opciones disponibles, las aplicaciones para realizar videollamadas permiten la interacción entre participantes en tiempo real y, a la vez, elegir entre una serie de opciones que emulan características de una reunión presencial.

Por su parte, usar aplicaciones web o móviles para reunirse con otros individuos posibilita trasladar al entorno digital el derecho de la persona mayor a reunirse y asociarse. No obstante, de ser el caso que la persona de 60 años o más no desee o no cuente con la AMI necesaria para utilizar estas herramientas, este derecho podría verse coartado, pues tener que utilizar forzosamente la tecnología para realizar esta acción dificulta el ejercicio de su derecho, llevándola a dejar de exigirlo o, en su defecto, aumentando su dependencia de terceras personas para poder hacerlo.

Las personas mayores pueden presentar diversas alteraciones sensoriales, cognitivas o motoras. Dependiendo de su curso de vida, cada persona tiene características a las que debe adaptarse para conservar su independencia. Para que las personas de 60

años o más ejerzan el derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva en la sociedad, es necesario tener en cuenta y reconocer sus peculiaridades, a la vez identificar las herramientas tecnológicas que les brinden ayuda técnica para retrasar, en la medida de lo posible, su dependencia.

Sumado al uso de la tecnología para la consulta de información y la convivencia, la pandemia por COVID-19 expuso las potencialidades de las TIC para la realización de teletrabajo, que se lleva a cabo con la ayuda de computadoras, tabletas y teléfonos celulares. Además de las paqueterías que tradicionalmente se han requerido para las labores profesionales (procesador de texto, hojas de cálculo, entre otras), incorporarse al trabajo a distancia significa adquirir competencias digitales para el manejo de aplicaciones web y móviles que permiten el trabajo colaborativo, tales como edición de archivos en la nube, envío y recepción de documentos, mensajería de texto y videoconferencias.

Para evitar la discriminación laboral de la persona mayor, el artículo 18 de la Convención prohíbe cualquier distinción que no se base en las exigencias propias de la naturaleza del cargo. En un entorno en el que el uso de la tecnología es cada vez más cotidiano para el desempeño profesional, la persona mayor que no cuente con conocimientos digitales estará en desventaja frente a aquella que, por diversas razones, cuenta con competencias digitales para la utilización de las TIC.

La desigualdad en el desarrollo de competencias digitales de las personas de 60 años o más frente a aquellas de menor edad que, por lo general, han tenido mayor exposición a la tecnología, complicará que su candidatura sea tomada en cuenta para obtener empleo. Así, es fundamental que los Estados parte adopten las medidas legislativas y administrativas para promover el empleo formal de la persona mayor, en concordancia con la Convención, que señala que “los Estados Parte alentarán el diseño de programas para la capacitación y certificación de conocimiento y saberes para promover el acceso de la persona mayor a mercados laborales más inclusivos” (OEA, 2015). En este contexto, incentivar la AMI de la persona mayor es un compromiso apremiante en la promoción y protección del derecho al trabajo.

Por último, y como se mencionó anteriormente, es indispensable tener en cuenta el impacto de las TIC en la salud. No solo se trata de aprovechar, a través de la telemedicina, las innovaciones tecnológicas para aumentar la accesibilidad y facilitar el intercambio válido de información en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o lesiones (OMS, 2010), sino también de aplicaciones web y móviles que contribuyan al envejecimiento activo y saludable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que, para 2030, del total de la población mundial, la cifra de personas de 60 años o más habrá aumentado un 34% con respecto a 2019. Asimismo, el total de esta población se duplicará hasta alcanzar los 2.100 millones en 2050. Para que este sector de la población viva dignamente es necesario que desarrolle y mantenga su capacidad funcional en edades avanzadas, es decir, que sea capaz de ejercer con eficiencia las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Mantener la capacidad de cuidar de sí misma de manera independiente y autónoma incrementa la calidad de vida de la persona mayor. Para ello, es necesario reducir los factores de riesgo que puedan llevarla a adquirir discapacidades o enfermedades crónicas, así como a aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida (OMS, 2002).

En la actualidad existen diversas aplicaciones móviles que contribuyen a la prevención o tratamiento de enfermedades relacionadas con la memoria, el equilibrio o la motricidad y, con ello, a mantener y mejorar la capacidad funcional (Geriatricarea, 2021). Dichas aplicaciones no sustituyen las revisiones médicas periódicas, pero representan una herramienta de apoyo para la realización del programa multicomponente de ejercicios durante el tiempo que el paciente persona mayor se encuentra en casa.

A su vez, estas aplicaciones brindan retroalimentación en tiempo real sobre el avance del tratamiento, lo que fomenta la adhesión a la actividad por parte del paciente gracias al incremento progresivo de la complejidad y requerimiento físico a medida que cumple con las metas del programa. Dichas aplicaciones no son de uso exclusivo para las personas mayores con enfermedades diagnosticadas, sino que también se recomiendan para la población que aún no presenta deterioro funcional, pues mediante su uso es posible prevenir, limitar o retrasar la aparición de síntomas de diversas enfermedades crónico-degenerativas.

Así, la salud encuentra en lo “figital” un nicho del que el paciente persona mayor puede beneficiarse. Aunque las indicaciones para un tratamiento hayan sido provistas por el médico tratante de manera presencial, el uso de aplicaciones móviles abre la posibilidad a que el paciente persona mayor tenga acceso a un repositorio de ejercicios que, de forma audiovisual, reafirme las instrucciones recibidas durante su última consulta. De igual forma, el médico tratante puede dar seguimiento a la evolución del paciente de edad avanzada a través de aplicaciones para videollamadas. Este recurso permite sortear brechas geográficas y económicas, por lo que reduce las probabilidades de abandono del tratamiento por parte del paciente a causa de problemas de movilidad, falta de red de apoyo para su traslado al lugar de atención médica o carencia de recursos económicos.

En este aspecto, es necesario proteger el derecho a la privacidad de la persona mayor. Al tratarse de aplicaciones web o móviles que requieren del registro de un perfil para hacer uso de ellas, el 12% de los habitantes de la región con 60 años o más y casi el 27% de quienes tienen 80 años o más, con dependencia funcional (Oliveri, 2020) pueden requerir del apoyo de un tercero para conectarse a una cita médica por videoconferencia⁴. Esto representaría una intromisión en la privacidad y confidencialidad en la relación entre el médico y el paciente (Prados, 2013), lo que afectaría la manera en que se desarrolla la entrevista y la exploración debido a la constante presencia de la persona que le esté asesorando técnicamente en el uso de la tecnología.

A la par de la falta de disponibilidad tecnológica y de formación en el uso de tecnología, es importante considerar la seguridad en el manejo de los datos del paciente, así como su resistencia al cambio en las rutinas y procesos médicos. Por ello, se requiere un cambio cultural en este sector de la población, a fin de lograr la mejora en la gestión de la salud (Prados, 2013). Modificar la percepción cultural de la persona mayor respecto de la tecnología requiere un cambio profundo pues, en muchos casos, su rechazo encuentra fundamento en estereotipos y prejuicios que tanto las personas de 60 años o más como los integrantes de generaciones más jóvenes tienen sobre la interacción que se da entre las personas mayores y las TIC.

⁴ De acuerdo con el BID (2019), las personas con dependencia funcional “no pueden llevar a cabo de manera independiente al menos una actividad básica de la vida diaria, como bañarse, comer, usar el excusado, vestirse, caminar dentro de un cuarto, o acostarse y levantarse de la cama” (pág.5).

B. Las implicaciones del edadismo en el uso y aceptación de la tecnología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el edadismo refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) dirigidos hacia las personas dependiendo de su edad. A pesar de ser motores simbólicos de la discriminación, los estereotipos y prejuicios existen únicamente en el ámbito subjetivo, lo que complica identificarlos y medirlos. Por su parte, la discriminación se manifiesta a través de prácticas, conductas y comportamientos que ponen en situación de desventaja a la persona mayor y, al ser un concepto jurídico en sí mismo su protección es exigible y su incumplimiento justiciable (Huenchuan, 2021).

La interacción de la persona mayor con la tecnología está vinculada, en un primer momento, a las posibilidades económicas que posibiliten el acceso a esta. Sin embargo, una vez vencida esta brecha, su uso y aceptación están relacionados con estereotipos y prejuicios relativos a la capacidad de aprendizaje y la percepción de utilidad que la persona de 60 años o más y sus redes de apoyo tengan de estas. La pérdida de capacidades funcionales por motivos de edad ha sido vista tradicionalmente con naturalidad entre los integrantes de la sociedad, lo que ha llevado a que determinadas actitudes edadistas pasen inadvertidas en la cotidianidad (Pinazo, 2019). Esto se debe a que tanto los estereotipos como los prejuicios referentes a la vejez comienzan en la niñez y se refuerzan al paso del tiempo, desembocando en la distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor (Levy, 2009).

Debido a la división generacional de los usuarios de la tecnología, se ha normalizado la percepción de que aquellas personas que no crecieron inmersas en el mundo digital (inmigrantes digitales) afrontan mayores retos para desarrollar competencias digitales a través de la AMI. En contraparte, el imaginario colectivo no cuestiona la capacidad de los nativos digitales para la rápida comprensión y apropiación de las TIC (Prensky, 2001). La percepción de que la interacción con la tecnología es intrínseca a determinadas generaciones lleva tanto a la persona mayor como a individuos de menor edad a justificar que las personas de 60 años o más no hagan uso de las TIC, hecho que evidencia el latente edadismo interpersonal y autodirigido inherente al uso de la tecnología.

Ayalon y Tesch-röme (2018) y Köttl y Mannheim (2020) identifican tres niveles en los que se produce el edadismo en torno a la tecnología:

- El nivel macro, referente a cómo los estereotipos y la exclusión de las personas mayores dan forma al diseño de productos y políticas de tecnología digital y, en consecuencia, a nuestro entorno diario. Esto puede ocasionar que las innovaciones no respondan a sus necesidades y, por lo tanto, que las personas de 60 años o más no hagan uso de ellas.
- El nivel meso, relacionado al entorno social y organizativo. Es decir, cómo los estereotipos de terceras personas influyen en el uso que las personas mayores hacen de la tecnología digital. Es posible que la creencia de generaciones más jóvenes de que las personas de 60 años o más son incapaces de utilizar las TIC influya en el éxito o fracaso de su aprendizaje y adopción de la tecnología. En este caso, es necesario erradicar concepciones edadistas que lleven a los nativos digitales a dar por hecho que sus contrapartes no pueden hacer uso de las innovaciones tecnológicas.

- El nivel micro, enfocado en cómo el individuo internaliza los estereotipos relacionados con la edad a lo largo del curso de vida y cómo afectan la forma en que ve su capacidad para usar la tecnología digital a medida que envejece. Como resultado, las personas mayores pueden alejarse de la tecnología debido a que consideran que sus características están diseñadas para beneficiar únicamente a personas de menor edad o si perciben que también pueden serles de utilidad, deciden no usarlas porque creen que son demasiado complicadas de manejar. Esto afecta la disposición de las personas mayores a realizar tareas complejas a través de internet. Al contrario, si optan por alfabetizarse mediática e informacionalmente, realizar actividades por medio de la tecnología incidirá de forma positiva en sus capacidades funcionales, a la vez que influirá en la auto percepción, la autoestima, la independencia y la autonomía.

La internalización del edadismo a través de estos tres niveles hace patente la importancia de implementar campañas de intervención que se centren en la erradicación de estereotipos y prejuicios que afirmen que el uso de la tecnología es exclusivo para los jóvenes. De lograrse, la persona mayor cambiará su percepción y, de así decidirlo, hará uso de las TIC para satisfacer sus necesidades. Si bien es cierto que estas prácticas edadistas son subjetivas, la discriminación indirecta que generan debe legislarse y justificarse, pues en muchos casos pone en desventaja a la persona mayor.

La aparente neutralidad en la migración de procesos al entorno digital, por ejemplo, repercute en la cotidianidad de las personas mayores, pues requiere competencias digitales que, de no haber desarrollado, las excluyen y les impiden satisfacer sus necesidades. Una prueba es el escaneo obligatorio de códigos QR para ingresar a supermercados, abordar vuelos o consultar cartas (menús) en restaurantes, derivado de las medidas sanitarias para evitar la propagación de la pandemia por COVID-19. Esta medida de prevención sanitaria toma como supuesto que todos los individuos cuentan con recursos económicos para adquirir dispositivos e internet de banda ancha móvil, así como con competencias digitales para descargar y manejar aplicaciones móviles, con lo que se discrimina a todos aquellos que, por distintas razones, no tienen acceso a las TIC o son analfabetos mediáticos e informacionales.

La AMI con la que cuenta cada persona mayor puede variar de modo significativo, pero eso no hace más diestra en el manejo la tecnología a una que a otra. Esto se debe a que, al seleccionar la tecnología de acuerdo con la necesidad que satisface la persona, se crea una burbuja de habilidades digitales (Schreuers, Quan-Haase y Martin, 2017) en la que la persona desarrolla competencias digitales específicas que le permiten aprovechar únicamente aquellas características de la tecnología que resuelvan sus problemáticas particulares. Por ello, es fundamental alcanzar la universalización en el acceso y uso de la tecnología entre las personas mayores, pues abrirá la posibilidad de que usen las TIC en su vida cotidiana expandiendo, a través de su utilización, su burbuja de habilidades digitales y fomentando un envejecimiento activo y saludable que tendrá efectos positivos en su salud física, mental, emocional y social. De no brindarse acceso universal a internet y procurarse la AMI de la persona mayor, el edadismo alrededor de las prácticas digitales perpetuará el sentimiento de dependencia e inutilidad, así como la sensación de ser una carga para su red de apoyo al solicitarle asistencia para realizar actividades a través de la tecnología (Brooke y Jackson, 2020).

C. Conclusiones

Proteger y promover los derechos humanos de las personas mayores es una tarea prioritaria en la agenda de América Latina. La situación precaria en la que muchas de ellas se encuentran las vulnera en gran parte de las actividades que les permitirían mantener su independencia y autonomía. Si bien se está impulsando el ejercicio de sus derechos, en la cotidianidad se presentan barreras que dificultan su exigencia por parte de la persona mayor, debido a que muchos de los derechos han encontrado en las TIC un medio para llevarse a cabo. El acceso a la justicia, por ejemplo, ha migrado sus procesos, o parte de ellos, a plataformas digitales que prometen hacerlos expeditos. Esto supone mayor agilidad en los trámites, así como eliminar la necesidad de trasladarse para interponer una denuncia, pero constituye un obstáculo para los individuos que, sin importar el motivo, no tienen acceso a la tecnología o, si lo tienen, no cuentan con las competencias digitales necesarias para usarla.

Vencer estas barreras requiere que los Estados se responsabilicen de crear, implementar y dar seguimiento a políticas públicas que brinden acceso a internet a toda la población, poniendo especial énfasis en crear programas de AMI intergeneracionales que se centren no solo en el desarrollo de competencias digitales, sino también en erradicar estereotipos y prejuicios basados en la edad, para sensibilizar a la población en general sobre las consecuencias negativas del edadismo en el desarrollo de competencias digitales de las personas mayores. En cuanto a la brecha de uso, crear políticas públicas que provean conexión a internet requiere, a su vez, implementar programas de AMI que concienticen a las personas mayores acerca de la posible utilidad de la tecnología para realizar sus actividades cotidianas y que fomenten, al mismo tiempo, una cultura en la que se le perciba como una opción amigable y viable para satisfacer sus necesidades.

Asimismo, los Estados deben establecer sanciones claras frente a las disposiciones, acciones y situaciones discriminatorias que impidan a la persona mayor ejercer sus derechos debido a la falta de competencias digitales, recordando que el entorno digital es tan solo una herramienta entre muchas otras para satisfacer necesidades, no un medio que sustituye realizar actividades de manera presencial y, por ello, no constituye una obligación contar con dispositivos o acceso a internet ni, de tenerlos, saber utilizarlos. De igual forma, es necesario que tanto el sector público como el privado integren equipos de desarrolladores de *software* y *hardware* que tomen en cuenta las opiniones de las personas mayores para generar herramientas digitales que satisfagan sus necesidades y que, a su vez, incentiven el uso de la tecnología gracias a que en ellas encontrarán instrumentos que, al adaptarse a sus capacidades funcionales, les ayudarán a conservar su autonomía e independencia.

No se debe perder de vista que, en el marco del siglo XXI y en particular de la pandemia por COVID-19, las personas mayores afrontan dificultades para adaptarse al uso de la tecnología, lo que las lleva a depender de terceras personas para realizar sus AVD. Esto no solo limita su capacidad de toma de decisiones, sino que también refuerza el edadismo interpersonal y autodirigido que justifica su exclusión del entorno digital. Eliminar la barrera de conectividad no es suficiente para asegurar que la persona mayor acepte la tecnología, pues solo la constante interacción con ella ayudará a que la perciba como una herramienta útil en la realización de sus AVD. Por ello, es apremiante ratificar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte de los Estados que integran América Latina, pues al hacerlo se estará asegurando promover el acceso de la persona mayor a los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación, incluido internet.

El derecho a la libertad de expresión y de opinión y el acceso a la información, al igual que el derecho a la educación, la salud, el trabajo, la participación e integración comunitaria, entre otros, encuentran en internet un espacio para su ejercicio. No obstante, mientras el acceso a la tecnología y su uso por parte de las personas mayores continúen percibiéndose como un privilegio, en vez de como un derecho humano, la contribución activa a sus familias, amigos, comunidades y naciones por medio de la participación en igualdad de condiciones continuará siendo una utopía distante a la realidad en la que impera la dependencia funcional de las personas mayores.

Bibliografía

- Ayalon, L. y C. Tesch-röme (eds.) (2018), *Contemporary Perspectives on Ageism*, Londres, Springer Open.
- Bayer, A. y W. Tadd (2000), "Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to a research ethics committee for approval: descriptive study", *British Medical Journal*, N° 321.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2019), *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe* [en línea] <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>
- Brooke, J. y D. Jackson (2020), "Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 29, N° 13-14 [en línea] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15274>.
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2012), "Promoción, protección y disfrute de los derechos humanos en internet", *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo*, 29 de junio [en línea] https://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/d_res_dec/A_HRC_20_L13.pdf.
- Geriatricarea (2021), "CIBERFES participa en el desarrollo de apps para 'poner en forma' a las personas mayores", octubre [en línea] <https://www.geriatricarea.com/2021/10/04/apps-para-mejorar-la-salud-de-los-mayores-a-traves-del-ejercicio-fisico/>.
- Huenchuan, S. (2021), "Legislación internacional sobre Derechos Humanos, Sociales y Políticos de las personas mayores", discurso principal pronunciado en el Seminario de Políticas Públicas y Derechos de las Personas Mayores, Especialización en Gerontología, 2 de julio, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Köttl, H. e I. Mannheim (2020), "Ageism and digital technology. Policy measures to address ageism as a barrier to adoption and use of digital technology", *Euroageism* [en línea] <https://euroageism.eu/wp-content/uploads/2021/03/Ageism-and-Technology-Policy-Brief.pdf>
- Levy, B. (2009), "Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging", *Current Directions in Psychological Science*, vol. 18, N° 6 [en línea] <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>.
- McCabe, L., A. Dawson y E. Douglas (2019), *Technology and Social Connectedness: Guidance for Organizations and Individuals Using Technology to Promote Social Connectedness*, Universidad de Stirling.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), *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.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2021), *Global Report on Ageism. Global Campaign to Combat Ageism* [en línea] <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>.
- ____ (2020), *Década del envejecimiento saludable 2020-2030* [en línea] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true.
- ____ (2010), "Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth", *Global Observatory for eHealth series*, vol. 2 [en línea]. http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf.

- _____. (2002), *Active Ageing: A Policy Framework* (WHO/NMH/NPH/02.8) [en línea] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1.
- Patiño, A., L. Poveda y F. Rojas (2021), *Datos y hechos sobre la transformación digital*, Séptima Conferencia ministerial sobre la Sociedad de la Información de América Latina y el Caribe (Agenda Digital para América Latina y el Caribe [eLAC] 2022), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46766/S2000991_es.pdf.
- Pinazo, S. (2019), “La infantilización es una forma de edadismo”, *Amigos de los Mayores*, 18 de diciembre [en línea] <https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/investigacion/infantilizacion-forma-edadismo-pinazo>.
- Prados, J. (2013), “Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia”, *Atención Primaria*, vol. 45, N° 3 [en línea] <https://medes.com/publication/80099>.
- Prensky, M. (2001), “Digital natives, digital immigrants”, *On the Horizon*, vol. 9, N° 5 [en línea] <https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>.
- Reineck, D. y J. Lublinski (2015), *Media and information literacy: A human rights-based approach in developing countries*, DW Akademie.
- Renstrom, J. (2020), “Why older people really eschew technology it’s not because they can’t use it”, *Slate*, 13 de julio [en línea] <https://slate.com/technology/2020/07/seniors-technology-illiteracy-misconception-pandemic.html>.
- Schmidt, E. y J. Cohen (2013), *The New Digital Age. Reshaping the Future of People, Nation and Business*, Nueva York, Random House.
- Schreuers, K., A. Quan-Haase y K. Martin (2017), “Problematizing the digital literacy paradox in the context of older adults’ ICT use: aging, media discourse, and self-determination”, *Canadian Journal of Communication*, vol. 42, N° 2 [en línea] <https://cjc-online.ca/index.php/journal/article/view/3130>.
- Sunkel, G. y H. Ullmann (2019), *Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC): una clave para la inclusión de las personas mayores en América Latina*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <https://www.cepal.org/es/notas/tecnologias-la-informacion-comunicaciones-tic-clave-la-inclusion-personas-mayores-america>.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2017), “Mensaje de la Sra. Irina Bokova, Directora General de la UNESCO, con motivo del Día Internacional de la Alfabetización: la alfabetización en un mundo digital”, 8 de septiembre [en línea] https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000257808_spa.

Capítulo XI

Envejecimiento, salud y cambio climático

Luis Heredia¹

Introducción

En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro en junio de 1992, Fidel Castro (1992) dijo que “una importante especie biológica está en riesgo de desaparecer por la rápida y progresiva liquidación de sus condiciones naturales de vida: el hombre”. El 26 de octubre de 2021, el actual Presidente cubano, Miguel Díaz-Canel, en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, “Acción climática: para la humanidad, el planeta y la prosperidad”, ratificó que esta premonitoria expresión del líder histórico de la Revolución Cubana es una realidad hoy (Díaz-Canel, 2021).

En los últimos 130 años, el mundo se ha calentado aproximadamente 0,9° C; a su vez, durante el lapso de las tres décadas más recientes, cada una ha sido más cálida que cualquiera precedente desde 1850 (Coen, Kreienkamp y Pegram, 2020) y el 66% de ese calentamiento terrestre comenzó en 1975, a causa del efecto invernadero. El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés) considera que este incremento excede el límite superior de la variabilidad natural histórica, lo que se acelerará en los próximos 15 años. De seguir este ritmo, el aumento de las temperaturas entre 1,5 °C y 2 °C provocará enormes daños y, si llegara a 3 °C, haría inviable la existencia humana en grandes zonas geográficas (IPCC, 2021).

¹ Especialista en gerontología y geriatría, máster en salud pública y envejecimiento y máster en longevidad satisfactoria. Subdirector de Asistencia Médica del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, profesor auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.

La región de América Latina y el Caribe, con la actual infraestructura de salud y con sus países en desarrollo, tiene menos capacidad para prepararse y responder ante el actual cambio climático, cuyos efectos exacerban inequidades sociales y problemas de salud existentes en la población (Watts y otros, 2015). En efecto, aunque todos los grupos etarios están expuestos a los efectos negativos del cambio climático por la contaminación interregional (contaminación transfronteriza del aire y cuencas compartidas contaminadas), así como a los nuevos peligros ambientales que provocan muertes evitables y defunciones prematuras relacionadas con fenómenos meteorológicos extremos, la inseguridad alimentaria, los cambios en los patrones de enfermedades transmisibles por vectores y la agudización de algunas enfermedades crónicas, estos impactos no se distribuyen de manera homogénea, sino que difieren a causa de características y vulnerabilidades regionales, locales y personales.

En el caso de las personas mayores, los efectos en su salud se relacionan con el calor, la contaminación del aire, los eventos climáticos extremos, la disponibilidad de agua y alimentos, lo que provoca un aumento de la morbimortalidad en este grupo de edad (Smith y otros, 2014; McMichael, Woodruff y Hales, 2006). El riesgo de las personas mayores se incrementa de modo desproporcionado entre aquellas que habitan en islas pequeñas, comunidades de montaña, riberas de ríos o zonas costeras. De acuerdo con algunas investigaciones, el cambio climático sería el responsable de la disminución de 2,2 años en la esperanza de vida de los europeos (Ship2B Foundation, 2021) y el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% del total de fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales (Prüss-Üstün y Corvalán, 2006).

El efecto del cambio climático en la salud está bien documentado. Según algunos estudios, el 92% de la población del planeta respira aire contaminado (Watts y otros, 2015; Ship2B Foundation, 2021; OMS, 2016). Esta polución del aire causa 13 muertes por minuto en todo el mundo (OMS, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se prevé que la cifra de muertes provocadas por la polución del aire alrededor de todo el orbe se eleve a 8,8 millones de personas (Ship2B Foundation, 2021). Por su parte, los combustibles fósiles causan 7 millones de muertes prematuras al año, así como enfermedades crónicas, a cuyo tratamiento se destinan más de cinco trillones de dólares (Cueto, Zamora y Calderón, 2020).

En algunos estudios se ha señalado que la contaminación del aire causa más ataques cardíacos que los provocados por el consumo de cocaína (Nawrot y otros, 2011) y representa un riesgo para el corazón tan alto como la ingesta de alcohol, café y realizar un esfuerzo físico (Kaufman y otros, 2016). Una investigación en 188 países encontró que entre 1990 y 2013 una proporción alta de la carga de accidentes cerebrovasculares es atribuible a la contaminación atmosférica (Feigin y otros, 2016). En la misma investigación se señala que este es uno de los principales factores de riesgo de esta enfermedad, fundamentalmente en los países en desarrollo. Desde 2013, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), organismo especializado de la OMS, clasifica la contaminación del aire como carcinógeno para los humanos, en su escala estándar grupo 1 (Loomis y otros, 2013).

Al cierre de las Jornadas Iberoamericanas sobre Coronavirus y Salud Pública, la Directora de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud de la OMS, María Neira, señaló: “hemos tenido una relación pésima con el medio ambiente, con los ecosistemas, con las deforestaciones tan agresivas que tienen muchísimo que ver para que se hayan cambiado

las condiciones de vida” (EFE Verde, 2020) y relacionó la llegada de la pandemia por COVID-19 con las consecuencias del cambio climático, pues la fuente de salud de los humanos es la naturaleza y lo que estos respiran, comen y beben es lo que ellos han contaminado.

La inminente amenaza del cambio climático sobre la salud de la población y la necesidad urgente de implementar medidas de mitigación y adaptación integrales, eficientes, multidisciplinarias e intersectoriales, son fundamentales para el ejercicio de los derechos de las personas mayores. Así lo reconoce la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 29, sobre “Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias”, que establece:

“Los Estados Parte tomarán todas las medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres, de conformidad con las normas de derecho internacional, en particular del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario.

Los Estados Parte adoptarán medidas de atención específicas a las necesidades de la persona mayor en la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias, desastres o conflictos.

Los Estados Parte propiciarán que la persona mayor interesada participe en los protocolos de protección civil en caso de desastres naturales” (OEA, 2015).

Al mismo tiempo, los efectos del cambio climático son un desafío de salud pública y para el cumplimiento de los objetivos de la Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. Ellos no se alcanzarán si no se actúa con celeridad en la necesidad de afrontar el cambio climático, a fin de lograr un balance entre adaptación y mitigación porque, en la medida en que se demoren las respuestas, mayores serán los costos y los riesgos asociados con el cambio climático y el envejecimiento. Si se observa el envejecimiento desde la óptica de curso de vida, considerando las oportunidades de diseñar y aplicar acciones de salud desde la gestación hasta el fin de los días de las personas para que tengan un envejecimiento saludable, se hace patente la necesidad de garantizar y promover una acción decidida para enfrentar el cambio climático.

La reducción sustancial del número de muertes y enfermedades ocasionadas por productos químicos peligrosos y de la contaminación del aire, el agua y el suelo forman parte de las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, en la que las consecuencias del cambio climático han cobrado reconocimiento y prominencia. Esta Agenda plantea garantizar el acceso universal a servicios energéticos asequibles, fiables y modernos. Además, habla de reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades prestando especial atención a la calidad del aire y a la gestión de los desechos (Naciones Unidas, 2015).

Para ser coherentes con la Agenda 2030 hay que considerar el contexto demográfico donde se implementará y el perfil de la población a la que debe responder. Esto es de significativa importancia en una región que experimenta un rápido envejecimiento de la población y que en 2030 tendrá un mayor número de personas mayores que de niños menores de 15 años. Dicha situación ya se observa en algunos países como Cuba, donde el cambio por edades de la población se producirá 25 años antes que en el promedio de

países del mundo. Los impactos de estas transformaciones en la salud de las personas mayores y la repercusión del cambio climático en esta población exigen nuevas estrategias de organización, fuerza de trabajo y presupuesto para los sistemas sanitarios en la región, así como el respeto de los derechos humanos de las personas mayores.

A. Cambio climático, envejecimiento y salud

En la Asamblea General de las Naciones Unidas, David R. Boyd, miembro de la Comisión Mundial de Derecho Ambiental y Relator Especial de las Naciones Unidas sobre derechos humanos y medio ambiente desde 2018, pidió a todos los países que reconozcan formalmente el derecho al aire limpio, al agua potable, a los alimentos sanos, a un clima estable, a una biodiversidad próspera y a ecosistemas saludables, en la lucha para proteger el medio ambiente y combatir los flagelos del cambio climático (Naciones Unidas, 2018).

Pero no sería hasta 2021, a través de la resolución 48/13 del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, cuando se declaró que un medio ambiente limpio, saludable y sostenible es un derecho humano, vinculado con otros derechos humanos reconocidos internacionalmente (Naciones Unidas, 2021). En esta resolución se reconoce de manera específica que las personas mayores se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente al cambio climático:

“Reconociendo también que, si bien las repercusiones en los derechos humanos de los daños ocasionados al medio ambiente afectan a personas y comunidades de todo el mundo, las consecuencias se dejan sentir con más fuerza en los sectores de la población que ya se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los pueblos indígenas, las personas de edad, las personas con discapacidad y las mujeres y las niñas” (Naciones Unidas, 2021).

Por lo tanto, contar con formas de prevenir las consecuencias negativas del cambio climático en la salud humana, animal y medioambiental, así como revertirlas y preparar a las personas para lograrlo es fundamental para los derechos de las personas mayores, incluido el derecho a la vida. Así se expresa en la misma resolución del Consejo de Derechos Humanos al señalar que “el cambio climático y el desarrollo insostenible son algunas de las amenazas más acuciantes y graves a la capacidad de las generaciones presentes y futuras de disfrutar de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida” (Naciones Unidas, 2021).

Para anticipar, prevenir y prepararse a vivir en un mundo con un clima que cambia a gran velocidad es indispensable empoderar a las personas mayores y favorecer la toma de conciencia para practicar el autocuidado y generar cambios significativos en su salud y calidad de vida al conocer sobre las enfermedades y los efectos secundarios relacionados con el cambio climático y la meteorosensibilidad humana (por la agudización de las enfermedades sensibles al clima), así como sus consecuencias para los servicios de salud. La obligación de prevenir los daños al ambiente implica reducir, limitar y controlar las actividades que pueden causar daños a la naturaleza. Se trata de un principio del derecho ambiental y el derecho humanitario, dado que la conservación del ambiente es más efectiva a través de medidas anticipadas para prevenir el daño, antes que de esfuerzos posteriores para repararlo.

El informe sobre el estado del clima mundial 2020 de la Organización Mundial de Meteorología (OMM, 2021) refiere que existe un mayor deterioro de la situación climática y que las concentraciones de los principales gases de efecto invernadero (GEI) aumentaron a pesar de la reducción temporal de las emisiones en 2020, relacionada con las medidas frente a la pandemia por COVID-19. La tendencia al aumento del nivel del mar se está acelerando, el almacenamiento de calor y la acidificación del océano se están incrementando, lo que disminuye su capacidad para moderar el cambio climático. Asimismo, se ha acelerado la tendencia a la pérdida de hielos del Ártico y la Antártida. Todo lo anterior tiene serias implicaciones socioeconómicas, peligros y desastres hidrometeorológicos, con impactos en términos de mayor inseguridad alimentaria y repercusiones negativas en los determinantes sociales de la salud de las poblaciones más vulnerables, como las personas mayores.

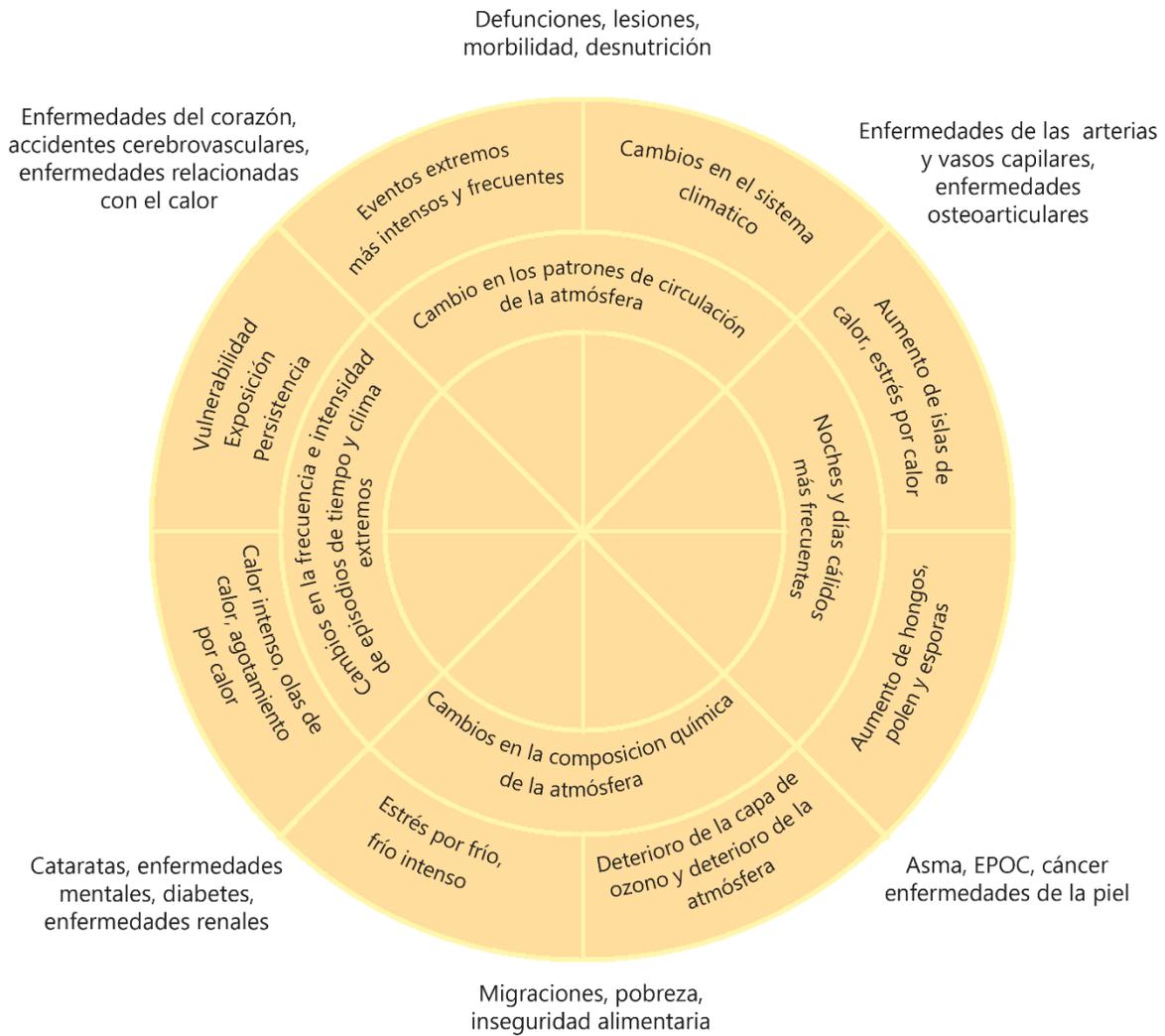
En un mundo marcado por las asimetrías socioeconómicas y la inequidad —que se traducen en niveles muy dispares de calidad de la salud de las personas—, los países más desarrollados y prósperos del mundo son los que producen mayoritariamente los gases que generan la acumulación de calor, cuyos efectos negativos afectan a toda la población mundial, pero las peores consecuencias se observan en los países más pobres y las comunidades vulnerables, que están poco preparados para afrontar los cambios climáticos rápidos (UNFCCC, 2021). Por lo tanto, la protección del medio ambiente es una tarea impostergable y relacionada directamente con el bienestar de los pueblos.

El derecho a un medio ambiente sano tiene un estatus constitucional en más de 100 países y al menos 130 Estados han ratificado tratados regionales de derechos humanos que incluyen de modo explícito el derecho a un medio ambiente sano (Naciones Unidas, 2018). En este contexto, es importante incorporar a las personas mayores en el marco jurídico y programático de los países de la región (Naciones Unidas, 2018), así como promover el conocimiento acerca de las repercusiones del cambio climático y la variabilidad climática en el envejecimiento, su afrontamiento y las consecuencias en la salud de la población de edad avanzada.

Respecto a la protección de las personas mayores, ante el alto riesgo que corren por los efectos negativos a su salud, los científicos del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) advierten que en el siglo XX el cambio climático afectó la salud humana, con mayores consecuencias en las poblaciones vulnerables (entre ellas, las personas mayores). Se prevé que, en este siglo, el cambio climático ocasionará un incremento de los daños a la salud humana como consecuencia de desastres naturales, olas de calor e incendios más intensos, mayores riesgos de enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua (López Feldman, 2015), pérdida de capacidad de trabajo, fundamentalmente al aire libre, una menor productividad laboral y riesgos de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores (véase el diagrama XI.1) (Naciones Unidas, 2015).

Todo lo anterior provocará, a su vez, millones de desplazados (Richards y Bradshaw, 2017; ACNUR, 2021; Brown, 2008; Naciones Unidas, 2019), entre los que los niños, las mujeres y las personas mayores son los más vulnerables a enfermar y morir por causas derivadas de la alteración de los ecosistemas, carencias nutricionales, el surgimiento de nuevos patógenos, el cambio en la distribución de algunas cepas víricas y problemas relacionados con la salud por cambios meteorológicos extremos (UNFCCC, 2021).

Diagrama XI.1
Impacto de la variabilidad y el cambio climático en las enfermedades no transmisibles



Fuente: Elaboración propia.

Las personas de edad avanzada son quienes tienen una mayor vulnerabilidad y dificultad para la adaptabilidad no solo al cambio provocado por el clima, sino también a las condiciones socioambientales de los lugares a los que emigran, pues el ambiente modifica los genes. Esta modificación, conocida como epigenética —factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia son el resultado de la exposición ambiental (temperatura, humedad, luz, radiación y otros)—, disminuye la capacidad adaptativa de las personas mayores (Rico-Rosillo, Oliva-Rico y Vega-Robledo, 2018). Asimismo, a medida que se envejece se producen modificaciones del metabolismo basal que determinan cambios en la termorregulación, así como en la percepción de la temperatura, lo que explica que la persona mayor presente un déficit de adaptación a la temperatura externa (tolera mal el calor, pero todavía peor el frío) porque las reacciones vasomotoras metabólicas son poco eficientes.

Cuando el cuerpo se expone a bajas temperaturas pierde más calor del que produce y los vasos sanguíneos de la piel deben contraerse para conservar la temperatura corporal. Esta vasoconstricción determina que el corazón bombee la sangre a través de los vasos contraídos, por lo que la presión arterial aumenta y se eleva el riesgo de infarto agudo de miocardio y de enfermedades cerebrovasculares. Si las mayores migraciones provienen de países más cálidos a países más fríos (Diputación de Huelva, 2018; Altamirano Rua, 2014) y si por cada grado que cae la temperatura debajo de los 18° C las muertes aumentan en cerca del 1,5% (Gobierno de México, 2020), se potencia el riesgo de que a medida que la temperatura disminuya las enfermedades se incrementen y ascienda el riesgo de fallecimientos entre las personas mayores comórbidas que emigran a zonas más frías.

Como consecuencia del posible fracaso de la termorregulación debido al envejecimiento, de la creciente incidencia de olas de calor como efecto del cambio climático en los últimos años en todo el mundo, y que por cada grado que ascienda la temperatura por encima de 37° C se incrementa el consumo de oxígeno, al igual que la frecuencia cardíaca en unas 10 pulsaciones por minuto (Mondelo y otros, 2013), en las personas mayores puede presentarse un agravamiento de isquemias cardíacas, enfermedades cerebrovasculares o tromboembolismo pulmonar.

La relación en forma de “U” entre la mortalidad y la temperatura es de vieja data, ya que la mortalidad aumenta hacia ambos extremos del régimen térmico. En la misma medida que se prolonga el período de estrés térmico se acrecienta el número de personas fallecidas como una respuesta meteoropatológica significativa. Esto hace que deba reconocerse que existen personas migrantes medioambientales —entre ellas, muchas personas mayores—, que por razones imperiosas de cambios repentinos o progresivos en el medio ambiente que afectan de manera negativa sus vidas o las condiciones de vida, se ven obligadas a abandonar sus hogares habituales (Richards y Bradshaw, 2017). Por lo tanto, se hace necesario visibilizar esta realidad de las personas mayores, en preocupante desprotección jurídica.

Se sabe que las mayores emigraciones se producen hacia las ciudades, donde vive el 50% y en los próximos 20 años será el 70%, de la población mundial (Ortega Ramírez, 2021; Doval, 2021; Ceja, Álvarez Velasco y Berg, 2021). En las ciudades, casi carentes de espacios verdes, se desarrollan las llamadas islas de calor por la alta contaminación del aire. La región de América Latina y el Caribe es una de las que presentan mayor crecimiento urbano del mundo, con alta concentración de población en las grandes ciudades, lo que ha generado un aumento de la exposición a la contaminación atmosférica, que es otro factor de riesgo para la salud de las personas mayores.

Por estas razones, es necesario reconocer que en el mundo global todo tiene nexos con la salud y con el cambio climático. Las personas mayores son el grupo de edad más perjudicado y su protección es responsabilidad de todos. Es fundamental tomar acciones contra el cambio climático como una obligación moral porque la contaminación atmosférica es un riesgo importante para un envejecimiento saludable. La utilidad de la información climática para el sector salud y la atención a las personas mayores son una deuda para con los profesionales del sector, así como con la promoción del conocimiento acerca de la interrelación del envejecimiento y el entorno.

Teniendo en cuenta las consecuencias del cambio climático, es imprescindible desarrollar estrategias para realizar adaptaciones ambientales que contribuyan a un envejecimiento saludable en todas las edades desde la mirada de la gerontología ambiental,

con base en la relación entre el medio ambiente y los productos destinados a las personas mayores, en las disciplinas de diseño, en la construcción del entorno físico, espacial y de servicios, hasta la alerta temprana biometereológica y el uso terapéutico del clima.

B. Investigación y toma de conciencia sobre el impacto del cambio climático en las personas mayores

Es preciso llevar a cabo más investigaciones sobre el cambio climático y el envejecimiento, pues serían un instrumento científico de enorme ayuda, como parte integrada y sistemática de la toma de decisiones y la formulación y ejecución en materia de salud. La investigación implica una colaboración continua entre los encargados de las decisiones, los investigadores y las comunidades, y arroja luz sobre los factores específicos de cada contexto que influyen en los programas, las políticas y las decisiones sobre sistemas relacionados con la salud en el mundo real (Marten y otros, 2021). El estudio de la influencia de los determinantes de la salud —como el clima— a lo largo de la vida ayuda a entender los patrones de salud-enfermedad en las últimas décadas de la vida, por lo que se propone investigar:

- La adaptación al estrés provocada por el cambio climático para un envejecimiento no saludable.
- Los vínculos entre las respuestas de la edad en relación con el entorno, el clima y las marcas epigenéticas.
- La diferenciación de las respuestas inflamatorias adaptativas al cambio climático.
- La generación de conocimientos sobre el papel de los tipos de daño macromolecular provocado en el humano por el cambio climático, su papel en las enfermedades crónicas y la manera en que influye en el envejecimiento.
- El conocimiento de las alteraciones del ritmo circadiano provocadas por el cambio climático, la influencia de estas en el metabolismo durante todo el curso de vida y su repercusión en el envejecimiento saludable.

En este contexto y en virtud del envejecimiento poblacional que experimenta la región de América Latina y el Caribe, es importante que los sistemas de salud proporcionen oportunidades para mejorar las capacidades de las personas mayores para el cuidado de enfermedades crónicas y comorbilidad, incluido el autocuidado, mediante programas basados en evidencias que han resultado eficaces en la calidad de vida y los síntomas de las personas, así como en la reducción de costos de salud. De igual manera, es posible fomentar el desarrollo de aptitudes personales, aumentar la confianza y la motivación para ayudar a las personas a tomar mejores decisiones sobre la salud propia (Morsch y otros, 2021).

Las violaciones de derechos humanos de las personas mayores, que en algunos países incluso condujeron a la toma de decisiones que las llevaron a la muerte durante la pandemia por COVID-19, son muy recientes para olvidarlas. La meta es crecer como una sociedad para todas las edades, que debe su desarrollo al intercambio entre todas las generaciones, porque todos necesitan de todos (Cano-Gutiérrez y otros, 2021). Mantenerse informado de los acontecimientos del cambio climático es esencial para tomar decisiones

oportunas, eficaces y sostenibles para toda la población, en especial, para las familias convivientes con personas mayores². Es incuestionable la necesidad de llevar a cabo acciones educativas que eleven el nivel de conocimientos sobre el envejecimiento, la vejez y la variabilidad climática durante la Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030, con el objetivo de impulsar en las familias y en las comunidades el afrontamiento o la mitigación de los efectos del cambio climático y del entorno sobre la salud de las personas mayores, sin discriminarlas por su edad o situación de discapacidad.

La educación no podrá sola con el colosal desafío de hacerse cargo de un cambio tan drástico, por lo que también es necesario elaborar propuestas que conduzcan a la toma de acciones de manera sensible y comunicar sobre los peligros de la amenaza que representa dicha problemática, y mostrar las posibles alternativas de mitigación y prevención de sus consecuencias (Betancourt Álvarez, 2019; Guerra Salcedo, Covas Álvarez y Santos Abreu, 2018; Porro de Zayas y otros, 2019; Morales Tarajano y otros, 2019). Las técnicas de información computarizadas resultarían de gran ayuda para alcanzar esta meta, toda vez que pueden proporcionar, con un radio de alcance prácticamente ilimitado, la información necesaria a un mayor número de personas al mismo tiempo (Villafuerte Holguín, 2019).

Es necesario realizar transformaciones en las dimensiones sociales, culturales y éticas del problema, cuyo avance solo se conseguirá mediante cambios sustantivos en los procesos educativos (Porro de Zayas y otros, 2019; Morales Tarajano y otros, 2019), para elevar el nivel de sensibilidad hacia esta problemática en la población en general, las personas mayores y, en especial, en el personal de salud, de forma tal que se garantice una cultura ambiental en el marco de un compromiso con la conservación sostenible del medio ambiente. Estas transformaciones estarían en consonancia con los marcos internacionales que los países de la región han suscrito, como el Protocolo de Kioto, el Acuerdo de París y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pues no es posible lograr la salud humana en un planeta que enferma sin proteger a las personas de más avanzada edad.

C. Ejemplo de buena práctica en Cuba

En Cuba se han llevado adelante estrategias encaminadas a lograr la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos. Algunos ejemplos son: “Educación superior, innovación y gestión de gobierno para el desarrollo 2012-2020” (Díaz-Canel-Bermúdez y García-Cuevas, 2020), la Estrategia Ambiental del Ministerio de Educación Superior (MES) 2017-2020, el Programa Nacional de Educación Ambiental para el Desarrollo Sostenible 2016-2020 del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente, y la Tarea Vida, Plan de Estado para el Enfrentamiento al Cambio Climático (Padrón Oliveros, Martínez Pérez y Arap Fresno, 2021). Todas ellas traerán beneficios para las personas mayores de forma directa.

Por su parte, el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, el Instituto de Meteorología y la Agencia de Medio Ambiente desarrollan el proyecto “Clima, Salud y Envejecimiento”, con el objetivo de afrontar los desafíos del sector salud en lo

² Un estudio transversal de convivencia de la población de 60 años o más que reside en hogares privados en 23 países de América Latina y el Caribe, realizado con base en los microdatos censales más recientes disponibles en Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) (Esteve y Zueras, 2021), confirma que la familia desempeña un papel importante en la protección social de la vejez en los países menos desarrollados y en los grupos menos escolarizados.

relativo a la capacidad de reconocer, comprender, interpretar y aplicar la información climática disponible para adoptar planes y medidas de protección frente a los riesgos para la salud de las personas mayores y la repercusión de un clima cambiante en el envejecimiento humano.

Este proyecto permitirá dar información relevante a todos los profesionales de la salud, a las personas mayores, sus familiares, cuidadores y comunidades científicas, para estar preparados, adaptados y resilientes al clima, a través de recomendaciones, alertas y pronósticos bioclimatológicos, fundamentando la necesidad de un cambio en la atención de las personas mayores, basado en la cooperación entre expertos y científicos de meteorología, epidemiología ambiental, geógrafos, matemáticos, ambientalistas, diseñadores, arquitectos, ingenieros, sociólogos, psicólogos, tecnólogos de la salud, enfermeras y médicos, en la atención gerontogeriátrica y los que la reciben.

D. Recapitulación y recomendaciones

Los Estados de la región de América Latina y el Caribe deben reconocer en sus leyes nacionales el derecho a un medio ambiente seguro, limpio, saludable y sostenible para las personas mayores y toda la población como derecho humano, porque la vida y la dignidad humanas dependen de un medio ambiente saludable, que es parte integral del disfrute de todos los demás derechos.

El cambio climático es la mayor amenaza para la salud mundial en el siglo XXI, según reconoce la OMS. La salud es y será afectada por los cambios del clima a través de impactos directos (olas de calor, sequías, tormentas fuertes y aumento del nivel del mar) e indirectos (enfermedades de las vías respiratorias y las transmitidas por vectores, inseguridad alimentaria y del agua, desnutrición y desplazamientos forzados), con mayor carga de morbilidad en las personas mayores. Por lo tanto, es muy importante preparar a este grupo de población y a todo el personal que las cuidan, formal e informal, mediante alertas tempranas, una mejor planificación e implementación de medidas de prevención y adaptación; así como conocimientos sobre las causas y consecuencias del cambio climático y la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero.

En el marco jurídico de este mundo globalizado aún persiste una soledad de los derechos humanos y una desprotección de las personas mayores ante las consecuencias negativas del cambio climático, de la contaminación y los desastres naturales extremos por el clima cambiante. Al respecto, Amnistía Internacional denunció que la falta de medidas de los gobiernos para abordar el cambio climático, pese a las acuciantes pruebas científicas, podría ser la mayor violación de derechos humanos intergeneracional de la historia. A partir de lo anterior y lo desarrollado en este capítulo se recomienda:

- Empoderar a las personas mayores para fortalecer su resiliencia al cambio climático, para un adecuado manejo del peligro, la vulnerabilidad y el riesgo ante desastres climáticos.
- Crear cátedras especializadas en envejecimiento, derechos humanos y cambio climático, como fuentes de conocimientos de vulnerabilidades y desastres,

junto con sensibilizar acerca de la educación en materia de cambio climático y promoción de la salud en las personas mayores, y proveer asistencia técnica³.

- Facilitar la integración de la educación sobre el cambio climático en el plan de estudios de todos los niveles de enseñanza, que permita desarrollar la capacidad de resiliencia ante el cambio climático por parte de las personas mayores y sus familias.
- Crear estrategias para un sistema de vigilancia, alerta temprana y evaluación de la salud de las personas mayores, y enfermedades y condiciones sensibles al clima, en colaboración con centros con objetivos similares, nacionales, regionales y locales. Los profesionales de la salud deben educar a la población en promoción y prevención, incluyendo recomendaciones que permitan reducir los impactos del cambio climático.
- Investigar sobre el envejecimiento, el cambio climático y la salud, a fin de obtener datos sobre las personas mayores y los determinantes del clima del envejecimiento saludable; obtener evidencia acerca de los beneficios colaterales de las medidas relacionadas con el cambio climático en la esfera de la salud y hacer uso terapéutico del clima (heliofisioterapia) y de la alerta temprana biometereológica.
- Promover entornos favorables para un envejecimiento activo y rediseñar la planificación urbanística, el transporte público y las opciones de movilidad individual que tengan una relación saludable con el medio ambiente y las comunidades.
- Movilizar recursos y financiación para investigar temas del cambio climático, envejecimiento y la salud.
- Promover una campaña para reducir la carga de morbilidad por enfermedades relacionadas con la contaminación del aire (interior y exterior) en las personas mayores, en cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible relativo a la salud (ODS 3) y cambio climático (ODS 13).

De igual manera, los planes de recuperación relacionados con la pandemia por COVID-19 deben contemplar medidas de reducción de emisiones de carbono y de aumento de la resiliencia frente al clima, a la vez que se determinan y maximizan los beneficios para la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

³ Ejemplos de temas de las cátedras son medicina ambiental del entorno; cambios climáticos y enfermedades crónicas; atención a la población mayor bajo los efectos de desastres; atención psicosocial de las personas mayores después de desastres climatológicos; efectos de la salinización de los suelos y acciones encaminadas a revertir estos efectos nocivos para los ancianos; atención de la población mayor bajo los efectos de inundaciones costeras o por desborde de aguas represadas; afrontamiento de olas de calor; afrontamiento de brotes de enfermedades frecuentes, y en caso de ser necesario, mantener grupos poblacionales en espacios reducidos, durante aislamientos por desastres climatológicos; geobiología o medicina del hábitat de personas mayores; efecto del entorno sobre la salud humana, que incluye la influencia de las edificaciones que pueden producir diferentes tipos de afecciones, los llamados edificios enfermos; efectos perjudiciales para la salud humana de los diferentes contaminantes ambientales y de edificaciones; el cambio climático y enfermedades crónicas en las personas mayores; incentivar el autocuidado en los pacientes mayores de 60 años para que puedan desarrollar acciones de salud que mejoren su calidad de vida.

Bibliografía

- ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) (2021), “Cambio climático y desplazamiento por desastres”, Centro de prensa [en línea] <https://www.acnur.org/cambio-climatico-y-desplazamiento-por-desastres.html>.
- Altamirano Rúa, T. (2014), *Refugiados ambientales, cambio climático y migración forzada*, Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Barbosa da Silva, J., J. Rowe y J. R. Jauregui (2021), “Envejecimiento saludable en la Región de las Américas”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 45 [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54753>.
- Betancourt Álvarez, P. R. (2019), “Universidad y cambio climático”, *Humanidades Médicas*, vol. 19, N° 3 [en línea] http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1561/pdf_102.
- Biedma López, E. (2007), “Aproximación al estudio de la helioterapia. Revisión histórica”, *Medicina Naturista*, vol. 1, N° 2 [en línea] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328577>.
- Brown, O. (2008), “Migración y cambio climático”, *Serie de Estudios de la OIM sobre la Migración* N° 31, Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones (OIM) [en línea] https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs-31_sp.pdf.
- Cano-Gutiérrez, C. y otros (2021), “La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 45 [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54642?locale-attribute=es>.
- Cañarte Soledispa, K. (2010), “Radiación ultravioleta y su efecto en la salud”, *Ciencia UNEMI*, vol. 3, N° 4 [en línea] <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/2970/1/RADIACION%20ULTRAVIOLETA%20Y%20SU%20EFECTO%20EN%20LA%20SALUD.pdf>.
- Castro Ruz, F. (1992), “Discurso pronunciado por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en Río de Janeiro en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo el 12 de junio de 1992”, *Fidel, Soldado de las Ideas* [en línea] <http://www.fidelcastro.cu/es/discursos/discurso-en-la-conferencia-de-naciones-unidas-sobre-medio-ambiente-y-desarrollo-rio-de> [fecha de consulta: 10 de agosto de 2020].
- Ceja, I., S. Álvarez Velasco y U. Berg (coords.) (2021), *Migración*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Coen, D., J. Kreienkamp y T. Pegram (2020), *Global Climate Governance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Cueto, J. X., S. Zamora y J. Calderón (2020), “Multimedia ‘cambio climático, retos y desafíos: un medio de enseñanza para la educación ambiental’”, *Revista Cubana de Educación Superior*, vol. 39, N° 1 [en línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v39n1/0257-4314-rces-39-01-e14.pdf>.
- Díaz-Canel-Bermúdez, M. (2021), “Intervención en debate de alto nivel de las Naciones Unidas Acción por el Clima: por la gente, el planeta y la prosperidad”, Presidencia y Gobierno de Cuba [en línea] <https://www.presidencia.gob.cu/es/presidencia/intervenciones/intervencion-en-debate-de-alto-nivel-de-las-naciones-unidas-accion-por-el-clima-por-la-gente-el-planeta-y-la-prosperidad/> [fecha de consulta: 10 de diciembre de 2021].
- Díaz-Canel-Bermúdez, M. y J. L. García-Cuevas (2020), “Educación superior, innovación y gestión de gobierno para el desarrollo 2012-2020”, *Ingeniería Industrial*, vol. XLI, N° 3 [en línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/rii/v41n3/1815-5936-rii-41-03-e4131.pdf>.
- Diputación de Huelva (2018), *Cambio climático y desarrollo sostenible 2018: resumen ejecutivo, Informe La Rábida, Huelva*, Diputación de Huelva, Observatorio de Desarrollo Sostenible y Cambio Climático de La Rábida [en línea] <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2019/06/Segib-Informe-La-Ra%CC%81bida-Resumen-ejecutivo-2018-2.pdf>
- Doval, A. (2021), “Las migraciones humanas en el mundo actual: una síntesis geográfica”, *Andar, camiñar, marchar... Actas do XV Curso de Primavera*, F. Arias y M. J. Zins (eds.), Universidade de Santiago de Compostela [en línea] <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/26422>.
- EFE Verde (2020), “La OMS asocia la pandemia al cambio climático: ‘Era cuestión de tiempo’” [en línea] <https://www.efeverde.com/noticias/oms-asocia-pandemia-cambio-climatico-cuestion-tiempo/>.

- Esteve, A. y P. Zueras (2021), "La estructura de los hogares de las personas mayores en América Latina y el Caribe", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 45 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34621303/>.
- Feigin, V. y otros (2016), "Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *Lancet Neurology*, vol. 15, N° 9 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27291521/>.
- Gobierno de México (2020), *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de daños a la salud por temperaturas naturales extremas (SVEDSTNE)*, Ciudad de México, Gobierno de México-Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología [en línea] https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/34_Manual_Temp_Nats_Extremas.pdf.
- González-Pumariega, M., M. Vernhes y A. Sánchez-Lamar (2009), "La radiación ultravioleta: su efecto dañino y consecuencias para la salud humana", *Theoria*, vol. 18, N° 2 [en línea] <https://www.redalyc.org/pdf/299/29917006006.pdf>.
- Guerra Salcedo, M. C., O. Covas Álvarez e I. Santos Abreu (2018), "Nuevas perspectivas para la educación ambiental en la educación de adultos", *Varona. Revista Científico-Methodológica*, vol. 66, N° 1 [en línea] <http://scielo.sld.cu/pdf/vrcm/n66s1/1992-8238-vrcm-66-s1-e15.pdf>.
- IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change) (2021), "Sixth Assessment Report N° AR6", Working Group I – The Physical Science Basis, Organización Meteorológica Mundial (OMM)/ Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) [en línea] https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg1/downloads/outreach/IPCC_AR6_WGI_Press_Conferenc e_Slides.pdf.
- Kaufman J. D. y otros (2016), "Association between air pollution and coronary artery calcification within six metropolitan areas in the USA (the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis and Air Pollution): a longitudinal cohort study", *Lancet*, vol. 388, N° 10045 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27233746/>.
- Loomis, D. y otros (2013), "The carcinogenicity of outdoor air pollution", *Lancet Oncology*, vol. 14, N° 13 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25035875/>.
- López Feldman, A. J. (2015), *Cambio climático y actividades agropecuarias en América Latina*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39824/1/S1501286_es.pdf.
- Marten, R. y otros (2021), "La utilidad y el impacto de incorporar la investigación sobre implementación para mejorar la ejecución de los programas: perspectivas de América Latina y el Caribe", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 45 [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54743>.
- McMichael, A. J., R. Woodruff y S. Hales (2006), "Climate change and human health: present and future risks", *Lancet*, vol. 367, N° 9513 [en línea] <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673606680793>.
- Mead, M. (2009), "Beneficios de la luz solar. Un punto brillante para la salud humana", *Ciencia & Trabajo*, N° 31 [en línea] www.cienciaytrabajo.cl.
- Mondelo, P. y otros (2013), *Ergonomía 2. Confort y estrés térmico*, Barcelona, Ediciones UPC.
- Mora Ochoa, M. y otros (2010), "El sol, ¿enemigo de nuestra piel?", *Medisan*, vol. 14, N° 6 [en línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445243014>.
- Morales Tarajano, L. y otros (2019), "Ética ambiental en la educación política e ideológica para el desarrollo sostenible en salud", *Humanidades Médicas*, vol. 19, N° 3 [en línea] http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1550/pdf_105.
- Morsch, P. y otros (2021), "Evidence-based programs for older persons in the Americas", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 45 [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54575>.
- Naciones Unidas (s/f), "Creación y aplicación de una Estrategia Nacional de Aprendizaje sobre el Cambio Climático. República Dominicana", Iniciativa Una ONU: Asociación para el Aprendizaje sobre el Cambio Climático [en línea] <https://www.unclearn.org/es/proyectos-nacionales/republica-dominicana/>.

- _____ (2021), Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 8 de octubre de 2021, 48/13. El derecho humano a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible, 48 período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, 18 de octubre de 2021.
- _____ (2019), “Miles de muertos, millones de desplazados... los efectos del cambio climático se aceleran”, *Noticias ONU*, marzo [en línea] <https://news.un.org/es/story/2019/03/1453581>.
- _____ (2018), “El derecho humano a un medio ambiente sano debe ser reconocido”, *Noticias ONU* [en línea] <https://news.un.org/es/story/2018/10/1444342>.
- _____ (2015), “La Asamblea General adopta la Agenda para el Desarrollo Sostenible”, *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Centro de Noticias de la ONU [en línea] <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>.
- Nawrot, T. y otros (2011), “Public health importance of triggers of myocardial infarction: a comparative risk assessment”, *Lancet*, vol. 377, N° 9767 [en línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21353301/>.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)*, adoptada en Washington, D. C., el lunes 15 de junio de 2015, entrada en vigor: 1 de noviembre de 2017 [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp.
- OMM (Organización Meteorológica Mundial) (2021), “Organización Meteorológica Mundial: Un nuevo enfoque sobre el clima reclama la adopción de medidas urgentes”, Comunicado de prensa, 9 de agosto [en línea] <https://public.wmo.int/es/media/comunicados-de-prensa/organizaci%C3%B3nmeteorol%C3%B3gica-mundial-un-nuevo-informe-sobre-el-clima>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2021), “Los 10 llamados de la OMS a favor de la acción climática para garantizar una recuperación sostenida de la COVID-19”, Comunicado de prensa [en línea] <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2021-who-s-10-calls-for-climate-action-to-assure-sustained-recovery-from-covid-19>.
- _____ (2016), “La OMS publica estimaciones nacionales sobre la exposición a la contaminación del aire y sus repercusiones para la salud”, Comunicado de prensa [en línea] <https://www.who.int/es/news/item/27-09-2016-who-releases-country-estimates-on-air-pollution-exposure-and-health-impact>.
- Ortega Ramírez, A. (2021), “Ciudades y migrantes, tensiones entre gobernanza, derecho internacional y gestión”, *Odisea. Revista de Estudios Migratorios*, N° 8 [en línea] <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/odisea/article/view/6916/5810>.
- Padrón Oliveros, A., H. Martínez Pérez y M. Arap Fresno (2021), “La educación ambiental para el cambio climático y la Tarea Vida en la carrera Biología”, *Revista Científico-Educacional de la Provincia Granma*, vol. 17, N° 2 [en línea] <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/2371/4634>.
- Porro de Zayas, L. A. y otros (2019), “Tratamiento de la lengua materna para el desarrollo de la formación medioambiental en la educación superior”, *Humanidades Médicas*, vol. 19, N° 3 [en línea] http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1543/pdf_106.
- Prüss-Üstün, A. y C. Corvalán (2006), *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de Orientación*, París, Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf.
- Richards, J. A. y S. Bradshaw (2017), “Desarraigados por el cambio climático. La necesidad de responder al aumento del riesgo de desplazamientos”, OXFAM (informe), noviembre [en línea] <https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/bp-uprooted-climate-change-displacement-021117-es.pdf>.
- Rico-Rosillo, M. G., D. Oliva-Rico y G. Vega-Robledo (2018), “Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 56, N° 3 [en línea] http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/825.

- Ship2B Foundation (2021), “¿Cómo afecta el deterioro del medio ambiente a la salud?” [en línea] <https://www.ship2b.org/en/actualidad/como-afecta-el-cambio-climatico-a-la-salud>.
- Smith, K. R. y otros (2014), “Human health: impacts, adaptation, and co-benefits”, *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, C. B. Field y otros (eds.), Nueva York, Cambridge University Press [en línea] https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/WGIIAR5-Chap11_FINAL.pdf.
- Tierra Viva Agencia de Noticias (2021), “La ONU declaró que un ambiente limpio, saludable y sostenible es un derecho humano” 14 de octubre [en línea] <https://agenciatierraviva.com.ar/la-onu-declaro-que-un-ambiente-limpio-saludable-y-sostenible-es-un-derecho-humano/>.
- UNFCCC (Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático) (2021), “The Paris Agreement” [en línea] <https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement>.
- Villafuerte Holguín, J. S. (2019), “Redes sociales como espacio de reflexión y acción resiliente ante el cambio climático”, *Humanidades Médicas*, vol. 19, N° 3 [en línea] http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1546/pdf_104.
- Watts, N. y otros (2015), “Health and climate change: policy responses to protect public health”, *The Lancet Commissions*, vol. 386, N° 10006 [en línea] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60854-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60854-6/fulltext).

Capítulo XII

Derecho al trabajo de las personas mayores. Buenas prácticas en la impartición de justicia en México

Aída Díaz-Tendero¹

Introducción

En América Latina y el Caribe, el ámbito de las políticas públicas, en concreto de las políticas sociales, cuenta con una nueva arena en la que se está avanzando hacia una mayor protección de los contenidos de los derechos y de sus titulares, en especial de los derechos económicos, sociales y culturales. Se trata del fenómeno supranacional de la justiciabilidad de los derechos humanos de las personas mayores y singularmente de los derechos económicos, sociales, culturales (en adelante, DESC).

El objetivo de este capítulo es: i) subrayar la trascendencia del fenómeno latinoamericano de la justiciabilidad de los derechos humanos de las personas mayores, en especial de los derechos económicos, sociales y culturales; y, ii) valorar una sentencia sobre un caso mexicano relacionado con la vulneración de los derechos humanos de personas mayores para determinar si constituye o no una buena práctica en la positivización o realización de los derechos económicos, sociales y culturales de este grupo etario.

¹ Doctora en América latina contemporánea por la Universidad Complutense de Madrid. Realizó un posdoctorado en El Colegio de la Frontera Norte de México. Profesora-Investigadora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.

Tras una búsqueda² de las sentencias dictadas por los tribunales de diferente nivel y jurisdicción en México sobre derechos de las personas mayores, en las que predominan de modo abrumador las que resuelven casos en los que se vulneran derechos en el ámbito civil, se encontró una sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que resuelve un caso en el que se vulnera el derecho al trabajo de las personas mayores.

Si constituye o no una buena práctica en el ámbito de las políticas públicas y derechos humanos de las personas mayores se valorará en función de los siguientes parámetros: i) construcciones sociales y jurídicas sobre las personas mayores, ii) integración de la normatividad internacional en materia de derechos humanos de las personas mayores; iii) inclusión de los estándares de la Comisión y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y iv) convergencia de la normatividad nacional y la internacional.

En el capítulo se presenta el contenido del derecho al trabajo de las personas mayores como parte de los derechos económicos, sociales y culturales que, junto con los derechos civiles y derechos políticos, constituyen el abanico de derechos imprescindibles para una ciudadanía plena de las personas mayores. En el desarrollo del tema se expondrá la evolución del derecho al trabajo de las personas mayores en los sistemas universal, regional y nacional mexicano. En el ejemplo de buenas prácticas se evidenciará la praxis judicial a través del análisis de una sentencia de la Suprema Corte de México sobre el derecho al trabajo de las personas mayores. En las recomendaciones se identificarán las lecciones aprendidas y en la recapitulación se presentarán las conclusiones recalcando la alianza estratégica que representa la praxis judicial en la consolidación de las políticas públicas de las personas mayores y en la garantía de sus derechos y, de manera específica, de las políticas sociales y los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.

A. Derecho al trabajo de las personas mayores

El derecho al trabajo de las personas mayores se estableció por primera vez en el contexto universal a través de un instrumento no vinculante, la Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que fue adoptada por su Conferencia General en 1980. Su contenido puede clasificarse en dos grandes bloques: por una parte, bajo el título “Igualdad de oportunidades y de trato”³, se asienta la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores de edad con respecto a los otros trabajadores en cuestiones como el acceso al trabajo, a la actualización en la formación y a la promoción; y, asimismo, la no discriminación en el desempeño⁴ del

² Véase Sentencias relevantes en Materia de Derechos Humanos [en línea] <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/buscadores-juridicos/sentencias-relevantes-en-materia-de-derechos-humanos>.

³ Las personas trabajadoras de edad deberían disfrutar, sin discriminación por razón de edad, de igualdad de oportunidades y de trato respecto de los otros trabajadores, en particular en relación con las cuestiones siguientes: a) acceso a los servicios de orientación profesional y de colocación; b) habida cuenta de sus aptitudes profesionales, experiencia y calificaciones, acceso: i) a un empleo de su elección, tanto en el sector público como en el privado, a reserva de los casos en que excepcionalmente se fijen límites de edad a causa de las exigencias, condiciones o reglamentaciones particulares de ciertos tipos de empleo; ii) a los medios de formación profesional, en particular los de perfeccionamiento y actualización de la formación; iii) a la licencia pagada de estudios, en particular con fines de formación y de educación sindicales; iv) a la promoción y a una justa distribución de tareas (art. 5 de la Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad, 1980).

⁴ Las personas trabajadoras de edad deberían disfrutar del acceso, sin discriminación por edad, de igualdad de oportunidades y de trato con respecto a otros trabajadores, c) a la seguridad en el empleo; d) a la remuneración por un trabajo de igual valor; e) a las medidas de seguridad social y a las prestaciones sociales; f) a condiciones de trabajo, incluidas las medidas de seguridad e higiene; g) a la vivienda, a los servicios sociales y a las instituciones sanitarias, en particular cuando este acceso esté vinculado a la actividad profesional o al empleo (art. 5 de la Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad, 1980).

trabajo y las prestaciones asociadas. Bajo el título “Protección”⁵, un segundo bloque identifica la obligación de tomar en cuenta las necesidades del trabajador de edad avanzada para garantizar las mismas oportunidades, en cuestiones como la duración de la jornada y la adaptación del puesto de trabajo, entre otras. De especial relevancia resulta la libertad de transitar de la vida profesional al retiro de manera flexible, contenida en el capítulo “Preparación y acceso al retiro”⁶ de la misma recomendación.

B. Derecho al trabajo como derecho económico, social y cultural

Los derechos económicos, sociales y culturales dan contenido a la ciudadanía social que, junto con los derechos políticos que conforman la ciudadanía política y los derechos civiles que determinan la ciudadanía civil, dan como resultado una ciudadanía tridimensional: civil, política y social, imprescindible para una ciudadanía plena (Marshall, 1949). Debido al alto grado de inequidad de las sociedades de la mayor parte de la región y dado que los DESC “tienden a hacer menos grande la desigualdad entre quienes tienen y quienes no tienen, o a poner un número de individuos siempre mayor en condiciones de ser menos desiguales respecto a individuos más afortunados por nacimiento o condición social” (Bobbio, 1995, pág. 151), su positivización es tan necesaria como la de los derechos civiles y la de los derechos políticos.

Desde el ámbito de las políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales o de la dimensión social de la ciudadanía tiene que ver con el grado de desarrollo del Estado social o el tipo de régimen de bienestar. El grado de cobertura por parte del Estado y la calidad de los servicios públicos garantizados por aquel en lo relativo a educación, sanidad, seguridad social, entre otros, es la materia de la que están constituidos los DESC, la dimensión social de la ciudadanía. Un régimen de bienestar garantizará más la dimensión social de la ciudadanía y los DESC de su población en la medida que preste más servicios sociales, de mayor calidad y de una manera más universal.

Desde el ámbito jurisdiccional, todos los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 tienen, en algún aspecto, dimensiones de justiciabilidad que pueden ser llevadas a los tribunales (Carbonell y Ferrer Mac-Gregor, 2014). Según este Pacto, los Estados tienen obligaciones generales y se deben tomar medidas adecuadas. Asimismo, deben crear recursos legales para defender los derechos económicos, sociales y culturales. Existe también la obligación

⁵ Cuando las razones de las dificultades de adaptación de los trabajadores de edad estén ligadas ante todo a su envejecimiento, deberían tomarse medidas en los tipos de actividad que se trate tanto como sea posible, con miras a: a) corregir aquellas condiciones de trabajo y de medio ambiente que puedan acelerar el proceso de envejecimiento; b) modificar las formas de organización del trabajo y la ordenación de los horarios de trabajo que entrañen exigencias y ritmos excesivos en relación con las posibilidades de los trabajadores interesados, en particular limitando las horas extraordinarias; c) adaptar el puesto de trabajo, y las tareas que este exige, al trabajador que ocupa dicho puesto, utilizando todos los medios técnicos disponibles y, en particular, aplicando los principios de la ergonomía, a fin de preservar la salud, prevenir los accidentes y mantener la capacidad de trabajo; d) prever una vigilancia más sistemática del estado de salud de los trabajadores; e) prever, en los lugares de trabajo, una supervisión adecuada para garantizar la higiene y la seguridad de los trabajadores (art. 13 de la Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad, 1980).

⁶ En todos los casos en que sea posible deberían adoptarse medidas con miras a: a) garantizar que, en el marco de un sistema que permita una transición progresiva entre la vida profesional y un régimen de actividad libre, el paso de una persona trabajadora a la situación de retiro se efectúe voluntariamente; b) hacer flexible la edad de admisión a la prestación de vejez (art. 21 de la Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad, 1980).

de progresividad y la prohibición de regresividad; se debe destinar el máximo de recursos disponibles y se deben mantener niveles mínimos en los períodos de crisis.

En cuanto a la región de América Latina y el Caribe, ha sido una práctica reiterada de la Corte Interamericana de Derechos Humanos utilizar distintos instrumentos y fuentes internacionales para definir los contenidos de los DESC y precisar las obligaciones de los Estados. A partir de 2017, este tribunal internacional inició un fuerte proceso de justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, y lo ha hecho precisamente con varios casos⁷ que involucran el derecho al trabajo de diferentes sujetos de derecho, entre los que por ahora no figuran las personas mayores. En relación con los DESC de este grupo etario, ha dado un paradigmático paso adelante con la justiciabilidad del derecho a la salud, en el caso Poblete-Vilches (2018).

Para ubicar el derecho al trabajo de las personas mayores en el abanico de los DESC y de la clasificación⁸ en derechos civiles, políticos y sociales de las personas mayores, resulta útil presentar los que contiene la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante la Convención). Este instrumento cumple la doble condición de incluir de manera exhaustiva los tres grupos de derechos, a diferencia de tratados regionales de máxima relevancia como el ya mencionado Pacto de San José, que establece derechos civiles y políticos, o el Protocolo adicional de San Salvador (1988), centrado en los derechos económicos, sociales y culturales y, en segundo lugar, constituye un instrumento *ad-hoc* para las personas mayores.

Cuadro XII.1

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

| | |
|---------------------|---|
| Ciudadanía civil | Discriminación por razón de edad (art. 5); derecho a la vida y a la dignidad en la vejez (art. 6); derecho a la independencia y autonomía (art. 7); derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (art. 9); derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 10); derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (art. 11); derecho a la libertad personal (art. 13); derecho a la libertad de expresión y de opinión, y al acceso a la información (art. 14); derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación (art. 15); derecho a la privacidad y a la intimidad (art. 16); derecho a la propiedad (art. 23); derecho a igual reconocimiento como personas ante la ley (art. 30), y derecho a la justicia (art. 31). |
| Ciudadanía política | Derechos políticos (votar libremente y ser elegido) (art. 27), de reunión y asociación (art. 28). |
| Ciudadanía social | Derechos económicos: derecho a la vivienda (art. 24), derecho al trabajo (art. 18). Derechos sociales: derecho a la salud (art. 19), derechos de la persona mayor que recibe cuidados de largo plazo (art. 12), derecho a situaciones de riesgo y emergencias humanitarias (art. 29), derecho a la seguridad social (art. 17). |

⁷ Véase la jurisprudencia de estos casos en Ferrer Mac-Gregor (2017).

⁸ Véase un análisis específico de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en Díaz-Tendero (2018) y de manera más amplia en Díaz-Tendero (2019).

| | |
|------------------|---|
| Ciudadanía civil | <p>Discriminación por razón de edad (art. 5); derecho a la vida y a la dignidad en la vejez (art. 6); derecho a la independencia y autonomía (art. 7); derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (art. 9); derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 10); derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (art. 11); derecho a la libertad personal (art. 13); derecho a la libertad de expresión y de opinión, y al acceso a la información (art. 14); derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación (art. 15); derecho a la privacidad y a la intimidad (art. 16); derecho a la propiedad (art. 23); derecho a igual reconocimiento como personas ante la ley (art. 30), y derecho a la justicia (art. 31).</p> <p>Derechos culturales: derecho a la educación (art. 20), derecho a la cultura (art. 21), derecho a la participación e integración comunitaria (art. 8), derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte (art. 22), derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal (art. 26).</p> <p>Derechos ambientales: derecho a un medioambiente sano (art. 25).</p> |
|------------------|---|

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización de los Estados Americanos (OEA), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70). Asamblea General, cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones, 2015; T. H. Marshall, *Class, Citizenship, and Social Development*, Nueva York, Anchor Books, 1949; A. Díaz-Tendero, “La nueva Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, *Anuario de los Cursos de Derechos Humanos de Donostia-San Sebastián*, vol. XVI, J. Soroeta (dir.), Toronto, Thomson Reuters Aranzadi, 2017.

C. El derecho al trabajo de las personas mayores en los ámbitos universal, regional y nacional

1. Ámbito universal

Desde la ya mencionada Recomendación sobre los Trabajadores de Edad (1980) de la Organización Internacional del Trabajo no había aparecido de manera explícita el derecho al trabajo de las personas mayores, esto es, no subsumido en la expresión “otras formas de discriminación”, hasta que fue asentado en la Observación General Núm. 19 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 2008 (Naciones Unidas, 2008, párr. 29), que se ocupó de los contenidos normativos del derecho a la seguridad social, de manera no vinculante. La edad se encuentra entre los motivos prohibidos de discriminación⁹ en el derecho al trabajo, en el siguiente tenor:

“La edad es un motivo prohibido de discriminación en diversos contextos. El Comité ha destacado la necesidad de ocuparse de la discriminación contra los trabajadores desempleados de más edad que buscan trabajo o acceso a la capacitación y readiestramiento profesional, y contra las personas de más edad que viven en la pobreza con acceso desigual a las pensiones universales de las personas mayores como resultado de su lugar de residencia” (Naciones Unidas, 2008, párr. 29).

⁹ Cualquier distinción, exclusión, restricción 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. La discriminación obstaculiza o deja sin efectos el reconocimiento, el goce y el ejercicio de los derechos humanos.

2. **Ámbito regional**

Se encuentran certeras inclusiones del derecho al trabajo de las personas mayores de manera explícita en instrumentos como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador (1988), instrumento vinculante que dedica el artículo 17 a la protección de las personas mayores:

“Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. Los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a) proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b) ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c) estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos”.

Por su parte, la Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del Consejo de Europa (2014), instrumento no vinculante que evita intencionadamente definir la edad a partir de la que se considera que una persona es mayor¹⁰, inicia en el preámbulo con la siguiente afirmación: “Teniendo en cuenta la Resolución de la Asamblea Parlamentaria 1793 (2011) sobre la promoción del envejecimiento activo: aprovechar el potencial de trabajo de las personas mayores” (2014, pág. 1), recordando la importante contribución humana, social y económica que las personas mayores aportan a la sociedad (2014). Es constatable que esta recomendación adopta en gran medida los contenidos de la Recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En el capítulo dedicado a la Protección Social y Empleo se introduce la no discriminación en el acceso y en el desempeño:

“Los Estados miembros deberán garantizar que las personas mayores no sufren discriminación en el trabajo, tampoco por cuestiones de edad, tanto en el sector público como en el privado. Esto debe incluir aspectos como las condiciones para el acceso al empleo (incluidas las condiciones de contratación), la formación inicial y profesional continua, las condiciones de trabajo (incluidos el despido y la remuneración), la pertenencia a sindicatos o la jubilación. Los Estados miembros deben garantizar que cualquier diferencia de trato está justificada por la promoción de un objetivo legítimo de política de empleo y es proporcional para alcanzar dicho objetivo (párr. 26).

Los Estados miembros deberán incluir la promoción de la participación de las personas mayores en el mercado laboral en sus políticas de empleo” (párr. 27).

En este mismo orden de ideas, en el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Personas Mayores en África (African Union, 2016), instrumento vinculante, si bien aún no consigue el suficiente número de

¹⁰ Se define a las personas mayores como aquellas cuya edad constituye, sola o en interacción con otros factores —incluyendo las percepciones y las actitudes—, un obstáculo para el pleno disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones (Comité de Europa, 2014, págs. 32-33).

ratificaciones¹¹ para entrar en vigor, se establece el derecho al trabajo desde el preámbulo: “El incremento en el número y necesidades de las personas mayores en África hace necesario el acceso a oportunidades laborales” (pág. 2). Existe, asimismo, un artículo específico denominado “Protección contra la discriminación en el trabajo”, que contiene los siguientes mandatos para los Estados firmantes:

“1. Tomar medidas para eliminar la discriminación contra las personas mayores en el lugar de trabajo en relación a los requisitos para acceder al puesto de trabajo; y 2. Asegurar oportunidades laborales adecuadas para las personas mayores tomando en cuenta sus habilidades, competencias y experiencia” (art. 6).

En cuanto a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), único instrumento vinculante de índole supranacional sobre los derechos humanos de las personas mayores que ha entrado ya en vigor¹² para los países que lo han ratificado o se han adherido a este, el artículo 18 describe de la siguiente manera las obligaciones de los Estados parte en relación con el derecho al trabajo de las personas mayores:

“Adoptarán medidas para impedir la discriminación laboral de la persona mayor. Queda prohibida cualquier distinción que no se base en las exigencias propias de la naturaleza del cargo, de conformidad con la legislación nacional y en forma apropiada a las condiciones locales. El empleo o la ocupación debe contar con las mismas garantías, beneficios, derechos laborales y sindicales, y ser remunerado por el mismo salario aplicable a todos los trabajadores frente a iguales tareas y responsabilidades.

- Adoptarán las medidas legislativas, administrativas o de otra índole para promover el empleo formal de la persona mayor y regular las distintas formas de autoempleo y el empleo doméstico, con miras a prevenir abusos y garantizar una adecuada cobertura social y el reconocimiento del trabajo no remunerado.
- Promoverán políticas laborales dirigidas a propiciar que las condiciones, el ambiente de trabajo, horarios y la organización de las tareas sean adecuadas a las necesidades y características de la persona mayor.
- Alentarán el diseño de programas para la capacitación y certificación de conocimiento y saberes para promover el acceso de la persona mayor a mercados laborales más inclusivos”.

El derecho al trabajo de las personas mayores tiene que ver con derechos laborales derivados de la igualdad de oportunidades y la no discriminación al menos en cuatro vertientes: i) en el acceso al trabajo sin discriminación; ii) en el desempeño del trabajo, en el sentido de que la persona mayor empleada cuente con las mismas garantías y los mismos derechos laborales y sindicales; iii) para garantizar las mismas oportunidades a veces es necesario tomar en cuenta las necesidades de la persona trabajadora, en este

¹¹ El instrumento africano necesita la ratificación de quince países para entrar en vigor y, por el momento, el requisito de la firma, anterior al de la ratificación, lo han cumplido cinco países (Benin, las Comoras, Ghana, Sierra Leona y Zambia).

¹² Entró en vigor el 11 de enero de 2017 gracias a que Costa Rica y el Uruguay satisficieron las dos ratificaciones exigidas.

caso, de la persona trabajadora mayor, en términos de horarios, organización o ambiente de trabajo; y iv) en la necesidad de regular las distintas formas de autoempleo y empleo doméstico, la inserción en la formalidad y las condiciones laborales implícitas en el trabajo decente¹³. En comparación con la Recomendación 162, la Convención incluye buena parte de aquella, si bien introduce novedades derivadas de la informalidad laboral y la conceptualización de trabajo decente, así como la reivindicación del empleo doméstico como trabajo que genera derechos laborales.

3. **Ámbito nacional: México**

En el ámbito nacional (leyes para toda la federación, lo que excluye leyes estatales), México cuenta con dos instrumentos que protegen el derecho al trabajo de las personas mayores de manera directa¹⁴ y explícita, a saber, la Ley Federal del Trabajo (1970, última reforma 2012) y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002, última reforma 2021).

La Ley Federal del Trabajo alude a la edad como criterio que no puede usarse con fines discriminatorios:

“No podrán establecerse condiciones que impliquen discriminación entre los trabajadores por motivo de origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otro que atente contra la dignidad humana” (art. 3).

“Las condiciones de trabajo basadas en el principio de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en ningún caso podrán ser inferiores a las fijadas en esta Ley y deberán ser proporcionales a la importancia de los servicios e iguales para trabajos iguales, sin que puedan establecerse diferencias y/o exclusiones por motivo de origen étnico o nacionalidad, sexo, género, edad, discapacidad, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, condiciones de embarazo, responsabilidades familiares o estado civil, salvo las modalidades expresamente consignadas en esta Ley” (art. 56).

“Queda prohibido a los patrones o a sus representantes: I. Negarse a aceptar trabajadores por razón de origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otro criterio que pueda dar lugar a un acto discriminatorio” (art. 133).

En cuanto a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se considera la discriminación en el salario percibido como una forma de violencia económica:

“La violencia económica. Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como

¹³ Trabajo decente es un concepto que busca expresar lo que debería ser en el mundo globalizado un buen trabajo o un empleo digno. El trabajo que dignifica y permite el desarrollo de las propias capacidades no es cualquier trabajo; no es decente el trabajo que se realiza sin respeto a los principios y derechos laborales fundamentales, ni el que no permite un ingreso justo y proporcional al esfuerzo realizado, sin discriminación de género o de cualquier otro tipo, ni el que se lleva a cabo sin protección social, ni aquel que excluye el diálogo social y el tripartismo (definición de la Organización Internacional del Trabajo).

¹⁴ De manera indirecta pueden mencionarse la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003, últimas reformas en 2021), y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917, últimas reformas en 2021).

la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral (art. 3° bis, párr. IV, adicionado en 2018).

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral” (art 5°, párr. V, reformado en 2018).

En la misma ley, en el capítulo dedicado a la política pública nacional de las personas adultas mayores se insta a “propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país y en su caso a su desarrollo profesional” (art. 10, párr. XV). Asimismo, en el capítulo dedicado a los programas y las obligaciones de las instituciones públicas, se explicita que corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social:

“La implementación de los programas necesarios a efecto de promover empleos y trabajos remuneradores (párr. I). La organización de una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo (párr. IV). La capacitación y financiamiento para autoempleo, a través de becas, talleres familiares, bolsas de trabajo oficiales y particulares” (art. 19, reformado en 2005).

Se observa, en general, un alineamiento a la normatividad universal y regional revisada, introduciéndose en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores la novedad de considerar las condiciones laborales desiguales para las personas mayores, concretamente un menor salario por el mismo trabajo, como violencia económica hacia las personas mayores como titulares de derechos.

D. Un caso de protección del derecho al trabajo de las personas mayores en México

Este capítulo se centra en el análisis del amparo directo en revisión 992/2014 con fecha 12 de noviembre de 2014 de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México¹⁵ para identificar buenas prácticas en el ámbito jurisdiccional, en materia de justiciabilidad de derechos de las personas mayores.

Un grupo de personas y asociaciones civiles (Asociación por la No Discriminación Laboral por la Edad o Género y Centro contra la Discriminación) promovieron en el entonces Distrito Federal (hoy Ciudad de México) una demanda por daño moral en contra de la Sociedad Anónima Bursátil de Capital Variable CMR, con motivo de las ofertas de trabajo publicadas por esta en agosto de 2007 en el periódico mexicano *Reforma* al considerar que las convocatorias resultaban discriminatorias porque contenían una distinción basada en la edad que afectaba directamente sus derechos. Se solicitaba una recepcionista de 18 a 25 años de edad y un analista contable (sexo indistinto) de 25 a 40 años. Posteriormente, en septiembre de 2007, se publicó en el mismo periódico la oferta

¹⁵ Véase una revisión de la sentencia completa, “Sentencias relevantes en materia de Derechos Humanos: personas mayores” [en línea] <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/buscadores-juridicos/sentencias-relevantes-en-materia-de-derechos-humanos/1355>.

de trabajo para el restaurante La Destilería, que pertenece a la citada sociedad anónima, en la que se solicitaba para el puesto de promotor de eventos a una joven de 18 a 35 años con buena presentación.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación consideró discriminatorias las convocatorias, por lo que se revocaba la sentencia del Duodécimo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito que las había considerado no discriminatorias. La Corte decretó que este tribunal colegiado retomara el caso, que considerara que las convocatorias son discriminatorias y que determinara la indemnización por daño moral, y la imposición de medidas reparatorias de carácter disuasorio que se derivaran de la sentencia. A continuación, se evalúa esta sentencia condenatoria pronunciada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en función de los parámetros mencionados con anterioridad.

1. Construcciones sociales sobre la vejez y las personas mayores de la sentencia

“La discriminación por edad, es por definición, el trato diferencial hecho a una persona por motivos de su edad sin considerar de antemano sus capacidades y aptitudes” (pág. 35 de la sentencia). Dicho de otro modo, las características que se asocian a tener una edad avanzada pesan más que las capacidades y aptitudes de una persona mayor en concreto. Estas características conforman las construcciones sociales sobre la vejez o las personas mayores, que varían a lo largo del tiempo. En la actualidad, si bien persiste una construcción social sobre las personas mayores que se corresponde con la dependencia, la escasa productividad y la enfermedad, existen nuevas construcciones sociales¹⁶ sobre la vejez que la conciben como una etapa productiva, independiente y saludable.

El tratamiento de las personas mayores por parte del derecho o, dicho de otro modo, las construcciones jurídicas (Guastini, 2015) sobre las personas mayores reflejan las construcciones sociales sobre la vejez de las cohortes y generaciones anteriores. Por esta razón, en la mayoría de los casos hay un desfase entre las políticas públicas y los marcos legales que fueron diseñados para una vejez corta¹⁷ que se concebía como de carencias físicas, económicas y sociales, y las necesidades de las personas mayores de hoy, que en muchos casos viven su vejez en condiciones de salud, productividad, autonomía y bienestar durante una etapa que se extiende durante décadas¹⁸. Este nuevo paradigma no entra en contradicción con el reconocimiento de la existencia de personas mayores frágiles o vulnerables o dependientes por diferentes razones y circunstancias (Martínez Maroto, 2009), cuyos derechos también deben ser garantizados.

Uno de los puntos centrales, en cuanto al fallo, consiste en analizar las singularidades que comporta la edad como criterio de diferenciación en el mercado de trabajo: “La edad no permite juicios homogéneos sobre la categoría de sujetos afectados... es un fenómeno altamente individualizado que depende de la singularidad y peculiaridad de cada sujeto” (Suprema Corte de Justicia, 2014, pág. 31). Sin embargo, en el imaginario colectivo un trabajador mayor se asocia con la disminución de determinadas habilidades físicas o mentales.

¹⁶ Véase el origen de la teoría de la construcción social en Berger y Luckmann (1967).

¹⁷ La esperanza de vida en la región de América Latina y el Caribe era de 51,4 años en el quinquenio 1950-1955 (CEPAL, 2020).

¹⁸ La esperanza de vida en la región de América Latina y el Caribe es de 76,1 años en el quinquenio 2020-2025 (CEPAL, 2020).

“La discriminación se suele apoyar en estereotipos o estigmas asociados a la edad, para los jóvenes: inexperiencia o la poca destreza o falta de pericia, para los mayores: la menor productividad, la falta de adaptación a los cambios, la dificultad de ajustarse a decisiones flexibles o menor capacidad de reacción” (Suprema Corte de Justicia, 2014, pág. 32).

Respecto a la discriminación múltiple, en la que a la discriminación por edad se añaden otros factores discriminatorios en un mismo supuesto:

“Es especialmente grave por sus efectos en la exclusión en el mundo laboral, y relevante para la resolución de este caso, la conjunción de la edad, el género y la apariencia física” (Suprema Corte de Justicia, 2014, pág. 33).

“La empresa exalta un ideal de juventud en detrimento de la madurez, subyaciendo la consideración de los puestos en relación directa a una asignación tradicional de roles y no a las características profesionales” (Suprema Corte de Justicia, 2014, pág. 52).

El análisis de fondo que realiza el tribunal a continuación es identificar el dilema de libertad de contratación *versus* el principio de igualdad. Esto es, por una parte, la libertad de contratación del empresario que ofrece un trabajo en el que uno de los requisitos es un determinado límite de edad y el particular que considera que dicha oferta discrimina por razón de edad.

Los principios que se enfrentan son el principio de libertad de contratación y el principio de igualdad (no discriminación) en el ámbito del empleo. Resultan especialmente relevantes los tres criterios de los que se sirvió la Corte para evaluar esta dicotomía de principios: en primer lugar, la presencia de una relación asimétrica; en segundo lugar, la repercusión social de la discriminación y, en tercer lugar, la afectación al núcleo esencial de la dignidad de la persona discriminada.

Acerca de la relación asimétrica, el tribunal establece que, a mayor asimetría entre los actores, mayor necesidad de protección del actor más débil. En el caso de estudio, la asimetría entre la sociedad de capital variable y el trabajador que aspira al puesto de trabajo ofrecido es notoria y amerita, por lo tanto, el ejercicio de protección sobre el trabajador, el actor más débil.

En relación con la repercusión social de la discriminación, la Corte asienta que si el caso reproduce una práctica extendida y constituye un patrón que se repite en la sociedad, la discriminación trasciende el ámbito privado y se replantea como asunto público. La discriminación por edad es considerada por el alto tribunal como una práctica frecuente; por ende, es otro criterio más a favor del principio de igualdad y no discriminación frente al principio de la libertad de contratación.

Sobre la afectación de la dignidad de la persona, el tribunal conviene en que la discriminación (por edad, al igual que por sexo, raza, religión o discapacidad):

“Representa una explícita interdicción de determinadas diferencias históricamente muy arraigadas y que han situado, tanto por la acción de los poderes públicos como por la práctica social, a sectores de la población en posiciones no sólo desventajosas sino contrarias a la dignidad de la persona” (pág. 30).

2. Alineación de la sentencia con los estándares del sistema supranacional

Si bien la Convención se crea con posterioridad a la sentencia mexicana (se firmó en 2015, entró en vigor en 2017 y aún a finales de 2021 no ha sido ratificada por el Estado mexicano), puede sostenerse que esta se encuentra alineada a aquella en más de un sentido: por una parte, en la discriminación y sus motivos, por otra parte, en la concepción del derecho al trabajo y, por último, en la interseccionalidad (que a la edad suma otros factores de discriminación, lo que potencia el efecto discriminatorio). En este último sentido, es muy notable la ampliación de los criterios de discriminación de la Convención¹⁹, así como el efecto multiplicador de la discriminación cuando se suman varias de estas condiciones o características.

3. Integración de los estándares del sistema interamericano de derechos humanos²⁰

Los casos registrados sobre personas mayores en la jurisprudencia de la Corte y Comisión Interamericanas son escasos: *Cinco Pensionistas vs. Perú* (2001), *Yakye Axa vs. Paraguay* (2005), *Acevedo Buendía y otros versus Perú* (2009), caso *García Lucero y otras vs. Chile* (2013), caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile* (2018). Si se coloca en perspectiva el caso mexicano con respecto a los casos sobre personas mayores de la Corte y Comisión del sistema interamericano, es posible realizar las siguientes observaciones.

En primer lugar, pese a que tanto el caso *Cinco Pensionistas* como el de *Acevedo Buendía* están relacionados con el derecho a recibir una pensión o jubilación (derecho a la seguridad social), no son considerados en las sentencias como DESC ni se resuelven como derechos económicos, sociales y culturales. La misma conclusión puede extraerse del caso mexicano porque si bien protege el acceso a un derecho económico (derecho al trabajo), lo hace fundamentándose en un derecho civil (derecho a la no discriminación) y no en un derecho social.

En segundo lugar, el caso *Poblete-Vilches* es el primero en el que la Corte Interamericana basó su sentencia en la justiciabilidad de un derecho social (derecho a la salud) de las personas mayores, en consonancia con otros DESC que ha protegido en los últimos años mediante la justiciabilidad directa. Es importante reiterar que este gran paso para la justiciabilidad de los DESC se da con posterioridad a la sentencia mexicana que, como se ha mencionado, protege un derecho social (al trabajo), aunque se base para ello en la no discriminación.

4. Convergencia de la sentencia con las normatividades nacional e internacional

En relación con los estándares de otras regiones del mundo, la sentencia mexicana acude en dos ocasiones al derecho comparado para complementar su argumentación. Por una parte, a la Ley General de Tratamiento Igualitario (2006) de Alemania, cuyo mayor ámbito de aplicación y repercusión es el laboral y cuyo objetivo es, tal como reza su párrafo

¹⁹ Se entiende por discriminación cualquier distinción, exclusión, restricción 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 las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada (definición de la CIPDHPM).

²⁰ Véase más sobre el sistema interamericano de derechos humanos, en el capítulo XIV de Constanza Argentieri en este estudio.

primero el impedir las discriminaciones injustificadas por motivos de raza, origen étnico, sexo, religión, concepción del mundo, discapacidad, edad o identidad sexual en los criterios de selección y en los ascensos laborales. Por otra parte, la *Age Discrimination in Employment Act* (1967) prohíbe, en los Estados Unidos, publicar una oferta de trabajo, alquiler, venta de vivienda, o alojamiento en la que se indique cualquier preferencia, limitación, especificación o discriminación basada en la edad.

Para responder a la pregunta de si el caso constituye evidencia del sistema multilegal en el que converjan la normatividad nacional y la internacional, baste mostrar que se utiliza tanto la normatividad internacional ratificada por el Estado mexicano (Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969, y Convenio Internacional del Trabajo Núm. 111 relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación, 1958) como en la normatividad interna²¹ (Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, 2003, última reforma 2021 y Ley Federal del Trabajo, 1970, última reforma 2021) en la línea de la reforma constitucional mexicana de 2011, la más importante hasta hoy en materia de derechos humanos. La incorporación del derecho internacional como derecho de rango constitucional y la interpretación más favorable para el efectivo goce y ejercicio de los derechos humanos (principio *pro personae*) son algunos de sus elementos²² más efectivos y garantistas.

E. Recomendaciones

Con el ánimo de sugerir recomendaciones a partir del caso mexicano, es preciso retomar las características más positivas y con mayor potencial de impacto de la sentencia. En cuanto a las construcciones sociales sobre la vejez y las personas mayores, se precisa la generación de construcciones positivas sobre las personas mayores asociadas a la productividad y a las oportunidades laborales, pero sin limitarse a esta concepción unidireccional. Las construcciones sociales sobre la vejez y las personas mayores deben abrazar la multiplicidad, pluralidad y heterogeneidad de las vejeces y reconocer la existencia de intersecciones que potencian la vulnerabilidad de ciertas personas mayores.

Resulta especialmente interesante para la justiciabilidad de los DESC la ubicación del discurso de la construcción social. Pareciera *a priori* que la exigibilidad de los derechos civiles y políticos se ve fortalecida con las construcciones sociales que empoderan a la persona mayor, mientras que la de los derechos económicos, sociales y culturales se ampara en construcciones sociales sobre la vejez basadas en la vulnerabilidad y fragilidad. Sin embargo, se trata de un falso dilema. Los DESC son derechos exigibles, no desde la vulnerabilidad de quien es acreedor a estos, sino desde su empoderamiento, desde su titularidad. El caso mexicano es un claro ejemplo de esto último.

Cada sentencia que genera una construcción jurídica empoderadora de las personas mayores está dando un paso más contra la brecha de aplicación (como reconoce la Recomendación europea de 2014) de la normatividad que padece, en mayor medida que otros grupos etarios, un buen número de personas mayores. Se requiere una permanente actualización del derecho internacional y nacional en materia de protección de derechos y, en este caso, la adecuación a los sujetos de derecho que son las personas mayores hoy.

²¹ Se echa en falta en el fallo de la Corte mexicana la inclusión de la Ley General de las Personas Adultas Mayores, dado que esta incluye el derecho al trabajo de las personas mayores. Esta no fue utilizada en la sentencia.

²² Véase una profundización en los efectos de la reforma constitucional mexicana de 2001 en Ramírez García y Sánchez Barroso (2012).

En segundo lugar, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el instrumento idóneo para orientar la jurisprudencia de la región de América Latina y el Caribe por estar cimentada en las necesidades y realidades de las personas mayores, por integrar los *corpi* de derechos civiles, políticos y económicos, sociales y culturales de las personas mayores, por incluir los conceptos de interseccionalidad y por la inclusiva manera de identificar las múltiples causas de discriminación que se agregan a la edad y que multiplican su efecto discriminatorio. Incluso en los países que aún no se han adherido a esta Convención será muy útil el conocimiento por parte de los jueces de su contenido para orientar aquellas sentencias sobre casos relacionados con los derechos de las personas mayores.

Es altamente relevante para avanzar en la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, esto es, hacerlos reales, positivizarlos, introducir los estándares que la Corte y la Comisión Interamericanas han establecido. En específico, para resolver casos relativos a la vulneración de estos derechos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha logrado su justiciabilidad directa desde 2017 a partir de una interpretación del artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos (1969). Entre los derechos económicos, sociales y culturales cuyos sujetos de derecho son las personas mayores, es paradigmático el caso *Poblete-Vilches* (2018), en el que la sentencia condenatoria de la Corte protege el derecho a la salud de las personas mayores.

Los DESC son precondition para los derechos civiles y políticos, como también los derechos civiles y políticos son la base para los DESC, en lo que se conoce como la interdependencia e indivisibilidad de los derechos. El principal derecho lesionado en el caso mexicano es el de la no discriminación (derecho civil), pero en el ejercicio del derecho al trabajo (derecho económico). Se considera muy recomendable para el ámbito jurisdiccional utilizar un sistema multilegal como andamiaje jurídico para la resolución de los casos, en concreto, identificar la normatividad nacional, internacional y universal con el objetivo de encontrar la que ofrezca la interpretación más garantista de los derechos. Por último, la justiciabilidad de los DESC es el puente perfecto y tan esperado, entre el derecho y las políticas públicas, con especial aplicabilidad a las políticas sociales.

F. Recapitulación

El derecho al trabajo de las personas mayores se establece por primera vez en el ámbito universal a través de un instrumento no vinculante, la Recomendación sobre los Trabajadores de Edad de la Organización Internacional del Trabajo (1980). Su contenido incluye, por una parte, la igualdad en el acceso al trabajo y la promoción y, por otra parte, la necesidad de protección de los trabajadores mayores, dualidad que se reflejará en todos los instrumentos que le siguen. El derecho al trabajo es un derecho económico que forma parte de los DESC, esto es, de la dimensión social de la ciudadanía.

Son pocos los instrumentos universales que recogen el derecho al trabajo de las personas mayores, pero es contundente su presencia en los instrumentos regionales o supranacionales de protección como la Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del Consejo de Europa (2014) en el sistema europeo, el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Personas Mayores en África (2016) en el sistema africano, así como en el sistema interamericano, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), único instrumento vinculante sobre los derechos

humanos de las personas mayores que ha entrado ya en vigor. La normatividad interna mexicana también protege el derecho al trabajo de las personas mayores y lo hace de manera directa y explícita en la Ley Federal del Trabajo (1970, última reforma en 2021) y en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002, última reforma en 2021), alineándose a los estándares internacionales.

El caso elegido como buena práctica en el ámbito jurisdiccional es una sentencia de la Suprema Corte de Justicia de México de 2014 en la que ciertas ofertas de trabajo publicadas por una empresa se consideran discriminatorias por razón de edad y excluyentes del derecho al trabajo de las personas mayores. La sentencia constituye una buena práctica en el ámbito jurisdiccional debido a las siguientes consideraciones:

- i) por las construcciones sociales sobre la vejez y las personas mayores que emanan de la sentencia; en este tenor, “la edad no permite juicios homogéneos sobre la categoría de sujetos afectados... es un fenómeno altamente individualizado que depende de la singularidad y peculiaridad de cada sujeto”;
- ii) porque su argumentación está en la línea de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en aspectos como la discriminación, la interseccionalidad y el derecho al trabajo;
- iii) mediante la aplicación del principio de no discriminación al derecho al trabajo, que es un derecho social, la sentencia coadyuva a la justiciabilidad y visibilización de los DESC, concretamente de los de las personas mayores; y
- iv) la sentencia es una buena práctica porque en ella convergen la normatividad nacional (Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, 2003, última reforma 2021 y la Ley Federal del Trabajo, 1970, última reforma 2021) y la internacional (Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969 y Convenio Internacional del Trabajo relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación, 1958) siguiendo el principio *pro persona*.

Estas características que presenta la sentencia comentada y que la configuran como una buena práctica, son una tendencia que se observa en América Latina. Por una parte, las nuevas construcciones jurídicas sobre las personas mayores y la vejez reflejan, como lo hace esta sentencia, las nuevas construcciones sociales sobre las personas mayores, fundamentando la nueva praxis jurídica gerontológica. El conocimiento por parte de los jueces de las nuevas construcciones sobre las personas mayores y del enfoque de los derechos humanos aplicado al envejecimiento les abre los ojos sobre la manera en que su tarea jurisdiccional puede fortalecerse con instrumentos, estándares y jurisprudencia regionales, que permiten la comprensión del fenómeno de la vejez y a las personas mayores como sujetos de derecho.

La existencia de un instrumento como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que constituye un instrumento de vanguardia en el mundo, cuyo articulado profundiza en el contenido y aplicabilidad de los derechos a la realidad cotidiana de las personas mayores y que incluye las tres dimensiones de la ciudadanía, avanza en esta misma dirección. En el caso de México, la reforma constitucional de 2011 ha fortalecido la potencial incidencia de todas estas tendencias.

La inequidad de la sociedad mexicana y en general de las sociedades latinoamericanas es especialmente perjudicial para los grupos vulnerables, dado que se agregan de forma interseccional a las dimensiones de la estratificación como el ingreso, el género, la raza/etnia y el tipo de localidad, las condiciones de vulnerabilidad. Ser persona mayor no equivale a ser vulnerable, pero existen personas mayores vulnerables. Si a esa vulnerabilidad se añade cualquiera de las dimensiones citadas, el efecto es la potenciación de la inequidad. Las herramientas de las que disponen los Estados para contrarrestar dichas inequidades y las situaciones de vulnerabilidad son el estado de derecho y las políticas públicas, en especial las políticas sociales de corte universalista, esto es, que proporcionan más servicios sociales, de más calidad, a más personas; dicho de otro modo, garantizan más derechos a más personas.

Como ya se señaló, en el terreno jurisdiccional, todos los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 tienen, en algún aspecto, dimensiones de justiciabilidad. Los Estados tienen obligaciones generales y deben tomar medidas adecuadas. Asimismo, se deben crear recursos legales para defender los derechos económicos, sociales y culturales. Existe también la obligación de progresividad y la prohibición de regresividad; se debe destinar el máximo de recursos disponibles y se debe mantener niveles mínimos en los períodos de crisis. El ámbito jurisdiccional debe ser vislumbrado como un aliado en la consolidación de las políticas públicas de las personas mayores y en la garantía de sus derechos y, en específico, de las políticas sociales y los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2009), "Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales", *Folleto Informativo*, N° 33 [en línea] https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FS33_sp.pdf.
- African Union (2016), "Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons in Africa, General Assembly, Twenty Sixth Ordinary Session, Addis Ababa", 31 de enero [en línea] https://au.int/sites/default/files/treaties/36438-treaty-0051_-_protocol_on_the_rights_of_older_persons_e.pdf.
- Berger, P. y T. Luckmann (1967), *The Social Construction of Reality*, Nueva York, Anchor.
- Bobbio, N. (1995): *Derecha e izquierda*, Madrid, Santillana-Taurus. Carbonell, M. y E. Ferrer Mac-Gregor (2014), *Los derechos sociales y su justiciabilidad directa*, Ciudad de México, Editorial Flores, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020), *Observatorio Demográfico*, 2019(LC/PUB.2019/24-P), Santiago [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45198/4/S1900739_mu.pdf.
- Consejo de Europa (2014), "Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons, Council of Europe", Comité de Ministros [en línea] <https://www.refworld.org/docid/53fdc73e4.html>.
- Díaz-Tendero, A. (2019), "Derechos humanos de las personas mayores en el sistema interamericano", *Colección Estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Miradas Complementarias desde la Academia*, N° 11, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-Instituto de Investigaciones Jurídicas/Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- _____. (2018), "La matriz de T.H. Marshall y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores", *Anuario de Derecho Público 2017*, R. Figueroa (dir.), Santiago de Chile, Universidad Diego Portales.

- _____(2017), “La nueva Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, *Anuario de los Cursos de Derechos Humanos de Donostia-San Sebastián*, vol. XVI, J. Soroeta (dir.), Toronto, Thomson Reuters Aranzadi.
- Ferrer Mac-Gregor, E. (2017), *La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Guastini, R. (2015), “Interpretación y construcción jurídica”, *Isonomía*, N° 43 [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182015000200002.
- Marshall, T.H. (1949), *Class, Citizenship, and Social Development*, Nueva York, Anchor Books.
- Martínez Maroto, A. (2009), “Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores”, *Gerontología social*, R. Fernández-Ballesteros (dir.), Madrid, Ediciones Pirámide.
- Naciones Unidas (2008), *Observación General N° 19: El derecho a la seguridad social (E/C.12/GC/19)*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) [en línea] <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47d6667f2,0.html>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)*, Asamblea General, cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones [en línea] https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.
- Ramírez García, H. S. y J. A. Sánchez Barroso (2012), “La praxis de los derechos humanos en México a partir de la reforma constitucional de junio de 2011”, *Cuestiones Constitucionales: Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, N° 27 [en línea] https://redib.org/Record/oai_articulo986480-la-praxis-de-los-derechos-humanos-en-m%C3%A9xico-a-partir-de-la-reforma-constitucional-de-junio-de-2011.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (2014), “Primera Sala, Amparo directo en revisión 992/2014”, 12 de noviembre de 2014, Quejosos y recurrentes: RCPM, JMV, AGVR, Asociación por la no Discriminación Laboral por la Edad o Género, Asociación Civil/Centro Contra la Discriminación, Asociación Civil.

Capítulo XIII

Ejercicio de la defensa de los derechos humanos de la persona mayor en Costa Rica

Gustavo Fallas¹
Anahí Fajardo²

Introducción

Al hablar de los derechos de las personas mayores en Costa Rica se debe realizar un repaso de lo que ha sido el desarrollo normativo a partir de la promulgación de la Constitución Política de 1949, la adopción de una legislación especial y garantista, así como la ratificación de instrumentos de derechos humanos específicos para este sector. También es necesario referirse a la institucionalidad creada dentro del Estado, los esfuerzos que se han realizado con miras al reconocimiento de los derechos específicos de este sector y las iniciativas que se han desarrollado, para no solo quedarse en el marco del reconocimiento de los derechos, sino avanzar garantizando su materialización con iniciativas que evidencian buenas prácticas en la esfera nacional.

En este contexto, el acceso a la justicia como derecho humano instrumental por medio del que se logra materializar el resto de los derechos humanos y fundamentales cobra la mayor relevancia y debe constituirse en un deber de todo Estado y un medio para

¹ Abogado y notario público. Máster en derecho constitucional. Coordinador de la Unidad de Asesoría Jurídica del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Costa Rica.

² Abogada y notaría pública. Doctora en derecho laboral. Especialista en resolución alterna de conflictos. Docente coordinadora del Proyecto Ed-3427 Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor, Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica.

alcanzar una menor desigualdad social. Nada se logra con el reconocimiento formal de los derechos si no se crean las condiciones adecuadas para que la población adulta mayor, sobre todo aquella que por sus limitados ingresos no puede acudir al pago de servicios privados, cuente con los mecanismos necesarios para exigir su respeto y solicitar las reivindicaciones que correspondan. En este marco, los Estados no solo deben promulgar la normativa que favorezca el ejercicio de los derechos, sino también crear las condiciones materiales aptas para su ejercicio, establecer prácticas adecuadas y un proceso de sensibilización, en el que todas las personas son responsables.

A. Los derechos de las personas mayores en el ordenamiento jurídico costarricense

Para contextualizar el marco jurídico en materia de derechos en el terreno legal, derechos fundamentales y derechos humanos existente a favor de las personas mayores en Costa Rica, se pueden mencionar al menos cinco acontecimientos puntuales y significativos que han marcado momentos trascendentales en su desarrollo. El primero se originó con la promulgación de la Carta Fundamental de 1949, cuando el Legislador Constituyente tuvo una intención visionaria al dejar consagrada en la norma fundamental del Estado una protección especial reforzada para determinados grupos, entre ellos, el de las personas mayores.

La Constitución Política de la República de Costa Rica, publicada formalmente el 7 de noviembre de 1949, establece como una de las obligaciones del Estado la protección especial de la persona mayor. Así, el ordinal 51 constitucional asienta que “la familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido” (Constitución de 1949, art. 51).

Si bien la terminología utilizada por el Constituyente de 1949, al referirse a la persona mayor como “el anciano”, pareciera tener alguna connotación negativa y no adecuada para el lenguaje jurídico actual, debe entenderse que esta norma fue dictada a mediados del siglo pasado, en un contexto social diferente al actual, en el que no necesariamente existía ese matiz negativo hacia el término anciano. Mas no por ello deja de cobrar la mayor relevancia este ordinal, que en la norma fundamental del Estado se consideró necesario dejar plasmado.

Refiriéndose precisamente a la norma en cuestión, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia ha enunciado esta protección especial que el Estado debe brindar a las personas mayores en los siguientes términos:

“III.- No obstante lo anterior, este Tribunal considera conveniente reiterar la importancia de la tutela de este sector de la población según lo dispone el párrafo final del artículo 51 de la Constitución Política cuando establece: ‘Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido’. Es evidente, de acuerdo a la norma transcrita, el deber dual que tiene el Estado costarricense. a) Por un la [sic] debe producir un marco normativo adecuado con el fin de brindar una protección especial para esos grupos de personas, lo que constituye un verdadero derecho fundamental, y b) Respetar y hacer respetar a través de las correspondientes dependencias administrativas y tribunales de justicia tales derechos. A partir

del concepto del Estado Social de Derecho, es posible derivar obligaciones para las autoridades públicas, precisamente en aras de la búsqueda del mayor bienestar de ‘todos los habitantes del país’, dentro de los cuales, el Derecho de la Constitución señala de manera especial a los niños, a las madres, al anciano y personas desvalidas. El Estado Social consagrado en nuestra Constitución Política, desarrolla en su contenido normativo una relevante y obligada intervención estatal en materia social a favor de aquellos sectores especiales de la población que, por su condición, así lo requieran; tal es el caso —sin duda alguna— de los ancianos, o personas de la tercera edad, o personas adultas mayores” (Sentencia Núm. 2007-13584 de las 15:15 horas del 19 de septiembre de 2007).

El artículo 51 constitucional recientemente fue objeto de reforma con la Ley Núm. 9697 del 16 de julio de 2019 y el texto actual de esta norma, en atención a la evolución del propio ordenamiento jurídico, dispone: “La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente, tendrán derecho a esa protección la madre, el niño y la niña, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad” (art. 51, Constitución de 1949).

El segundo acontecimiento importante ocurrió en 1999, cuando desde el Poder Legislativo de Costa Rica, denominado Asamblea Legislativa, se ratificó el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, con la promulgación de la Ley Núm. 7907 de 3 de septiembre de 1999. Es importante aclarar que, pese a que este instrumento fue adoptado en 1988, no fue hasta su ratificación cuando se convirtió en un instrumento vinculante para el Estado costarricense.

La importancia de este Protocolo radica en que contiene una disposición específica en materia de derechos humanos para las personas mayores, a saber, su artículo 17, cuyo texto establece:

“Artículo 17

Protección de los ancianos.

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;
- b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;
- c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos” (Protocolo de San Salvador, art.17, 3 de septiembre de 1999).

De manera que, a partir de la ratificación del instrumento citado, Costa Rica contó con la primera norma de derechos humanos para las personas mayores específica y vinculante para el Estado. Junto a este importante hito, en el mismo año, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Núm. 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor del 25 de octubre de 1999, con lo que las personas mayores cuentan, a partir de ese momento, con una norma de rango legal que, además de reconocerles una serie de derechos, creó todo un andamiaje institucional a favor de la atención de este sector poblacional. A lo que se suma la creación del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) como órgano rector en materia de envejecimiento y vejez. La misma Sala Constitucional, refiriéndose a la Ley Núm. 7935, ha señalado lo siguiente:

“Hasta hace pocos años, no se contaba con una normativa tendente a garantizar de forma adecuada, la especial protección y tutela estatal que requiere el adulto mayor de nuestro país; sin embargo, el diecinueve de octubre de mil novecientos noventa y nueve la Asamblea Legislativa promulgó la Ley Integral para la persona adulta mayor, número 7935, con la que se pretende:

- a) Garantizar a las personas adultas mayores, igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
- b) Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten.
- c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar comunitario.
- d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.
- e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- f) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores’.

Sin embargo, no puede ni debe pretenderse que esa normativa agote la tutela y especial protección por parte del Estado de los derechos fundamentales de los adultos, pues es precisamente a partir del marco jurídico que debe darse ese desarrollo jurisprudencial por parte de la judicatura de obligatoriedad y respeto. La normativa es solo un marco introductorio que dispone que ‘la persona adulta mayor, debe ser considerada toda persona de sesenta y cinco años o más’. Asimismo, pretende entre otras cosas, una atención integral de este grupo, definida en la ley como la satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias” (Sentencia Núm. 2007-13584 de las 15:15 horas del 19 de septiembre de 2007).

Dentro de este esquema, la Ley Núm. 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, establece una serie de disposiciones que ordenan, entre otras, la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas (art. 1, inc. e y 34, inc. b); la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores (art. 1, inc. e y 34, inc. d); la protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial (art. 3, inc. j); el trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en las entidades públicas y privadas (art. 3, inc. k); la presentación de la cédula de identidad, cédula de residencia o pasaporte para demostrar su condición de persona adulta mayor y obtener beneficios (art. 11 y Ley Núm. 7936); atención preferencial para las personas adultas mayores (infraestructura adecuada, asientos preferenciales y otras comodidades; recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos cuando se tenga alguna discapacidad) (art. 13); en el transporte público, asientos preferenciales debidamente señalados y la eliminación de barreras arquitectónicas (art. 13); mecanismos expeditos para la solicitud de medidas de protección cuando se esté en situaciones de violencia (art. 2 y art. 57) y la creación, dentro de la Defensoría de los Habitantes, de una defensoría para la protección de la persona adulta mayor y los órganos especializados necesarios para el cumplimiento de sus atribuciones y competencias (art. 69), solo por citar algunos aspectos.

Contando con este marco garantista, en el campo jurídico inició una nueva etapa dentro del Estado en la que a la persona mayor se le reconoce una serie de derechos y se crean obligaciones de la institucionalidad pública para con ella. Sin embargo, pese a los avances normativos —a través del reconocimiento constitucional de las obligaciones del Estado, la ratificación del Protocolo de San Salvador y su artículo 17, así como la promulgación de la Ley Núm. 7935— en materia de derechos humanos de las personas mayores, seguía habiendo un vacío porque no existía aún un instrumento internacional específico y vinculante para que el Estado reconociera y garantizara los derechos de las personas mayores. De ahí procede la importancia de los dos acontecimientos que se referirán a continuación.

Como cuarto suceso en este recuento debe citarse la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, celebrada en San José de Costa Rica, del 8 al 11 de mayo de 2012. Durante este evento, los países participantes adoptaron la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Adultas Mayores de América Latina y el Caribe. Este instrumento de derecho blando y, por ende, no vinculante para el Estado se convirtió en la primera declaración de los Estados de la región que reconoce y sistematiza los derechos humanos específicos de las personas mayores y fija la ruta que seguir por los Estados en esta materia.

Este instrumento contiene una serie de cláusulas de la mayor relevancia para las personas mayores, que exhorta a los Estados a reforzar las acciones dirigidas al incremento de la protección de los derechos humanos en la esfera nacional y comprometiéndolos a adoptar medidas adecuadas, legislativas, administrativas y de otra índole, que garanticen un trato diferenciado y atención preferencial, la seguridad social, servicios sociales de cuidado y atención a domicilio, entre otras.

Su importancia es reconocida incluso por el Tribunal Constitucional de Costa Rica, que ha tomado su clausulado como parámetro de convencionalidad para la resolución de violaciones de los derechos humanos de las personas mayores en el país. Tal es el caso

de la sentencia Núm. 2015-010515 de las 09:20 horas del 17 de julio de 2015, en la que se cita para reafirmar el derecho de acceso al crédito que tienen las personas mayores. Esto, ante un caso en que una entidad no aprobaba un crédito, por cuanto la persona no entregaba un seguro, que le era denegado por motivos de su edad.

El quinto acontecimiento, sin lugar a duda de la mayor importancia, lo constituye la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, mediante la Ley Núm. 9394 del 8 de septiembre de 2016 y el Decreto Ejecutivo Núm. 39973 del 12 de octubre de 2016. Durante su trámite ante la Asamblea Legislativa, el texto de la Convención fue consultado con la Procuraduría General de la República, órgano superior técnico consultivo en materia jurídica de la administración pública y este órgano, mediante la Opinión Jurídica OJ-34-2016 del 4 de abril de 2016, señaló:

“III. CRITERIO DE LA PROCURADURÍA.

Conforme al artículo 51 Constitucional, existe un valor fundamental, establecido en la Carta Magna, como lo es la protección de los grupos vulnerables, entre los que se encuentran los adultos mayores.

Si bien nuestro país tiene una normativa que en su momento resultó de avanzada, como es la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Núm. 7935 del 15 de noviembre de 1999, lo cierto es que la misma ha quedado ayuna de una actualización, a fin de dar respuesta a los nuevos retos que la situación depara.

Por otra parte, nunca la comunidad internacional había logrado llegar a estructurar una Convención, ello a pesar de que los esfuerzos se habían venido generando desde hace ya varios años. Su importancia radica en la positivización de una serie de derechos, que si bien se encontraban plasmados como principios en anteriores instrumentos internacionales, vienen a concretarse en exigencias que van más allá de los cuidados básicos y que pretenden generar mayor calidad de vida en todos los ámbitos del ser humano.

Siendo que la Convención fortalece el sistema de protección de los derechos humanos de las personas mayores, es claro que resulta trascendente y fundamental para el Estado Costarricense el aprobarla, con el fin de efectuar un avance en la tutela de tales derechos.

IV. CONCLUSIÓN.-

Se recomienda su aprobación, en tanto resulta un instrumento que genera un avance progresivo en la tutela de los derechos humanos de las personas adultas mayores”.

El texto del proyecto de ley fue sometido a consulta de constitucionalidad ante la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, trámite previsto dentro del proceso legislativo en Costa Rica. En ese momento, el Tribunal Constitucional, mediante la resolución Núm. 2016-10235 de 20 de julio de 2016 (Exp. Núm. 16-008409-0007-CO), señaló:

“La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, como se desprende de su propio articulado, constituye un instrumento de capital importancia en el contexto del Sistema Interamericano, al desarrollar un expreso reconocimiento de un catálogo de derechos fundamentales para la tutela eficaz de uno de los sectores más

vulnerables de la población: las personas adultas mayores; todo ello, en completa afinidad y concordancia con la Constitución Política, al tener como norte la promoción de la igualdad sustancial de estas personas. La aprobación de esta Convención constituye un importante compromiso para el Estado costarricense y se convierte en herramienta principal de la Jurisdicción Constitucional para la protección de las personas mayores; la Convención involucra y compromete también a la colectividad social y a las familias y enumera una serie de principios, en su artículo tercero, que son las reglas de aplicación e interpretación de los preceptos, a partir de la valorización de la persona adulta mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo. Como se pone de manifiesto en el expediente legislativo, esta Convención constituye un hito a nivel internacional sobre la materia. En nuestro derecho interno, se ha utilizado generalmente la terminología de personas adultas mayores, que son las mayores de sesenta y cinco años. De acuerdo con su artículo segundo, la Convención protege aquellas personas de sesenta años o más, salvo que las leyes internas determinen una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los sesenta y cinco años y establece que el concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor, con lo cual se disipa cualquier duda en cuanto a la conformidad de las disposiciones internas que preceptúan particulares garantías para las personas mayores. Esta Convención, a la vez que un nuevo pilar jurídico en la estructura del sistema de derechos, es también un reto para los Estados parte y, específicamente, para Costa Rica. Observe la Asamblea Legislativa que, por disposición del artículo 48 de la Constitución Política, el elenco de derechos reconocidos en la Convención se incorpora a los derechos susceptibles de protección mediante el recurso de amparo.”

Como se puede observar, tanto la Procuraduría General de la República como la Sala Constitucional resaltaron la importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y recomendaron la aprobación de esta a la Asamblea Legislativa. Así, tras su ratificación e incorporación en la legislación nacional, la Convención se haya convertido en el instrumento de derechos humanos específico, vinculante para el Estado y que ofrece la mayor protección en el ámbito jurídico de los derechos de las personas mayores.

El articulado de esta Convención reconoce una serie de derechos humanos para las personas mayores, incluso integra al ordenamiento jurídico derechos emergentes para este sector poblacional, con un desarrollo preciso y con gran detalle. Muestra de ello puede ser el artículo 2, que introduce los términos abandono, discriminación, discriminación múltiple y discriminación por edad en la vejez, además de otros como maltrato y negligencia, que resultan de suma importancia para entender y contrarrestar problemas actuales y concretos que sufre una parte importante de personas mayores. También el artículo 4, que impone obligaciones específicas para el Estado como, por ejemplo, la adopción de medidas afirmativas y ajustes razonables que sean necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la Convención.

En esta línea, la Convención reconoce los derechos humanos a la igualdad y no discriminación por razones de edad (art. 5), a la vida y dignidad en la vejez (art. 6), a la independencia y a la autonomía (art. 7), a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (art. 9), a brindar el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud

(art. 11), a la privacidad y a la intimidad (art. 16), a la seguridad social (art. 17), a la propiedad (art. 23), a la vivienda digna y adecuada (art. 24), a la accesibilidad y la movilidad personal (art. 26), entre muchos otros. Sin embargo, el reconocimiento de tales derechos deja de tener relevancia si no se garantiza un derecho que, aunque instrumental, es el que se convierte en la llave de acceso al resto de los derechos: el acceso a la justicia y, para tal efecto, la Convención en su artículo 31 dispone:

“Artículo 31

Acceso a la justicia

La persona mayor tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

Los Estados Parte se comprometen a asegurar que la persona mayor tenga acceso efectivo a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante la adopción de ajustes de procedimiento en todos los procesos judiciales y administrativos en cualquiera de sus etapas.

Los Estados Parte se comprometen a garantizar la debida diligencia y el tratamiento preferencial a la persona mayor para la tramitación, resolución y ejecución de las decisiones en procesos administrativos y judiciales.

La actuación judicial deberá ser particularmente expedita en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor.

Asimismo, los Estados Parte desarrollarán y fortalecerán políticas públicas y programas dirigidos a promover:

- a) Mecanismos alternativos de solución de controversias.
- b) Capacitación del personal relacionado con la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario, sobre la protección de los derechos de la persona mayor” (Convención Interamericana de Derechos Humanos, art. 31, 8 de septiembre 2016).

En lo doctrinal, se ha dicho que el principio de acceso a la justicia, también denominado por algunos derecho a la tutela judicial efectiva, puede definirse como

“el derecho de todas las personas a tener acceso al sistema judicial y a ejercer, en el seno del proceso, todas sus facultades para que los órganos jurisdiccionales estudien su pretensión y emitan una resolución motivada y conforme a derecho que, acogiendo o desestimando dicha pretensión, establezca la verdad oficial” (Hernández, 2002, pág. 217).

Por su parte, Landero (2014) destaca que el acceso a la justicia presenta dos aspectos; uno de ellos es el formal, que se refiere a la obtención de una justicia pronta y cumplida, y el otro es el material, que versa sobre el cumplimiento o fase ejecutoria de lo resuelto en sentencia. Al respecto, Landero (2014) expresa que “el acceso a la justicia es un derecho fundamental; para que este realmente se concrete en la esfera jurídica de los gobernados, es necesario precisar que se manifiesta en dos aspectos complementarios: uno formal y otro material” (pág. 83).

El aspecto formal del acceso a la justicia se refiere a la obligación de las autoridades de dar respuesta de manera pronta, completa, imparcial y gratuita a las solicitudes de los particulares (partes en un procedimiento) respetando las formalidades del procedimiento; desde luego que ello no significa que necesariamente se resolverá en forma favorable a los intereses del justiciable, sino solo en los casos que en derecho proceda. Por su parte, el aspecto material del derecho de acceso a la justicia complementa al primero, pues versa acerca de la obligación de la autoridad de hacer cumplir sus resoluciones y, especialmente, cuando se trata de una sentencia definitiva o laudo que ha sido favorable a los intereses de alguna de las partes.

Así, considerando el nivel de evolución en el reconocimiento de los derechos humanos, fundamentales y de índole legal, para las personas mayores en el país, el Estado, por medio de su institución rectora en materia de protección, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), había estado planeando cómo podría cumplir esa obligación vinculante de “asegurar que la persona adulta mayor tenga acceso efectivo a la justicia en igualdad de condiciones con las demás” (OEA, 2015). Sobre todo, considerando las limitaciones económicas que un alto porcentaje de este segmento tiene y que le impide acceder a servicios legales gratuitos de calidad.

B. El derecho a representación legal en Costa Rica para la persona mayor

El acceso a la justicia, garantizado en la Constitución Política de Costa Rica, en su artículo 41, constituye la garantía del principio de acceso a la justicia como derecho humano. Ello implica que este debe ser libre de formalismos o requisitos legales excesivos y efectivo en cuanto a contar no solo con la acción legal, sino también con las herramientas necesarias para lograr su ejecución. El Estado debe garantizar a las personas mayores esa posibilidad de ejercicio de sus derechos con un acompañamiento legal de calidad técnico-jurídica, como una posibilidad real de defender sus derechos con miras a una mayor calidad de vida.

En el ámbito nacional existen diversas instituciones, órganos e iniciativas que, entre sus fines, persiguen brindar a las personas mayores la asesoría legal —y en algunos casos también la representación legal— para poder garantizar un acceso, en igualdad de condiciones, a la justicia. Así, por ejemplo, se tiene la Defensa Pública a cargo del Poder Judicial o la Defensoría Social del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, solo por citar algunos. Sin embargo, estas instancias ofrecen servicios de manera general a toda la población y no precisamente con ellos se garantiza a la persona mayor acceder a la justicia. Así, el CONAPAM, considerando un antecedente importante en la línea de defensa gratuita de los derechos de las personas en Costa Rica proporcionada por los consultorios jurídicos de la Universidad de Costa Rica (UCR), inició un proceso de coordinación con objeto de establecer un mecanismo de acceso gratuito exclusivo para las personas mayores.

La Universidad de Costa Rica, como institución benemérita de la patria que, entre sus objetivos, persigue la participación ciudadana de las personas mayores, ha propiciado espacios para que los estudiantes adquieran nuevos conocimientos y participen de las relaciones intergeneracionales, en específico en el caso que nos ocupa en la atención legal de sus problemas. Por esa razón se promueven vínculos que hagan posible un acercamiento

solidario con diversos grupos vulnerables (o sujetos en vulnerabilidad, según el enfoque) de la sociedad para generar un impacto en la atención de sus necesidades y que permita, a su vez, socializar el conocimiento académico y la acción social orientados a velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales de la población.

En este contexto, en 2016 surgió la posibilidad de crear un proyecto, a través de la rúbrica de un convenio interinstitucional suscrito por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y la Facultad de Derecho (UCR), adoptado en el marco de la conmemoración del Día Nacional contra el Abuso, Maltrato, Marginación y Negligencia hacia las Personas Adultas Mayores y del Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, por el que se creó un consultorio jurídico exclusivo para la población adulta mayor. Precisamente para aquella que requiere representación legal en diligencias administrativas y judiciales y carece de los ingresos necesarios para su coste en el nivel privado.

La creación de este proyecto, en sus inicios, se visualizaba como un consultorio jurídico, sin embargo, su estructura y funcionamiento siempre han sido diferentes. En este sentido, resulta relevante señalar que los consultorios jurídicos fueron creados por una ley de la república, la Ley Núm. 4775 del 7 de junio de 1971, reformada por la Ley Núm. 6369 de 2 de agosto de 1979. De acuerdo con lo señalado, en el artículo 1 de la Ley de Consultorios Jurídicos se consigna que el patrocinio legal gratuito que se ofrece a través de ellos está dirigido a:

“Las personas que, por el monto de sus ingresos anuales no estén obligadas a presentar declaración, según establezca la Ley del Impuesto sobre la Renta, tendrán derecho a obtener servicios gratuitos de abogacía y notariado en los consultorios jurídicos que ha establecido y establezca la Universidad de Costa Rica, de acuerdo con la reglamentación que al efecto se dicte” (Ley Núm. 6369, 1979).

Otro aspecto importante establecido en el artículo 2 de la Ley de Consultorios Jurídicos se relaciona con la posibilidad de litigar sin el pago de papel sellado, el uso de papel común, así como la exención de tasas, impuestos o timbres, en los documentos que así lo requieran y la exención de afianzar costas (Asamblea Legislativa, 1979). También se les otorga una exención postal y fiscal. A su vez, se establece la obligación del Ministerio Público de colaborar en los casos en que se requiera un curador procesal *ad litem* y del organismo de investigación judicial de colaborar, en forma gratuita, cuando así lo soliciten los consultorios jurídicos.

Este carácter gratuito en la prestación del servicio quedó ratificado mediante la sentencia Núm. 5420-01 del 20 de junio de 2001 emitida por la Sala Constitucional, en la que se señala que, por la naturaleza particular de los consultorios jurídicos, los procesos están exentos del pago de timbres, afianzamiento de costas, derechos de registro, pago de impuestos de traspaso en protocolizaciones de sucesorios, entre otros (Sala Constitucional, Resolución 5420, 2001). Al ofrecerse esa gratuidad para aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos necesarios para costear los gastos de un patrocinio legal privado en pro de defender sus derechos violentados, se participa en un servicio de asistencia social gratuita.

Otro aspecto importante es que esta ley establece la posibilidad de delegar por parte de la persona usuaria la representación en las audiencias judiciales, para lo que debe otorgar un poder especial judicial al abogado director y este, a su vez, puede delegarlo al estudiante a cargo del proceso mediante una autorización. Con esta delegación, el estudiante está facultado para comparecer con la persona usuaria a la audiencia judicial; asimismo, puede participar activamente en los interrogatorios, en la evacuación de la prueba documental y, en general, ejercer las facultades que emanan de un poder especial judicial.

Desde la creación de la citada Ley de Consultorios Jurídicos han transcurrido 40 años y su regulación dentro del plan de estudios de la carrera de derecho ha sido objeto de transformaciones. Hoy día es un curso práctico y una materia del *pensum* de la carrera de bachillerato y licenciatura en derecho, dejando atrás la posibilidad de ser un espacio de trabajo comunal universitario o práctica profesional en sentido estricto. Por esa razón y con el fin de garantizar una asistencia técnico-jurídica de calidad a las personas mayores en condición de vulnerabilidad, se optó por contratar profesionales en derecho para que ejerzan como defensores sociales quienes, a partir de la esencia del modelo del consultorio jurídico universitario tradicional, trascienden a un nuevo modelo que posibilita brindar una atención legal profesional. Cabe hacer notar que siempre se abren espacios de participación para los estudiantes de los consultorios jurídicos y de la universidad a través de pasantías que les permitan adquirir conocimientos en la atención de los problemas legales, sea en sede administrativa o judicial, de las personas mayores.

Esta transformación se consolidó en 2019, a través de la inscripción del proyecto en la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica, bajo las siglas ED-3427, con el nombre de Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor. A su vez, el socio contraparte, CONAPAM, materializa uno de sus principales fines al lograr, mediante una coordinación interinstitucional, una mayor ampliación en el ejercicio de los derechos de la población adulta mayor para un verdadero acceso a la justicia. Para ello, dota al proyecto de contenido presupuestario para su funcionamiento, y a través de la Ley Núm. 7972, *Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución*, del 22 de diciembre de 1999, publicada en el Alcance Núm. 105 a *La Gaceta* Núm. 250 del 24 de diciembre de 1999, le asigna el calificativo de “personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia”³.

C. Proyecto ED-3427 Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor

El proyecto ofrece sus servicios en la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica, ubicada en el campus universitario Rodrigo Facio, en la provincia de San José, por lo que es accesible a personas usuarias residentes en otras provincias vecinas como Cartago, Heredia y Alajuela. La atención puede ser presencial, telefónica o virtual, lo que hace posible que se atiendan consultas de todo el territorio nacional. En el caso de la atención

³ El estado de necesidad, desde un punto de vista jurídico, es una exigente de responsabilidad propia del derecho penal, pero que en este caso la ley utiliza como sinónimo de indigencia (véase *Enciclopedia Jurídica* [en línea] <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-de-necesidad/estado-de-necesidad.htm>).

presencial, la metodología utilizada inicia con una entrevista personal, lo que permite, en caso de ser procedente, iniciar el expediente y asumir la representación legal, sea en sede administrativa o judicial. Cuando la consulta se realiza por teléfono o de manera virtual, se evalúa la posibilidad de asumir el caso y se brinda una cita, o bien, en aquellos casos en que por la materia del conflicto o por residir en una zona geográfica alejada, se procura al menos orientar legalmente y evacuar las consultas planteadas por la persona consultante, que puede ser una persona mayor, un familiar, vecino o conocido de esta.

El apoyo en la asesoría jurídica a las personas mayores ha permitido, en el proceso de las entrevistas, el registro de información y procedimientos y la aclaración o la resolución de sus conflictos. Toda la información se registra y documenta en una base de datos. Conforme las personas llegan al consultorio, se hace la entrevista; posteriormente se pasa a estudio y, en caso de ser admitidas, se elaboran los escritos correspondientes, o de acuerdo con el caso se solicitan los documentos y requisitos necesarios para iniciar el proceso judicial o administrativo que corresponda.

El objetivo general del proyecto se enfoca a brindar patrocinio letrado gratuito a las personas mayores en condición de vulnerabilidad económica. Al asumirse esta responsabilidad profesional se debe velar por no causar indefensión a las personas usuarias buscando, además, no exponer a la Universidad y al CONAPAM a posibles responsabilidades. Por eso es necesario delimitar la operatividad de las actividades y funciones.

Las principales funciones que los abogados contratados deben realizar son la asesoría legal y la dirección de procesos y patrocinio letrado en procesos judiciales y administrativos en pro de velar por el ejercicio y la defensa de sus derechos en el cumplimiento de la Ley Núm. 7395 y cualquier otra normativa aplicable al caso concreto. Además, deben atender notificaciones, atender el proceso de cada caso y comparecer a las audiencias judiciales y administrativas señaladas en los distintos procesos legales a cargo del proyecto. Asimismo, cada abogado/a debe depurar los procesos judiciales a su cargo, actualizarlos y contactar a las personas usuarias en caso de ser necesario a fin de tener todo ordenado y garantizar el ejercicio de una defensa idónea y de calidad de la persona usuaria. La coordinación del proyecto define los períodos de apertura para la recepción de casos nuevos.

La actividad cotidiana del proyecto se registra en una plataforma virtual, lo que permite llevar un control estricto de las consultas y la actividad que registra cada uno de los procesos legales que se encuentran a cargo o que le han sido asignados a las y los abogados contratados, así como el estado de dichos procesos, que puede ser activo, archivado y terminado. Asimismo, se redactan informes legales e investigaciones o pronunciamientos sobre aquellos temas que sean requeridos o asignados relacionados con los intereses de la población meta, que es la persona mayor. El servicio es gratuito, lo que implica que no se debe costear el patrocinio letrado.

La persona usuaria del servicio debe completar un documento de compromiso mediante el que acepta algunas condiciones, tales como estar al pendiente o comunicar cualquier situación que le impida estar accesible, así como la obligación de decir la verdad y, en caso de que se requiera, facilitar el acceso al sistema de gestión en línea del poder judicial para realizar las consultas que sean de interés. Cuando en un proceso judicial a cargo del proyecto, dentro del fallo o sentencia judicial, se condene al pago de las costas en beneficio del proyecto, el monto respectivo se deberá depositar por el despacho judicial en las cuentas de la Universidad de Costa Rica.

Pese a los esfuerzos interinstitucionales, no resulta posible satisfacer la demanda existente, por lo que se debieron establecer criterios de admisión para los procesos judiciales y administrativos. En consecuencia, se establecieron los siguientes lineamientos generales para la delimitación de la apertura y trámite de casos nuevos:

- Criterio económico: es importante determinar, en la entrevista inicial a la persona usuaria, si sus ingresos económicos no le permiten tener acceso a patrocinio letrado privado. Para tal determinación, se aplican los siguientes parámetros: i) ingreso salarial o por concepto de pensión: se debe revisar el monto bruto y el monto neto; ii) estudio de bienes inmuebles: se admite un bien que sea el domicilio y un bien por herencia o donación, dependiendo de la medida, ubicación y valor fiscal del inmueble, y iii) estudio de bienes muebles: se admiten hasta tres bienes muebles, dependiendo del año, modelo y valor fiscal de estos.
- Este parámetro se basa en una aplicación supletoria de la citada Ley 6369 que reforma la Ley 4775 (Ley de los Consultorios Jurídicos), que, a su vez, reforma el artículo 1 que indica que “las personas que, por el monto de sus ingresos anuales no estén obligados a presentar declaración, según establezca la Ley del Impuesto sobre la Renta, tendrán derecho a obtener servicios gratuitos de abogacía y notariado en los consultorios jurídicos que ha establecido y establezca la Universidad de Costa Rica, de acuerdo con la reglamentación que al efecto se dicte”. El monto exento de impuesto de renta sobre el salario en la actualidad es de 863.000 colones mensuales⁴ según lo establecido por el Ministerio de Hacienda.
- Sin embargo, este criterio no es absoluto por cuanto en la práctica cotidiana se evalúa no solo este factor económico, como se ha señalado anteriormente, sino que también responde a la protección de los derechos fundamentales de igualdad y no discriminación de las personas mayores.
- Competencia territorial de la oficina ubicada en la Facultad de Derecho: para efectos de delimitar la población que se atiende en la oficina del proyecto ED 3428, se establece la siguiente división territorial:
 - Provincia de Alajuela Centro
 - Provincia de Cartago Centro
 - Provincia de San José: Curridabat, Escazú, Heredia, Montes de Oca, San Francisco de Dos Ríos y Zapote. Alajuelita, Hatillo, Mata Redonda, San José, San Sebastián y Turubares. Goicoechea, Moravia, Tibás, Vásquez de Coronado. Pavas, Escazú, Santa Ana, Ciudad Colón, Mora y Puriscal. Desamparados: Distrito Central, Acosta y Aserrí.
- Competencia por materia: como regla general, se admite todo tipo de procesos, previa valoración profesional basada en la viabilidad de las pretensiones según cada caso en concreto. La única excepción a esta regla se presenta en el ejercicio de la defensa en sede penal, que no es admisible y se delega a la

⁴ Aproximadamente 1.361 dólares estadounidenses, calculados según el tipo de cambio del 15 de noviembre de 2021 en Costa Rica.

defensa pública del poder judicial, por requerirse una mayor especialización para garantizar una verdadera tutela en la defensa técnica de los derechos de carácter fundamental.

D. Población atendida en el Consultorio Jurídico, Proyecto ED-3427 Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor

A continuación se presenta la información de la población atendida año por año; se menciona el género, la zona de procedencia geográfica y los tipos de consultas según la temática planteada. En un último apartado se reporta la cantidad de procesos legales en los que se ha brindado de forma gratuita patrocinio letrado de calidad técnico-jurídico con fundamento en los informes de labores trimestrales presentados por convenio UCR-CONAPAM durante 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021. A partir de 2017 se empezó a detallar la información acerca del sexo de la población atendida.

1. Distribución por sexo de las personas usuarias

En los primeros tres años se nota una prevalencia de consultas por personas usuarias de sexo masculino. Sin embargo, en los últimos dos años ha habido un crecimiento evidente en la demanda de los servicios legales gratuitos por parte de personas usuarias del sexo femenino.

Cuadro XIII.1
Distribución de personas usuarias del Proyecto ED-3428 por sexo, 2017 a 2021

| Año | Hombres | | Mujeres | | Total | |
|------|---------|------------|---------|------------|--------|------------|
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| 2017 | 341 | 52,6 | 307 | 47,4 | 648 | 100 |
| 2018 | 396 | 54,2 | 334 | 45,8 | 730 | 100 |
| 2019 | 592 | 52,6 | 533 | 47,4 | 1125 | 100 |
| 2020 | 363 | 39,5 | 557 | 60,5 | 920 | 100 |
| 2021 | 699 | 40,8 | 1014 | 59,2 | 1713 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros del Proyecto ED-3428.

2. Consultas por materia

Las consultas son de diferentes áreas temáticas. Las más recurrentes son aquellas relacionadas con problemas o conflictos por renta de propiedades, tanto en condición de arrendantes como de arrendatarios; donaciones del derecho de propiedad a hijos u otros descendientes; divorcios, pensiones alimentarias, violencia doméstica, procesos sucesorios y procesos de cobro judicial por deudas. También se reciben consultas sobre pensiones por vejez, trámites municipales, trámites ante instituciones públicas, trámites ante dificultades con la atención médica pública, trámites para gestionar vivienda o ubicación en hogares de personas adultas mayores.

Cuadro XIII.2
Número de consultas por materia trabajadas en el Proyecto ED-3428, 2017 a 2021

| Materia | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Agrario | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Alquiler de vivienda | 21 | 31 | 17 | 20 | 4 |
| Arrendamiento/propietario | 6 | 5 | 44 | 48 | 30 |
| Bancario | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Bono de vivienda | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Civil | 173 | 85 | 62 | 43 | 91 |
| Cobro judicial | 15 | 40 | 101 | 71 | 32 |
| Comercial | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Contractual | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Derecho de propiedad | 61 | 20 | 172 | 15 | 55 |
| Desahucio judicial | 10 | 5 | 22 | 37 | 24 |
| Desalojo administrativo | 10 | 68 | 19 | 15 | 23 |
| Divorcio | 36 | 48 | 68 | 17 | 53 |
| Expedientes abiertos | 0 | 0 | 0 | 109 | 93 |
| Familia | 55 | 51 | 102 | 59 | 75 |
| Gestiones con CONAPAM | 0 | 0 | 0 | 54 | 0 |
| Laboral | 15 | 20 | 25 | 14 | 13 |
| Migración | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 |
| Monitoreos arrendaticios | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Municipales | 3 | 4 | 14 | 7 | 24 |
| Notarial | 52 | 18 | 76 | 13 | 20 |
| Otros | 0 | 0 | 13 | 127 | 410 |
| Penal | 20 | 38 | 65 | 30 | 93 |
| Pensión CCSS | 31 | 52 | 68 | 15 | 29 |
| Pensiones | 35 | 62 | 51 | 33 | 74 |
| Procesos administrativos | 5 | 21 | 18 | 8 | 19 |
| Procesos de insania | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Procesos sucesorios | 54 | 87 | 119 | 83 | 142 |
| Recurso de amparo | 9 | 11 | 6 | 6 | 13 |
| Salvaguardia | 0 | 16 | 15 | 22 | 33 |
| Tránsito | 2 | 8 | 9 | 9 | 3 |
| Violencia doméstica | 20 | 32 | 35 | 57 | 83 |
| No admisible | 0 | 0 | 0 | 0 | 273 |
| Total | 648 | 730 | 1 125 | 920 | 1 713 |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros del Proyecto ED-3428.

3. Consultas por zona geográfica

La mayor demanda del servicio es de las personas usuarias procedentes de la provincia de San José; seguida por las provincias de Cartago, Heredia y Alajuela. Esta significativa diferencia entre estas provincias y las restantes, Guanacaste, Puntarenas, Limón, se relaciona con la distancia geográfica y las posibles dificultades de acceso presencial o virtual.

Cuadro XIII.3**Distribución de personas usuarias del Proyecto ED-3428 por zona geográfica, 2017 a 2021**

| Provincia | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------|------|------|-------|------|-------|
| Alajuela | 17 | 36 | 50 | 65 | 151 |
| Cartago | 89 | 93 | 157 | 101 | 142 |
| Guanacaste | 4 | 8 | 7 | 19 | 44 |
| Heredia | 45 | 53 | 68 | 70 | 149 |
| Limón | 7 | 8 | 12 | 26 | 51 |
| San José | 482 | 524 | 823 | 582 | 883 |
| Puntarenas | 4 | 8 | 8 | 15 | 43 |
| No indica | 0 | 0 | 0 | 42 | 250 |
| Total | 648 | 730 | 1 125 | 920 | 1 713 |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros del Proyecto ED-3428.

4. Procesos en los que se ha brindado patrocinio letrado

Las posibilidades de que las personas usuarias se beneficien con el patrocinio letrado gratuito dependen principalmente de la cantidad de profesionales en derecho contratados para realizar estas funciones. No obstante, contar con esta alternativa es un enorme avance en la materialización del derecho de acceso a la justicia para la población de personas mayores.

Cuadro XIII.4**Número de procesos en los que se ha brindado patrocinio letrado en el Proyecto ED-3428 de 2016 a 2021**

| Año | Número de procesos |
|------|--------------------|
| 2016 | 22 |
| 2017 | 119 |
| 2018 | 291 |
| 2019 | 285 |
| 2020 | 393 |
| 2021 | 375 |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de registros del Proyecto ED-3428.

E. Recomendaciones

La creación del Consultorio Jurídico para la Persona Adulta Mayor y su evolución al proyecto que hoy se denomina Defensa Jurídica para la Persona Adulta Mayor han significado un antes y un después para las personas mayores que por sus escasos ingresos no tenían acceso a servicios jurídicos profesionales y de calidad. Tras algunos años de operación el proyecto presenta algunos desafíos, entre los que destacan:

- El Estado, por sí mismo o por medio de su institución rectora, el CONAPAM, debe resolver los problemas de financiamiento, sostenibilidad y sustentabilidad del Proyecto para garantizar la permanencia del servicio de atención legal y patrocinio letrado gratuito, sobre todo si se considera el crecimiento de este segmento de la población.

- Cuando se analizan los posibles obstáculos para un efectivo acceso a la justicia, la ubicación geográfica destaca como una desventaja de acceso a la jurisdicción y, en general, a muchos servicios y posibilidades. Por eso es necesario alcanzar un objetivo pendiente del proyecto atinente a la regionalización, para asegurar el acceso a estos servicios a todas las personas adultas mayores en el país.

F. Recapitulación

En el ámbito jurídico, en Costa Rica las personas mayores son sujetos de una protección reforzada en el nivel nacional y en el ámbito internacional de los derechos humanos. Los cinco acontecimientos relevantes que se presentan en la evolución del ordenamiento jurídico dan cuenta de ello y ofrecen todo un marco garantista y proteccionista a su favor. Sin embargo, el reconocimiento formal de derechos no es suficiente si no se garantiza el derecho humano de acceso a la justicia. Por eso se ha coordinado la implementación de patrocinio legal de calidad, profesional y gratuito para la población adulta mayor. Este mecanismo permite materializar el derecho al acceso a la justicia y una aplicación más efectiva de la normativa especial a favor de la persona mayor.

No obstante, las crecientes necesidades en materia jurídica en una sociedad moderna, sumadas al crecimiento de este sector poblacional, han provocado que el volumen de trabajo crezca de modo exponencial, por lo que es necesario que esta importante iniciativa se fortalezca. En tal entendido, se impone la obligación del Estado de buscar la sostenibilidad y sustentabilidad del Proyecto de Defensa Jurídica de la Persona Adulta Mayor, así como tomar las acciones que sean necesarias para su regionalización, para proporcionar a todo el país el servicio legal gratuito que esa práctica propone.

Bibliografía

- Asamblea Legislativa (2016a), “Opinión Jurídica: 034-J ‘Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos’”, Sistema Costarricense de Información Jurídica [en línea] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD¶m6=1&nDictamen=19744&strTipM=T [fecha de consulta: 14 de noviembre 2021].
- ____ (2016b), “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, Sistema Costarricense de Información Jurídica [en línea] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=82573&nValor3=105690&nValor5=32 [fecha de consulta: 14 de noviembre 2021].
- ____ (1999a), “Ley 7935: Ley Integral para la Persona Adulta Mayor”, Sistema Costarricense de Información Jurídica [en línea] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM [fecha de consulta: 14 de noviembre 2021].
- ____ (1999b), “Protocolo a la Convención Derechos Económicos Sociales San Salvador”, Sistema Costarricense de Información Jurídica [en línea] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=44205&nValor3=46578&nValor4=-1&nValor5=188703&nValor6=03/09/1999&strTipM=FA [fecha de consulta: 14 de noviembre 2021].
- ____ (1971), “Ley 4775: Ley de Consultorios Jurídicos o Trabajo Comunal”, Sistema Costarricense de Información Jurídica [en línea] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=603&nValor3=648&strTipM=TC#ddown [fecha de consulta: 14 de noviembre 2021].

- Asamblea Nacional Constituyente (1949), “Constitución Política de la República de Costa Rica”, Sistema Costarricense de Información Jurídica [en línea] https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871 [fecha de consulta: 14 de noviembre 2021].
- Corte Plena del Poder Judicial (2008), “Reglas de Brasilia sobre el Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”, *Sistema Costarricense de Información Jurídica* [en línea] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=69782&nValor3=0&strTipM=TC [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2021].
- Hernández, R. (2002), *El régimen jurídico de los derechos fundamentales en Costa Rica*, San José, Editorial Juricentro.
- Cornelio Landero, E. (2014), “Los mecanismos alternativos de solución de controversias como derecho humano”, *Barataria, Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, N° 17.
- Luelmo Millán, M. Á. y P. Rabanal Carbajo (1999), *Los principios inspiradores del proceso laboral*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España.
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, Resolución 5420 (2001), de las 15:16 horas del 20/06/2001.

Capítulo XIV

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su papel en la protección de los derechos de las personas mayores

Constanza Argentieri¹

Introducción

La Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) ha significado un avance normativo sustantivo para la protección de los derechos fundamentales de esta población en las Américas. Se trata del primer instrumento jurídico internacional vinculante que no solo establece y reconoce nuevos derechos para las personas mayores, sino que también brinda pautas claras en torno a las obligaciones que asumen los Estados en materia de políticas públicas, normas y prácticas para garantizar los derechos de este grupo. Este tratado coloca a las personas mayores como sujetos de derechos, reconfigurando las nociones sobre la vejez y transformando el lugar que tienen las personas mayores en el espacio social y político.

Esta Convención, aprobada en 2015² en el seno de la Organización de los Estados Americanos (en adelante, OEA), tiene por objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los

¹ Abogada, LL.M in human rights and humanitarian law, American University, USA. Consultora externa para organismos internacionales, ex Codirectora Ejecutiva de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Argentina.

² Hasta la fecha en que se escribió este capítulo, ocho países de la región ratificaron la Convención: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay.

derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. El objetivo de dicho Tratado no podría alcanzarse nunca sin el importante papel que cumple el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante, SIDH o Sistema Interamericano) en la promoción y la protección de los derechos humanos en el continente americano. Por ello, resulta fundamental conocer su funcionamiento y sus distintos mecanismos y su aplicación efectiva para el cumplimiento de los derechos y las obligaciones reconocidas en la Convención.

El SIDH es un sistema internacional para el monitoreo y la protección de los derechos humanos que brinda a las víctimas una oportunidad para ser escuchadas, obtener reparaciones individuales y promueve reformas en las políticas y prácticas estatales con el fin de erradicar las violaciones a los derechos fundamentales. El SIDH tiene un papel central en el seguimiento del cumplimiento de los tratados internacionales que se aprueban en el marco de la Organización de Estados Americanos. En el este capítulo se abordan los lineamientos generales sobre el funcionamiento del SIDH y su aplicación para la efectiva implementación de los derechos y estándares previstos en la Convención, que reconoce y protege los derechos de las personas mayores en las Américas.

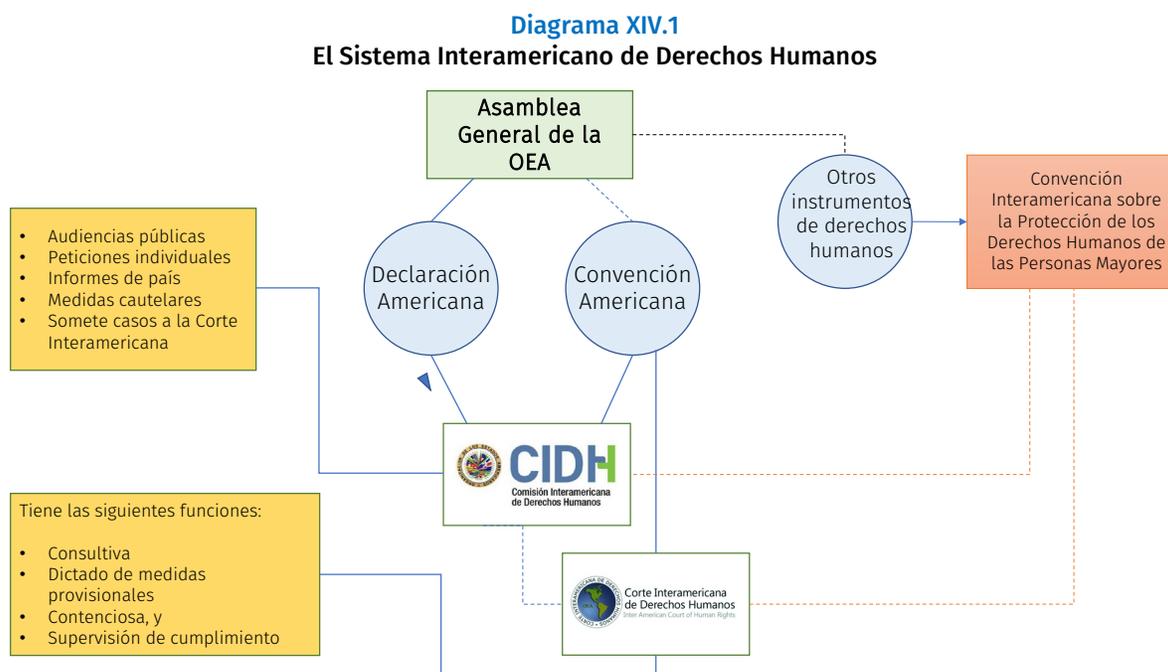
A. El funcionamiento del SIDH y su uso para la protección de los derechos de las personas mayores

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos funciona como un mecanismo de protección de derechos humanos coadyuvante o complementario a los mecanismos que ofrece el derecho interno de los Estados americanos. Así lo establece el preámbulo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos cuando advierte sobre “una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados americanos” (OEA, 1969). Es decir, el SIDH solo puede intervenir ante una violación de derechos humanos una vez que el Estado haya tenido la oportunidad de repararla por sus propios medios³. El SIDH fue creado en el ámbito de la OEA y está compuesto por dos órganos de protección, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH o Comisión Interamericana) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, Corte IDH o Corte Interamericana) (véase el diagrama XIV.1).

La CIDH está integrada por siete miembros, expertos y expertas independientes, y tiene como función principal promover el cumplimiento y la defensa de los derechos humanos en los 35 países de las Américas, a través de las funciones de monitoreo, recepción y tramitación de denuncias, conocidas como peticiones, para determinar si un Estado ha violado los derechos humanos de una persona o grupo de personas, la adopción de medidas cautelares frente a situaciones de extrema gravedad y urgencia, la promoción de derechos humanos y la cooperación técnica con los Estados y organizaciones de la región. Por su parte, la Corte IDH es un tribunal internacional integrado por siete jueces y juezas; es una institución autónoma con competencia contenciosa y consultiva, cuyo objetivo principal es interpretar

³ Esta noción ha sido reiteradamente afirmada por la Corte IDH al analizar su competencia en diversos casos. Al respecto, ha señalado que “la responsabilidad estatal bajo la Convención Americana solo puede ser exigida a nivel internacional después de que el Estado haya tenido la oportunidad de repararlo por sus propios medios”. Véase Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012), *Caso masacre de Santo Domingo vs. Colombia*, 30 de noviembre [en línea] https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nld_Ficha=237&lang=es.

y aplicar la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, CADH o Convención Americana) (OEA, 1969) y otros tratados del SIDH.



Fuente: S. Huenchuan, “Importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, Conferencia realizada en el Encuentro Nacional Hacia la adopción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por el Estado colombiano, Medellín, 22 al 23 de agosto de 2019.

La Corte Interamericana tiene básicamente tres funciones: intervenir en casos denunciados frente a su tribunal y emitir sentencias determinando la responsabilidad internacional de un Estado por la violación de un derecho garantizado en la Convención Americana o en otros tratados del Sistema Interamericano; adoptar medidas cautelares, llamadas provisionales y, una tercera función, que es la consultiva, en virtud de la cual puede responder preguntas de los Estados miembros o de otros órganos de la OEA sobre la interpretación de la CADH y de otros tratados o respecto de la compatibilidad de la legislación nacional con dichos instrumentos.

El SIDH comenzó formalmente sus funciones en 1959, con la creación de la Comisión Interamericana, bajo el mandato de promover y proteger los derechos humanos de los habitantes de las Américas hasta lograr su plena garantía y efectividad. En 1969 se aprobó la Convención Americana, que entró en vigor en 1978⁴, asumiendo los Estados ratificantes el compromiso internacional de respetar los derechos humanos y dar garantías para su efectiva protección.

⁴ Hasta la actualidad, 24 de los 35 Estados miembros de la OEA han ratificado esta Convención.

La Convención Americana trajo consigo la creación y definición de competencias de la Corte IDH, así como la definición de atribuciones y procedimientos de la Comisión Interamericana. Allí se determina que, como fuera señalado, la Corte es una institución judicial autónoma que ejerce una función contenciosa, dentro de la que se encuentra la resolución de casos contenciosos y el mecanismo de supervisión de sentencias; una función consultiva y una función que le permite el dictado de medidas provisionales.

Por su parte, como se ha mencionado, la CIDH cuenta con distintos mecanismos de promoción y protección de derechos humanos:

- El sistema de peticiones y casos (mediante el cual se llevan a la CIDH quejas relacionadas con casos específicos);
- El monitoreo de la situación de los derechos humanos en los países miembros de la OEA, por ejemplo, por medio de visitas a los países y la publicación de informes con estándares jurídicos y recomendaciones; y
- El trabajo en áreas temáticas prioritarias, que incluye el trabajo de seguimiento de las recomendaciones y la cooperación técnica desde las relatorías temáticas existentes, entre las cuales se encuentra la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Mayores (CIDH, 2019).

A continuación, se describirá, en primer lugar, el funcionamiento del mecanismo de peticiones individuales, para luego revisar las otras funciones que el SIDH tiene y que son de suma relevancia para la promoción y la protección de los derechos de las personas mayores en todo el continente.

1. El sistema de peticiones y casos

En concordancia con uno de los mandatos de la Comisión, a partir de la Convención Americana y de su propio reglamento, “cualquier persona, grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembros de la OEA puede presentar a la Comisión peticiones en su propio nombre o en el de terceras personas, referentes a la presunta violación de alguno de los derechos humanos reconocidos” (OEA, 1969).

Es decir, al momento de presentar una petición debe considerarse, en primer lugar, que el Estado del cual se alega que ha violado uno o más derechos humanos sea un Estado miembro de la OEA. En segundo lugar, debe tenerse en cuenta que el o los derechos supuestamente violados estén contemplados en la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre (en adelante, DADDH) (OEA, 1948) o en alguna convención aprobada en el ámbito de la OEA que reconozca la posibilidad de presentar peticiones a la CIDH, que se encuentre vigente y que haya sido ratificada por el Estado al cual se demanda. De esta forma, resulta fundamental ser muy cauteloso respecto de las normas que prevén la posibilidad de presentar peticiones frente a la CIDH y las limitaciones que establecen en virtud de los derechos que pueden ser objeto de la presentación.

La CADH y el Reglamento de la CIDH (2013) establecen los pasos a seguir para realizar una petición por la presunta violación de derechos humanos ante la Comisión Interamericana. En primer lugar, es importante hacer hincapié en la naturaleza subsidiaria que tiene el SIDH y para ello se establece, como condición ineludible para que una denuncia avance en el Sistema Interamericano, el requisito del agotamiento interno. Esto tiene como propósito darle a los Estados la posibilidad de resolver los asuntos de manera

interna antes de ser sometidos a la jurisdicción internacional. La propia Comisión Interamericana se ha pronunciado al respecto señalando que “la regla del agotamiento previo de las vías de los recursos internos tiene como efecto que la competencia de la Comisión es esencialmente subsidiaria” (CIDH, 1989, pág. 122)⁵.

Lo anterior significa que la denuncia debe haber sido previamente presentada en la jurisdicción local y haber sido dirimida en los tribunales nacionales hasta llegar a la última resolución posible. Por otra parte, un segundo aspecto del SIDH que refleja este principio de subsidiariedad tiene que ver con que no se trata de una “cuarta instancia” de un proceso judicial. La actuación del Sistema Interamericano no cuestionará la valoración de los hechos ni las leyes aplicadas por el Poder Judicial local, así como ni la CIDH ni la Corte IDH podrían decidir la absolució n o condena individuales.

Igualmente, el requisito del agotamiento interno cuenta con excepciones establecidas en la CADH y en el Reglamento de la CIDH. A saber, que no exista en la legislación interna del Estado el debido proceso legal para la protección del derecho o derechos que se alega que han sido violados; que no se haya permitido al presunto lesionado en sus derechos el acceso a los recursos de la jurisdicción interna o que haya sido impedido de agotarlos; o que haya un retardo injustificado en la decisión sobre los mencionados recursos (OEA, 1969, art. 46.2).

Solo aquellas peticiones que hayan cumplido con los requisitos exigidos entrarán a la fase de admisibilidad, en la que la CIDH identificará a las víctimas, las convenciones aplicables, el tiempo y el lugar en que ocurrieron los hechos, así como otra información relevante para el caso. El análisis jurídico de esta fase es de suma importancia, pues permite cotejar la información y describir por qué el caso es admisible en relación con los instrumentos mencionados. Una vez admitido el caso, la CIDH avanza en el Informe de Fondo, en el que realiza el análisis jurídico sobre los hechos y el derecho aplicable en el asunto para poder determinar la responsabilidad internacional del Estado ante tales violaciones de derechos humanos y realizar recomendaciones para la reparación y compensación de las víctimas, así como para la prevención de futuras violaciones de derechos humanos.

Cuando la CIDH emite un informe de fondo declarando la responsabilidad del Estado por la violación de los derechos humanos previstos en los Tratados Interamericanos en cuestión, existen dos alternativas:

- i) Si dentro del plazo de tres meses a partir de la transmisión del informe al Estado el asunto no ha sido solucionado, la CIDH podrá emitir, por mayoría absoluta de votos, un informe definitivo con sus conclusiones finales y recomendaciones⁶.
- ii) En el caso de los Estados que hubieran aceptado la jurisdicción de la Corte Interamericana (OEA, 1969, art. 62), la Comisión o el propio Estado podrán presentar el caso ante la Corte IDH, siempre y cuando el peticionario tuviera interés en dicho traslado del caso.

⁵ Véase la Resolución Núm. 15/89, en el Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1989) [en línea] <http://www.cidh.oas.org/annualrep/88.89span/capitulo3a.htm#RESOLUCION%2015/89>.

⁶ La Comisión evaluará el cumplimiento de sus recomendaciones y decidirá sobre la publicación del informe definitivo y su inclusión en el Informe Anual a la Asamblea General de la OEA o su publicación en cualquier otro medio que considere apropiado.

El procedimiento contencioso ante la Corte IDH, que culmina con una sentencia internacional de obligatorio cumplimiento para los Estados, se encuentra también previsto en la Convención Americana (OEA, 1969, art. 66 y ss.).

Lo interesante del alcance de las sentencias de la Corte IDH, así como de las recomendaciones que emite la CIDH en sus Informes de Fondo, es que van mucho más allá de la justicia y reparación del caso individual logrando permear en las estructuras institucionales para impulsar transformaciones que eviten las repeticiones de las violaciones que se han producido. Este tipo de reparaciones o recomendaciones se conocen como garantías de no repetición.

En la región, la mayoría de las violaciones de derechos humanos alegadas frente al Sistema Interamericano siguen operando con patrones sistemáticos. Estos patrones responden a situaciones estructurales, que son aquellas que se procura revertir con las garantías de no repetición. Las garantías de no repetición justifican la adopción de medidas generales que busquen una solución a las razones de fondo que provocan las violaciones estructurales de derechos. El SIDH se encuentra a la vanguardia en cuanto a intervenir en la función preventiva del derecho con el uso de estas medidas de no repetición.

Recuadro XIV.1

Garantías de no repetición de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

La Corte IDH ha desplegado un amplio catálogo de medidas, algunos ejemplos son la exigencia de adecuación de la legislación interna; la derogación de normas vigentes contrarias a la Convención; la formación y capacitación de los funcionarios públicos en derechos humanos; la información sobre los resultados de los procesos de formación comprometidos por los Estados; la garantía del derecho de acceso a información bajo control del Estado; la adopción de campañas de sensibilización; la formulación de políticas públicas; las reformas institucionales; la adopción de reglamentos o protocolos de actuación, entre otras^a.

Fuente: Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), *Cuadernillos de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, 32. *Medidas de reparación*, 2021 [en línea] <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo32.pdf>.

^a Al analizar el caso *Poblete Vilches* se brindarán los ejemplos concretos de garantías de no repetición establecidos por la Corte en la sentencia.

Las garantías de no repetición son un enorme logro del SIDH y están fundadas en la búsqueda de la justicia interamericana que ambos órganos persiguen. La Convención ha sido pionera en el establecimiento de un mecanismo de seguimiento que avanza en términos de acceso a la justicia interamericana. Ella decreta, en su artículo 36, que:

“Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos, puede presentar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de alguno de los artículos de la presente Convención por un Estado Parte” (OEA, 2015, art. 36).

Es decir, el SIDH, a través de sus dos órganos principales, puede verificar violaciones de cualquiera de los derechos reconocidos en esa Convención y establecer la responsabilidad internacional del Estado parte, emitiendo recomendaciones o sentencias que obliguen a su reparación. En otras palabras, esta Convención establece la posibilidad de que las personas presenten denuncias a la CIDH sobre presuntas violaciones de los derechos humanos de las personas mayores reconocidas en este instrumento. De esta manera, si el caso obtuviera un Informe de Fondo dentro de la CIDH y si se cumplieran los requisitos correspondientes para elevar el caso al Tribunal Interamericano, eventualmente la Corte IDH podría dictar una sentencia estableciendo la responsabilidad internacional de algún Estado parte por la violación de alguno de los derechos allí reconocidos.

Hasta la fecha en que se escribe este capítulo y por cuestiones temporales vinculadas a los plazos de los procedimientos dentro de la CIDH, no han llegado a la Corte IDH casos en los cuales se alegue la violación a la CIDPM; sin embargo, existe un importante precedente, que será analizado en el siguiente apartado, en el que se aborda e identifica la vulneración de derechos de una persona mayor y la correspondiente responsabilidad internacional de uno de los países de la región. Por último, la Convención también brinda la posibilidad de que los Estados parte formulen consultas a la Comisión Interamericana en cuestiones relacionadas con su efectiva aplicación, así como solicitar asesoramiento y cooperación técnica para asegurar la aplicación efectiva de cualquiera de las disposiciones allí establecidas.

2. El caso *Poblete Vilches*

El 8 de marzo de 2018 la Corte Interamericana dictó una sentencia histórica en materia de protección de los derechos de las personas mayores (véase CIDH, 2018). Esta fue la primera vez que el Tribunal Interamericano analizó de manera específica la obligación que tienen los Estados en materia de protección de los derechos de las personas mayores, en particular de su derecho a la salud.

El caso aborda la situación de una persona mayor que fue internada en dos ocasiones por insuficiencia respiratoria grave. En una de ellas, se le practicó una intervención cuando el paciente se encontraba inconsciente, sin haber obtenido el consentimiento de sus familiares. En la segunda intervención, el señor Poblete Vilches permaneció en la unidad de cuidados intermedia; no obstante, la ficha médica disponía su internación en sala de cuidados intensivos y no le fue prestada la asistencia respiratoria necesaria y falleció a los pocos días.

En este fallo, la Corte IDH declara por unanimidad la responsabilidad internacional del Estado chileno por no garantizar al señor Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios básicos y urgentes en atención a su situación especial de vulnerabilidad como persona adulta mayor, lo que derivó en su muerte⁷, así como por los sufrimientos derivados de la desatención del paciente. Asimismo, la Corte declaró que el Estado vulneró el derecho a obtener el consentimiento informado por sustitución y al acceso a la información en materia de salud, en perjuicio del señor Poblete Vilches y de sus familiares, así como el derecho al acceso a la justicia e integridad personal, en perjuicio de los familiares del señor Poblete⁸.

⁷ La Corte IDH entiende que el Estado violó los artículos 26, 1.1, 4 y 5 de la Convención Americana.

⁸ Para así determinarlo, la Corte IDH estableció la violación de los artículos 13, 7 y 11, en relación con el artículo 1.1 y los artículos 8 y 25, todos de la Convención Americana.

Otro de los grandes avances del fallo es que la Corte Interamericana se pronuncia por primera vez respecto al derecho a la salud de manera autónoma, como parte integrante de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), en interpretación del artículo 26 de la CADH (OEA, 1969, art. 26). Los propios Estados de la región han acordado la justiciabilidad directa de la mayoría de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales cuando se trata de las personas mayores. Es decir, al haber incorporado en la Convención la posibilidad de presentar una petición ante la CIDH por cualquiera de los derechos allí reconocidos, los Estados han consensuado en que todos ellos son reclamables frente al Sistema Interamericano.

La Corte analiza en este fallo el derecho a la salud como un derecho humano interdependiente e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. En ese sentido, señala que:

“Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también de un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral” (Corte IDH, 2018, párr. 118).

Este derecho, señala la Corte IDH, trae aparejadas obligaciones por parte de los Estados que se traducen en medidas concretas como aquellas orientadas a garantizar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, asegurando una prestación médica de calidad y eficaz, así como el deber de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Por otra parte, resulta fundamental comprender el alcance de la sentencia en materia de protección de los derechos de las personas mayores. La Corte IDH resaltó:

“La importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia” (Corte IDH, 2018, párr. 132).

En esa línea, el estándar que aplica la Corte IDH para el caso de las personas mayores significa un avance sustancial en el SIDH. El Tribunal establece que los Estados tienen un deber reforzado frente a las personas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, que exige que presten especial atención para respetar y garantizar el efectivo acceso a su derecho a la salud. Esto implica, en palabras de la Corte IDH, que:

“Tienen la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos” (Corte IDH, 2018, párr. 132).

Asimismo, en este fallo se determina que la edad es también una categoría protegida por la Convención Americana. Es decir, que existe una prohibición de discriminación por edad que debe ser tomada especialmente en consideración al momento de adoptar medidas que puedan impactar en las personas mayores.

A pesar de no ser un fallo en el que se interpreta y aplica la CIDPM, la Corte IDH logra, a través de una amplia, novedosa y holística interpretación de la CADH, determinar la

justiciabilidad directa del derecho a la salud y la especial protección que los Estados deben brindarles a las personas mayores para proteger y garantizar todos sus derechos.

Recuadro XIV.2
Garantía de no repetición

A partir del análisis sobre los hechos y sobre el derecho aplicable al caso, la Corte IDH determinó las siguientes garantías de no repetición, que complementan las reparaciones individuales establecidas: el Estado debe implementar programas permanentes de educación en derechos humanos; debe adoptar medidas de mejoras en el hospital de referencia; debe fortalecer el Instituto Nacional de Geriátrica y su incidencia en la red hospitalaria; debe diseñar una publicación o cartilla que desarrolle los derechos de las personas mayores en materia de salud; y debe adoptar las medidas necesarias a fin de diseñar una política general de protección integral a las personas mayores (Corte IDH, 2018, párr. 232-241). Todas estas medidas están orientadas a evitar que esta situación se repita y a generar cambios estructurales que promuevan y protejan el derecho a la salud de las personas mayores en el país.

Fuente: Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), "Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile", Sentencia de 8 de marzo de 2018 (Fondo, Reparaciones y Costas) [en línea] https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf.

3. Otros mecanismos de promoción y protección de derechos humanos del SIDH

Como fue señalado, la CIDH tiene entre sus mandatos el monitoreo de los derechos humanos en los países de la región. En tal sentido, tiene entre sus funciones la observación de la situación general de los derechos humanos en los Estados miembros y la publicación de informes especiales sobre la situación existente en determinado Estado miembro, cuando lo considera apropiado. A su vez, tiene la potestad de realizar visitas *in loco* a los países para analizar en profundidad la situación general de derechos humanos o para investigar una situación específica.

En general, estas visitas dan lugar a la preparación de un informe sobre la situación de los derechos humanos que es observada, que es publicado y presentado ante el Consejo Permanente y la Asamblea General de la OEA. Para poder llevar adelante esta tarea de monitoreo, la CIDH cuenta con relatorías temáticas con el objeto de brindar atención a ciertos grupos, comunidades y pueblos que se encuentran especialmente expuestos a violaciones de derechos humanos por su situación de vulnerabilidad y por la discriminación histórica de la que han sido objeto.

En 2019, a fin de ampliar y profundizar la institucionalidad existente para el seguimiento de la protección de los derechos de las personas mayores, la CIDH decidió crear la Relatoría Temática sobre los Derechos de las Personas Mayores (CIDH, 2019). Anteriormente, en marzo de 2017, se había creado la Unidad sobre los Derechos de las Personas, luego de un diagnóstico que destacó que la protección de los derechos de las personas mayores continúa siendo un desafío prioritario en la región, considerando, además, la adopción en 2015 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Entre otras actividades, esta Relatoría ha llevado adelante audiencias temáticas sobre la situación de derechos humanos de las

personas mayores⁹, así como se ha pronunciado en distintos comunicados de prensa sobre la importancia de la protección de este grupo y la ratificación de la Convención por parte de los Estados de la región.

A través de uno de sus comunicados de prensa, la CIDH insta a todos los Estados miembros de la OEA a firmar y ratificar la Convención, como parte de los esfuerzos por universalizar el sistema interamericano de derechos humanos, de tal manera que todos los tratados y convenciones protejan a todas las personas de la región. Asimismo, recomienda a los Estados la adopción de distintas medidas para promover y proteger los derechos de esta población en todo el continente.

“la CIDH también insta a los Estados a adoptar medidas para fomentar una actitud positiva e inclusiva hacia la vejez y un trato digno, respetuoso y considerado hacia la persona mayor y, sobre la base de una cultura de paz, impulsar acciones de divulgación, promoción de los derechos y empoderamiento de la persona mayor, así como evitar el lenguaje e imágenes estereotipadas sobre la vejez. Asimismo, a promover el reconocimiento de la experiencia, la sabiduría, la productividad y la contribución al desarrollo que la persona mayor brinda a la sociedad en su conjunto. La CIDH recuerda que los países deben diseñar estrategias urgentes para enfrentar las consecuencias del envejecimiento poblacional, con un enfoque de autonomía e independencia de las personas mayores y la eliminación de enfoques asistencialistas. En ese sentido, es fundamental que los Estados adopten medidas urgentes para prevenir la violencia y la discriminación contra las personas mayores” (CIDH, 2018).

A su vez, la CIDH, a través de esta Relatoría, da seguimiento a la situación de los derechos humanos de las personas mayores a través de sus informes anuales, comunicados de prensa, audiencias públicas e informes temáticos.

Para toda persona u organización que trabaje en la promoción y protección de los derechos de las personas mayores, resulta interesante conocer el mecanismo de audiencias públicas de la CIDH en las cuales se pone a disposición de la Comisión Interamericana información en la materia que es de suma relevancia para la tarea de monitoreo que realiza¹⁰. Igualmente, es fundamental dar seguimiento a los estándares de derechos humanos de las personas mayores que la CIDH va desarrollando en su rol de interpretación de la Convención. De igual forma, se espera que pronto la Corte IDH pueda conocer de manera directa algún caso de violación de los derechos consagrados en dicho instrumento interamericano.

Por último, la CIDH y la Corte IDH tienen, entre sus mandatos, la potestad de adoptar medidas cautelares (este es el nombre que se le da desde la CIDH) y medidas provisionales (cuando es la Corte IDH quien las adopta). Ambas medidas se relacionan con situaciones de gravedad y urgencia que representan un daño irreparable a las personas. Estas medidas pueden solicitarse en cualquier momento, sin necesidad de haber presentado una petición previamente. Es importante aclarar que su otorgamiento no supone un prejuzgamiento

⁹ Véase las Audiencias públicas sobre los derechos humanos de las personas mayores, en Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en línea] <https://www.oas.org/es/cidh/audiencias/TopicsList.aspx?Lang=es&Topic=49>.

¹⁰ Véase Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Información sobre audiencias [en línea] <http://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/sesiones/coberturas.asp>.

sobre la situación de fondo que el caso urgente presenta. En definitiva, el papel que tienen las propias personas mayores, las personas activistas, las organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales es esencial para poder hacer un uso estratégico del SIDH que promueva los derechos humanos de las personas mayores, generando mayores compromisos y obligaciones a los Estados de la región.

B. Reflexiones finales

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores provocó un cambio de paradigma en materia de promoción y protección de los derechos de esta población. Este instrumento del derecho interamericano incorpora conceptos novedosos y abre el diálogo entre el campo de los derechos humanos, la gerontología, las políticas públicas, la psicología y otras disciplinas.

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos desempeña un papel central en el cumplimiento de los derechos y las obligaciones reconocidas en la CIDPM, ya que a través de sus distintos mecanismos permite avanzar en interpretaciones jurídicas y desarrollar estándares de derechos humanos, monitorear la situación de acceso a derechos de las personas mayores en los países de la región, recibir y tramitar denuncias sobre casos individuales o colectivos por violación de los derechos reconocidos en la Convención, dictar sentencias internacionales vinculantes, adoptar medidas cautelares o provisionales frente a situaciones urgentes, llevar adelante acciones de sensibilización y promoción de derechos de las personas mayores y prestar cooperación técnica a los Estados para el cumplimiento de los derechos reconocidos en ese tratado internacional.

Un uso estratégico del SIDH puede ayudar a generar transformaciones en la esfera local impulsando la sanción de nuevas leyes y reformas normativas, o cambios en políticas públicas o prácticas institucionales o decisiones jurisprudenciales que garanticen la protección de los derechos de las personas mayores. Para ello, resulta fundamental conocer los distintos mecanismos que ofrece el SIDH a través de sus dos órganos principales, la Comisión Interamericana y la Corte Interamericana de Derechos Humanos y las posibilidades que la propia Convención presenta en materia de acceso a la justicia interamericana.

La Convención permite, a través del mecanismo de seguimiento consensuado por los Estados de la región, que la violación de cualquiera de los derechos allí reconocidos pueda ser reclamada frente a la CIDH, abriendo así también la posibilidad de obtener con posterioridad una sentencia de la Corte IDH. Esto es absolutamente novedoso, ya que supone la justiciabilidad directa de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas mayores, que no ha sido habilitada de esta manera por ningún otro tratado del SIDH.

Pese a que todavía no hay sentencias del Tribunal Interamericano que declaren la responsabilidad estatal por el incumplimiento de la Convención, existen interesantes precedentes jurisprudenciales que reconocen la protección especial de las personas mayores como grupo en situación de vulnerabilidad, como el caso Poblete Vilches, por ejemplo. En esa sentencia, la Corte IDH no solo establece la justiciabilidad directa del derecho a la salud como derecho autónomo e independiente de otros derechos, sino que además reconoce que las personas mayores tienen derecho a un cuidado respetuoso con su autonomía e independencia; así como el derecho a una protección especial de su salud.

El SIDH ha dado importantes pasos en la promoción y la protección de los derechos de las personas mayores; sin embargo, queda todavía un largo camino que recorrer para hacer realidad el cumplimiento efectivo de todos los derechos y obligaciones reconocidas en la CIDPM. Para ello, es esencial que las personas, organizaciones e instituciones que trabajan en esta temática conozcan y utilicen los mecanismos del Sistema Interamericano para impulsar la ratificación de la Convención, así como su efectiva implementación en todos los países de las Américas.

Bibliografía

- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2019), “Relatoría temática sobre los Derechos de las Personas Mayores [en línea] <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/r/pm/default.asp>.
- ____ (2018), “CIDH insta a los Estados miembros de la OEA a firmar y ratificar la Convención para la protección de los derechos de las Personas Mayores”, Comunicado de prensa, 14 de diciembre [en línea] <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/268.asp>.
- ____ (2013), Reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en línea] <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/reglamentoCIDH.asp>.
- ____ (1989), Resolución N° 15/89, Caso 10.208, República Dominicana, Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [en línea] <http://www.cidh.oas.org/annualrep/88.89span/capitulo3a.htm#RESOLUCION%2015/89>.
- Corte IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos) (2021), *Cuadernillos de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, 32. *Medidas de reparación* [en línea] <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo32.pdf>.
- ____ (2018), “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”, Sentencia de 8 de marzo de 2018 (Fondo, Reparaciones y Costas) [en línea] https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf.
- ____ (2012), “Caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia 30 de noviembre” [en línea] https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=237&lang=es.
- Huenchuan, S. (2019), “Importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, Conferencia realizada en el Encuentro Nacional Hacia la adopción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores por el Estado colombiano, Medellín, 22 al 23 de agosto de 2019.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015), *Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)* [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- ____ (1969), “Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (B-32)”, Departamento de Derecho Internacional, Secretaría de Asuntos Jurídicos [en línea] https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf.
- ____ (1948), *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* [en línea] <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>.

En este libro se expone una perspectiva multidisciplinaria y contemporánea de los derechos humanos de las personas mayores. Se presentan elementos conceptuales y ejemplos de prácticas sobre cómo promover y proteger los derechos humanos de este grupo social en ámbitos que han sido clave durante la pandemia por COVID-19. Se trata de una contribución inédita construida a partir de reflexiones y propuestas de autores de la región y de fuera de ella.

Los destinatarios de la obra son el público en general y en particular los gobiernos de la región (ejecutivo, legislativo y judicial), organizaciones de la sociedad civil de la región y de fuera de ella, instituciones académicas, organismos internacionales y regionales, entre otros. El libro puede suscitar particular interés en los países que atiende la sede subregional de la CEPAL en México.

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org