

# Avances y desafíos en la protección social de personas adultas mayores en el caso argentino (2003-2017).

Messina, Giuseppe Manuel.

Cita:

Messina, Giuseppe Manuel (2019). *Avances y desafíos en la protección social de personas adultas mayores en el caso argentino (2003-2017)*. *Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 133-156.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/gm.messina/32>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZHh/Agy>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# DERECHOS PERSONAS MAYORES

Año 9  
NÚMERO 19  
DICIEMBRE 2019  
Buenos Aires  
Argentina

DERECHO  
A LA SEGURIDAD  
SOCIAL

DERECHO  
A LA SALUD

ACCESO  
A LA JUSTICIA

IGUALDAD  
Y NO DISCRIMINACIÓN



DERECHO  
A LA SALUD

DERECHO  
A LA INDEPENDENCIA  
Y AUTONOMÍA

DERECHO  
A LA INTIMIDAD

Revista Institucional  
de la Defensa Pública  
de la Ciudad Autónoma  
de Buenos Aires

DERECHO  
A LA INTIMIDAD

DERECHO  
A LA INTEGRACIÓN  
COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

DERECHO  
A LA SEGURIDAD  
SOCIAL

IGUALDAD  
Y NO DISCRIMINACIÓN

DERECHO  
A LA INDEPENDENCIA  
Y AUTONOMÍA

ACCESO  
A LA JUSTICIA

DERECHO  
A LA INTIMIDAD

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

DERECHO  
A LA INTEGRACIÓN  
COMUNITARIA

DERECHO  
A LA SEGURIDAD  
SOCIAL

DERECHO  
A LA INTIMIDAD

DERECHO  
A LA INTEGRACIÓN  
COMUNITARIA

ACCESO  
A LA JUSTICIA

DERECHO  
A LA SALUD

DERECHO  
A LA SALUD

## PERSONAS MAYORES: VOCES Y DERECHOS

IGUALDAD  
Y NO DISCRIMINACIÓN

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

DERECHO  
A LA INDEPENDENCIA  
Y AUTONOMÍA

Año 9  
Número 19  
Diciembre de 2019  
Buenos Aires  
Argentina



Revista Institucional  
de la Defensa Pública  
de la Ciudad Autónoma  
de Buenos Aires

**Director**  
**Dr. Horacio Corti**

**Coordinadora del número**  
**Dra. María Virginia Gorosito**

Publicación propiedad del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Edificio Dr. Arturo Enrique Sampay, México 890 (1097) CABA.

El contenido y las opiniones vertidas en cada uno de los artículos son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISSN 1853-5828

**Defensor General**

Dr. Horacio Corti

**Defensora General Adjunta****Fuero Contencioso Administrativo y Tributario**

Dra. Graciela Elena Christie

**Defensor General Adjunto****Penal, Contravencional y de Faltas**

Dr. Luis Esteban Duacastella Arbizu

**Fuero Contencioso Administrativo y Tributario****Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 1**

Dr. Fernando Lodeiro Martínez

**Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 2**

Dra. Mariana Beatriz Pucciarello

**Primera Instancia****Defensoría N° 1**

Dra. Alejandra Lorena Lampolio

**Defensoría N° 2**

Dr. Pablo A. De Giovanni

**Defensoría N° 3**

Dra. María Lorena González Castro Feijóo

**Defensoría N° 4**

Dra. Cecilia Gonzalez de los Santos

**Defensoría N° 5**

Dr. Ramiro Joaquín Dos Santos Freire

**Defensoría N° 6**

Dr. Javier Indalecio Barraza

**Fuero Penal, Contravencional y de Faltas****Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 1**

Dr. Gustavo Eduardo Aboso

**Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 2**

Dr. Emilio Antonio Cappuccio

**Primera Instancia****Defensoría N° 1**

Dra. Patricia Beatriz López

**Defensoría N° 2**

Dra. Silvina Noemí Nápoli

**Defensoría N° 3**

Dra. María Andrea Piesco

**Defensoría N° 4**

Dr. Sebastián Zanazzi

**Defensoría N° 5**

Dra. Victoria Inés Almada

**Defensoría N° 6**

Dra. Marcela María Amelia Paz

**Defensoría N° 7**

Dr. Marcelino N. Civitillo

**Defensoría N° 8**

Dr. Matías Becerra

**Defensoría N° 9**

Dra. Andrea Demarco

**Defensoría N° 10**

Dra. María Florencia Zapata

**Defensoría N° 11**

Dra. Carolina Spósito

**Defensoría N° 12**

Dr. Javier Balmayor

**Defensoría N° 13**

Dra. Paula Lagos

**Defensoría N° 14**

Dr. Sergio J. Pistone

**Defensoría N° 15**

Dr. Miguel Talento Bianchi

**Defensoría N° 16**

Dra. Gabriela Marquiegui Mc Loughlin

**Defensoría N° 17**

Dra. Yanina Gabriela Matas

**Defensoría N° 18**

Dr. Juan Ignacio Cafiero

**Defensoría N° 19**

Dra. Bibiana Marys Birriel Moreira

**Defensoría N° 20**

Dra. Marina Recabarra

**Defensoría N° 21**

Dra. María Lousteau

**Defensoría N° 22**

Dr. Christian Federico Brandoni Nonell

**Defensoría N° 23**

Dra. Claudia Analía Rodríguez

**Defensoría N° 24**

Dra. María Laura Giusepucci

**Secretaría General de Acceso a la Justicia**

Dr. Mauro Riano

**Secretaría General de Administración**

Lic. Jorge Costales

**Secretaría General Jurisdiccional de Coordinación Técnica**

Dr. Javier José Telias

**Secretaría General de Asistencia a la Defensa**

Dra. Marcela Millán

**Secretaría General de Planificación**

Dr. Francisco M. Talento

**Secretaría Jurisdiccional de Derechos Humanos y Procesos Colectivos**

Mg. María Alejandra Villasur García

**7 EDITORIAL**

Horacio Corti

**LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES  
DESDE LA PERSPECTIVA REGIONAL E INTERNACIONAL**

- 11** "Uno de los temas más importantes en la vejez y en el envejecimiento en la actualidad es el valor de los derechos humanos".  
Entrevista a Rosa Kornfeld-Matte
- 20** "Las personas mayores sujetas a situaciones de pobreza son mucho más susceptibles a diferentes formas de abuso y malos tratos".  
Entrevista a Flávia Piovesan
- 26** Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos.  
Christian Courtis
- 31** Los derechos humanos de las personas mayores en las instituciones europeas: legislación y políticas.  
Claudia Martin
- 38** África: estándares regionales sobre la protección de los derechos de las personas mayores.  
Bethany Brown

**GÉNERO Y DIVERSIDAD**

- 47** "La lucha en la que creo es la de la repetición. No retroceder nunca y volver y volver. Hablar una y otra vez de los viejos".  
Entrevista a Eva Giberti
- 60** Homenaje a una ambientalista: Yolanda Ortiz.  
Marcelo Alberto López Alfonsín
- 62** La vejez de las mujeres en la Argentina. ¿En qué se parecen y en qué difieren las adultas mayores de ayer y de hoy?  
Victoria Mazzeo
- 73** Una mirada desde el Derecho Internacional de los derechos humanos hacia el derecho a la vivienda de las mujeres mayores que habitan en la Ciudad de Buenos Aires.  
Verónica Carmona Barrenechea y María Virginia Gorosito
- 85** "Otra problemática que se da en la vejez de las personas lesbianas y gays es que han llevado una vida de mucho silencio (...), setenta años sin poder ser lo que sienten que son".  
Entrevista a Graciela Balestra

## **IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**

- 93** "El potencial de la gente mayor, adulta, de los jubilados (...) es un potencial que la sociedad no tiene derecho a perder".  
Entrevista a Rafael Kohanoff
- 107** **Discriminación por edad.**  
Mónica Roqué y Juan Sebastián Amaro

## **SEGURIDAD SOCIAL**

- 123** "Al envejeciente se le niega el deseo y, como consecuencia de eso, se le niega la condición de persona".  
Entrevista a Eugenio Semino
- 133** **Avances y desafíos en la protección social de personas adultas mayores en el caso argentino (2003-2017).**  
Giuseppe M. Messina

## **ACCESO A LA JUSTICIA**

- 157** "La región de las Américas es la primera en consolidar en un solo instrumento de orden vinculante los derechos y libertades de las personas mayores".  
Entrevista a Elena Highton de Nolasco
- 166** **Derecho de acceso a la justicia de las personas mayores.**  
María Virginia Gorosito

## **CUIDADO**

- 181** "Aquí todos son artistas y tienen la posibilidad de compartir sus saberes, de ayudarse, de enseñar y aprender del otro, como hacemos en la familia. Ese es realmente el espíritu de La Casa del Teatro".  
Entrevista a Linda Peretz
- 187** **Derecho a los cuidados paliativos al final de la vida y a una muerte digna.**  
Sandra Huenchuan Navarro
- 201** **El derecho al cuidado de las personas mayores.**  
Laura Pautassi
- 215** **La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados.**  
Teresa Martínez Rodríguez

## **MÁS ALLÁ DEL DERECHO**

- 233** **Pensar la vejez más allá del derecho.**  
María Alejandra Villasur García

## **INTERVENCIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA DE LA CABA**

### **241 Hacia un nuevo paradigma en torno a la vejez: el modelo de intervención de la Defensa Pública.**

Daniel Rómbola

### **243 La intervención del Ministerio Público de la Defensa en la protección y promoción de los derechos de las personas mayores en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores del MPD CABA

## **ANEXO DOCUMENTAL**

### **257 Argentina**

- Decálogo sobre los Derechos de la Ancianidad, Decreto N° 32138 del año 1948.

### **260 Sistema Interamericano**

- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015. Entrada en vigor: 11 de enero de 2017. Organización de Estados Americanos.

- "Poblete Vilches y otros. vs. Chile". Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C N° 349. Sentencia del 8 de marzo de 2018. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

### **370 Sistema Universal**

- Observación General N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad (E/C.12/1995/16/Rev.1), 1995.

- Recomendación General N° 27 del Comité sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/GC/27), 2010.

- Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas que establece la creación del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento (A/RES/65/182).

- Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas que establece el mandato del Experto Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos de las personas de edad (A/HRC/RES/24/20).





# Editorial

**Horacio Corti**

Defensor General de la CABA

## **Los derechos de las personas mayores: una deuda pendiente**

El presente número de nuestra revista institucional está dedicado a los derechos de las personas mayores. Las diferentes secciones (entre ellas la perspectiva regional e internacional; género y diversidad; igualdad y no discriminación; seguridad social; acceso a la justicia; cuidado; las intervenciones de la defensa pública) muestran la variedad de aspectos a considerar.

Resulta claro que un hito en la protección jurídica de las personas mayores ha sido el dictado de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015 (e incorporada al derecho argentino en 2017). Es elocuente observar los principios generales enunciados en su art. 3°:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- d) La igualdad y no discriminación.
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- f) El bienestar y cuidado.
- g) La seguridad física, económica y social.
- h) La autorrealización.
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- k) El buen trato y la atención preferencial.
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- n) La protección judicial efectiva.
- o) La responsabilidad del Estado y la participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

Recientemente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha aplicado esta Convención en la causa "García, María Isabel c/ AFIP s/ acción meramente declarativa de inconstitucionalidad" del 26 de marzo de 2019. Entre otros aspectos a destacar, allí se señaló "que la reforma constitucional introducida en 1994 dio un nuevo impulso al desarrollo del principio de igualdad sustancial para el logro de una tutela efectiva de colectivos de personas en situación de vulnerabilidad, estableciendo medidas de acción positiva". En dicho marco "cobra especial énfasis el deber del legislador de estipular respuestas especiales y diferenciadas para los sectores vulnerables, con el objeto de asegurarles el goce pleno y efectivo de todos sus derechos", entre ellos el colectivo de las personas mayores.

A la importancia de la igualdad sustancial (referida a la efectividad de los derechos en la vida social más allá de la igualdad formal) hay que añadirle el concepto de interseccionalidad, dado que las discriminaciones, en sociedades complejas asentadas a su vez en la exclusión social, se acumulan y refuerzan. Puede verse como ejemplo la situación de las personas trans, tal como surge de investigaciones que ya hemos publicado (ver: La revolución de las mariposas, p. 95).

Cabe destacar que también en nuestra justicia local tramitan una multiplicidad de casos que involucran a las personas mayores, en muchos casos asistidos por la defensa pública.

Indudablemente nuestra sociedad, caracterizada por crisis recurrentes que dan lugar a ajustes presupuestarios que involucran habitualmente a la seguridad social, mantiene una deuda con las personas mayores.

El presente número ha sido coordinado por Virginia Gorosito y una de sus características es la combinación de ensayos con diferentes entrevistas. También se incluye un anexo con algunos documentos jurídicos relevantes en la materia.

Con esta publicación la Defensa Pública continúa su tarea de profundización y difusión de la cultura de los derechos humanos, que es uno de los núcleos valorativos fundamentales de nuestro ordenamiento jurídico-constitucional.

**LOS DERECHOS HUMANOS  
DE LAS PERSONAS MAYORES  
DESDE LA PERSPECTIVA  
REGIONAL E INTERNACIONAL**





“Uno de los temas más importantes en la vejez y en el envejecimiento en la actualidad es el valor de los derechos humanos”.

## Entrevista a Rosa Kornfeld-Matte\*

**Rosa Kornfeld-Matte** es licenciada en Educación. Magíster en Gerontología Social, por la Universidad Autónoma de Madrid.

Fue directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor en Chile donde diseñó e implementó la Política Nacional para el Adulto Mayor. Cuenta con una larga trayectoria en el mundo académico, siendo la fundadora del Programa del Adulto Mayor en la Pontificia Universidad Católica de Chile. En mayo de 2014 el Consejo de Derechos Humanos la designó como primera Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, cargo que ocupa en la actualidad.

\*Entrevista realizada vía Skype por la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el 28 de marzo de 2019.

**—En primer lugar, nos gustaría que nos comparta su experiencia académica y profesional tanto en la gestión pública como en la academia, en Chile, en relación con los derechos de las personas mayores y cómo su experiencia local la llevó a un organismo internacional.**

—Soy licenciada en Educación y magíster en Gerontología Social. Durante mi trabajo en la Universidad Católica, en 1989 con motivo del aniversario 100° de la universidad, hicimos una propuesta a la rectoría para poder formar un programa dedicado a las personas de

edad; es decir, una universidad para la tercera edad, tal como existía en Europa. A raíz de ello, viajé a Francia, precisamente a Toulouse, que fue donde se inició la Universidad de Tercera Edad. Gracias a esta experiencia, decidimos crear una universidad para la tercera edad en Chile, llamada *Programa para el Adulto Mayor*.<sup>1</sup> Este programa ya cuenta con 25 años de desarrollo y sigue vigente. Entre sus objetivos figuran capacitar a las personas mayores en diversas temáticas y especializar a profesionales de nivel universitario en gerontología con un enfoque interdisciplinario, para apoyar su formación, desarrollo e integración a la sociedad. Desde su puesta en funcionamiento, se han capacitado adultos mayores en Gerontología Social y se han realizado numerosos cursos de cultura, teatro, coro, entre otros. Para ello hemos trabajado tanto a nivel comunal como a nivel profesional en Gerontología Social a distancia y presencial, y hemos desarrollado un programa interdisciplinario en el que trabajamos con medicina, economía, derecho; es decir que, involucra a muchas de las facultades y a la vicerrectoría académica de nuestra universidad.

Nos destacamos por ser una bandera de formación para el envejecimiento y la vejez. Fuimos creciendo y trabajando en terreno con las poblaciones más desvalidas de los municipios. En 2010, dejé mis funciones en la universidad para asumir la dirección del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)<sup>2</sup> durante cuatro años. Allí me tocó evaluar qué había, qué existía y, a partir de ello, formular una política pública de envejecimiento positivo para el país, que comprendiera desde 2012 hasta 2025. Esa política fue aprobada por el presidente de la República, quien envió una ley al Congreso para que fuera efectiva, con fondos adicionales para implementar centros de día, ayuda a los establecimientos de larga estadía y cuidado domiciliario.

Luego, en 2014, regresé a la universidad para hacerme cargo del Centro de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento, el CEVEUC,<sup>3</sup> compuesto también por ocho facultades. Allí debíamos evaluar estudios y concursar en propuestas gubernamentales internacionales para ser pioneros en todo lo que fuera materia de estudio sobre estos temas. Hicimos estudios sobre Alzheimer, cuidados paliativos, cuidados para establecimientos de larga estadía, familia, entre otros.

En ese momento, recibí la postulación como Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de

1. Disponible en: <http://adultomayor.uc.cl/>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

2. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

3. Disponible en: <http://estudiosdevejez.uc.cl/>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

edad en el ámbito de las Naciones Unidas.<sup>4</sup> Con gran respeto, asumí la postulación, pues no era abogada y venía del ámbito social. Si bien había estado trabajando en temas de maltrato durante mi experiencia laboral en el SENAMA, tuve que armar un programa contra el abuso del adulto mayor, junto con una persona encargada en cada una de las regiones. De esa manera, me fui adentrando en el tema. Finalmente, se postularon veinte personas de todo el mundo y quedé en la terna. Luego fui seleccionada como Experta Independiente para las personas mayores, lo que ha sido muy gratificante para mí.

En 2014 comenzó mi mandato en las Naciones Unidas, que, en principio, era por tres años, pero renovable por tres años más, y me renovaron tres años más, por eso estoy desde hace cinco años en el mandato.

**—¿Cuál ha sido el impacto que ha tenido la creación del cargo de Experto Independiente y cuáles son sus principales funciones?**

—Existe un Grupo de Trabajo de composición abierta sobre envejecimiento,<sup>5</sup> con sede en Nueva York, presidido por el embajador de la Argentina en Nueva York, Martín García Moritán.<sup>6</sup> En ese proceso, el Grupo insistió muy fuertemente en crear un experto porque ya habían realizado seis sesiones y era poco lo que se avanzaba. Entonces pidieron a las Naciones Unidas crear la figura de un experto independiente, como existe en pobreza, en prostitución infantil y fue así como se creó mi cargo. La importancia ha sido que hemos trabajado en conjunto, ninguno de los dos excluye al otro, pues cada parte contribuye con su aporte.

Mi trabajo específico es en derechos humanos, fundamentalmente, debe reforzar el convencimiento de que uno de los temas más importantes en la vejez y en el envejecimiento en la actualidad es el valor de los derechos humanos, porque antes se partía de una perspectiva del envejecimiento predominantemente económica y de desarrollo. Pero hoy en día el valor fundamental, que ya lo tenemos como bandera de lucha, son los derechos humanos.

4. El 27 de septiembre de 2013, el Consejo de Derechos Humanos aprobó la Resolución 24/20 por la que estableció, por un período de tres años, el mandato de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. La Resolución se encuentra disponible en la pág 397 del Anexo Documental.

5. Este Grupo de Trabajo fue establecido por la Asamblea General de Naciones Unidas mediante la Resolución 65/182 el 21 de diciembre de 2010. La Resolución se encuentra disponible en la pág 392 del Anexo Documental. Para mayor información del Grupo de Trabajo ver: <https://social.un.org/ageing-working-group/>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

6. Disponible en: <http://enaun.mrecic.gov.ar/es/content/embajador-mart%C3%ADn-garc%C3%ADa-morit%C3%A1n>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

Mi objetivo principal, que no es fácil, pero en el cual estoy trabajando, es crear un instrumento vinculante internacional porque hoy en día solo existe el de la OEA,<sup>7</sup> que es el latinoamericano y que han ratificado pocos países. Entonces, lo que queremos crear ahora es uno mundial, y eso ha sido lento. Como ustedes saben, la Convención de Discapacidad demoró diez años en salir; por lo tanto, en cinco años hemos avanzado el doble de lo que se avanzó en esa época para discapacidad. Sin embargo, son cosas lentas y llevan tiempo.

Mi trabajo consiste, en primer lugar, en estudiar los casos importantes de políticas y propuestas sobre vejez y envejecimiento a nivel mundial. Para ello, hice una encuesta en todo el mundo para ver cómo iba el MIPA (Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002),<sup>8</sup> en miras de conocer los avances y buenas prácticas. Por ello viajé dos veces al año a distintos países del mundo, para ver qué sucede en Asia, en Europa, en América, y conocer cómo se están desarrollando sus propuestas. Luego, en la convención que se hace en Nueva York y en Ginebra tendré que informar lo que estamos haciendo, lo que pasa en el mundo y qué es lo que solicitamos: principalmente, crear un instrumento vinculante para las personas mayores, que es una de las tareas más difíciles que me ha tocado hacer. Si bien no estamos todos de acuerdo, hemos avanzado mucho, por ello siento una gran satisfacción. Latinoamérica y África siempre estuvieron de acuerdo, porque son los países que necesitan más, y Europa, si bien era bastante reticente a la creación de una nueva convención, hoy en día estamos trabajando mucho en conjunto y hemos avanzado con la realización de una Carta de Derechos. También con la Conferencia de Expertos<sup>9</sup> sobre Derechos de las Personas Mayores en Austria, en la que se trabajaron agendas de tecnología, robótica y cuestiones digitales con muchos países europeos que están participando fuertemente en Nueva York. Con esto observamos que Europa se ha ido involucrando más y que pueden hacerlo, más allá de la preocupación que manifestaban en relación con la situación económica, a la que ellos en cierto modo temían. Considero que esta afectación no es tan grave porque en el fondo nunca les vamos a pedir más de lo que ellos hacen, ese es el parámetro, el tope. La Comunidad Europea es la que siempre decía

---

7. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, disponible en: en pág 261 de Anexo Documental.

Para ver el estado de firmas y ratificaciones consultar aquí: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores\\_firmas.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp). [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

8. El MIPA se encuentra disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

9. Conferencia Internacional de Expertos sobre los Derechos Humanos de las Personas de Edad, 2018. Viena, 12-13 noviembre de 2018. Para mayor información ver el programa: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/2018-10-02\\_Programme\\_IntConfHR.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/2018-10-02_Programme_IntConfHR.pdf). [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2018].



que no se podía crear un nuevo instrumento bajo el argumento de que ya estaban todas las condiciones hechas, pues estaba la Convención sobre Discapacidad, que ya tenía reglamento; la Convención sobre Derecho de la Mujer, que ya estaba reglamentada, y otras convenciones con reglamento, entonces por qué no aprovecharlas y sacar de ahí elementos para esta temática, ¿para qué hacer una especial de vejez? Su argumento público era el siguiente: "Nosotros, los europeos, somos muy estrictos y cuando hacemos una convención la ratificamos, tenemos la exigencia de hacerlo. En cambio, muchos países tanto de África como de América Latina no la cumplen, demoran mucho años en ratificar, etc.". Siempre les decía que ese no era un argumento. En definitiva, más allá de los obstáculos, hemos ido avanzando, y eso es positivo.

**—¿Cómo ha sido la inclusión de la temática de las personas mayores en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible?**

—Para la Agenda 2030,<sup>10</sup> lo más importante es ir contra la pobreza. Este es su primer punto. En eso, el adulto mayor es un elemento importante por trabajar, porque sufre discriminaciones múltiples: si es viejo, es pobre, es mujer y tiene además una enfermedad crónica, tiene cuatro discriminaciones graves. Por eso considero que, dentro de la Agenda 2030, tenemos que trabajar mucho el punto de la pobreza, la inclusión, la autonomía. Estos son los ejes esenciales para el envejecimiento.

**—En el marco de un proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial, ¿cuáles son los ejes centrales que deben ocupar a los Estados?**

—En términos de derechos, lo fundamental para nosotros es la seguridad social. Hay muchos países que no tienen pensiones no contributivas y también hay gente que vive en zonas rurales que no tiene aportes. Nunca las pensiones van a ser altas, en ninguna parte del mundo, porque en los pocos países en los que las pensiones son muy altas, como los nórdicos, los impuestos son altísimos, y ningún país de la región está dispuesto a subir los impuestos. Entonces diría que hay que tener de base una pensión no contributiva y muchos servicios paralelos que ayuden a las personas mayores en situación

10. Para ver más acerca de la Agenda de Desarrollo Sostenible: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>. [Fecha de última consulta: 9 de abril de 2019].

de vulnerabilidad a sustituir estas bajas pensiones. Entre estos servicios, es fundamental para las personas mayores contar con mejores transportes y con precios reducidos; salud garantizada; acceso a la recreación y educación continua. Con esto me refiero a una serie de garantías que den apoyo, para que las jubilaciones sean dignas, aunque no sean tan altas. Entonces insistiría en la importancia de crear, en primer lugar, pensiones no contributivas.

En segunda instancia, es fundamental tener un buen acceso a la salud, a redes primarias esencialmente. Con esto me refiero no solamente en la etapa terciaria, o sea, preocuparnos solo cuando el adulto mayor ya tiene muchas enfermedades crónicas que son irreversibles, sino acceso a cuidados de buen nivel, en los que nos preocupemos para que las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, sean lo menos frecuentes posibles y que cuando lleguen a ser personas mayores lo hagan de la mejor manera posible. También en relación con la salud son importantes los cuidados paliativos.

Tercero, tenemos que preocuparnos por lo educativo, para que continúe la formación también a nivel universitario.

En cuarto lugar, se encuentran los problemas de las legislaciones. Es necesario cambiar muchas leyes que nos vienen de arrastre desde hace mucho tiempo y que no representan la realidad y el mundo de hoy.

Por ejemplo, en Chile, la ley del maltrato intrafamiliar no contemplaba a las personas mayores porque no había un número tan alto de personas mayores víctimas de ese maltrato. Actualmente, se cambió solo ese acápite y las personas que maltratan a un mayor pueden ser condenadas. Entonces, diría que hay que cambiar muchas leyes.

Por otra parte, hay que trabajar contra el abuso y el maltrato, que son unos de los puntos más relevantes hoy en día para el adulto mayor. No se trata solo del maltrato físico, porque ese es el más evidente. Hay otros tipos de maltrato, como el económico, que es el que más ha crecido en el mundo. En muchas partes, las personas mayores tienen pensión básica porque tienen una casa propia, porque antiguamente era más fácil acceder a una vivienda propia y porque tienen algún bien chiquito; entonces los hijos se abusan de eso, o los nietos, y piden que la pensión sea para ellos, les piden vivir en la casa y los relegan después a un último cuarto, etc. Hay maltrato económico no solo en Latinoamérica, sino también en África; lo he podido comprobar, incluso en Europa. Es una realidad completamente vigente en el mundo de hoy, un mundo cada vez más difícil económicamente.

En Chile, tenemos también otros problemas. Trabajé en las cárceles, y hay muchas mujeres adultas mayores presas, la mayoría de ellas por microtráfico de drogas, obligadas por sus familiares. Y eso pasa en otros países también. Existe maltrato económico y de toda índole, y es fundamental atacarlo rápidamente. Entonces estamos frente a abuso y maltrato económico, físico, psicológico y patrimonial.

En algunos países de Latinoamérica, como en Costa Rica o en Chile, los familiares de las zonas rurales van a dejar a sus adultos mayores al hospital cuando se van de vacaciones y dicen que están enfermos y no van a retirarlos más. Esto se llama *abuso de abandono*. En Chile a muchos adultos mayores los van a dejar a los establecimientos de larga estadía y no vuelven más a buscarlos ni tampoco los visitan. Estos abusos están dentro del paraguas que llamo *maltrato*.

Hay otro tema relacionado con las ciudades y que hace ya varios años lo trabaja la Organización Mundial de la Salud.<sup>11</sup> Eso tiene que ver no solamente con la parte arquitectónica, sino también con la ciudad en su conjunto. Que los adultos mayores vivan cerca de un establecimiento de atención primaria de salud, que vivan cerca de un supermercado, que tengan una parroquia del culto que sea porque a ellos les gusta asistir, que tengan recreación y un tema de mucha importancia como lo son las calles. Las calles de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo tienen las veredas totalmente rotas, no hay rampas para subir en muchas partes, ni para las personas a las que les cuesta caminar, ni discapacitados, ni personas mayores. Los metros no tienen ascensores. Todos estos aspectos dan cuenta de que hay que preocuparse mucho de la ciudad también.

Entonces, si bien es cierto que se están haciendo cosas y que hay conciencia mundial y estamos muy contentos, mi trabajo es hacer ver que esos son elementos necesarios para el derecho del buen vivir y la dignidad de las personas mayores.

**—¿Qué consideraciones tiene en relación con el acceso a la justicia de las personas mayores, tanto a nivel administrativo como judicial?**

—El acceso a la justicia es en general complejo, y el acceso a la justicia de las personas mayores suele ser muy malo e insuficiente.

En primer lugar, porque existe esta imagen de que como las personas mayores ya están viejas y les queda poco para vivir, se les debe dar prioridad a otras personas que tienen más necesidad. Pero no hay mucho acceso a la justicia para casos de violencia o abuso económico.

Recuerdo la experiencia que realizamos en Chile, donde hicimos un acuerdo con las corporaciones de asistencia judicial, que es donde los alumnos de derecho hacen sus prácticas para recibirse de

<sup>11</sup>. Hace referencia al Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Para mayor información ver: [https://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_guide/es/](https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/es/). [Fecha de última consulta: 10 de abril de 2019].

abogados. Firmamos un convenio con ellos para que trabajaran dos veces a la semana en las regiones más importantes de Chile para atender solo a las personas mayores. Si bien fue un plan piloto, dio resultados enormes y creo que es replicable en muchas partes, ya que, evidentemente, los países en vías de desarrollo tenemos recursos escasos y falta de dinero.

Hay que ver experiencias buenas en las que el adulto mayor tenga acceso rápido a la justicia y pueda acceder a todos estos elementos importantes.

Los procesos deben ser más cortos, porque no pueden pasar tres, cuatro o cinco años. Al igual que cuando hay enfermedades urgentes y les dicen que tienen que esperar dos o tres años porque hay lista de espera —y esto es algo que pasa en todas partes del mundo— y entonces los adultos mayores no pueden esperar porque una enfermedad puede ser causal de muerte o causal de que empeore y su calidad de vida sea mala. Los adultos mayores son personas que no pueden esperar el tiempo y al ritmo que podría esperar la gente más joven.

**—Por último, vemos que persiste una mirada mercantilista de "descarte" en torno a las personas mayores. En razón de ello, ¿cómo considera que puede impulsarse un cambio de paradigma en relación con las personas mayores?**

—El adulto mayor tiene mucho que aportar hoy en día, no es solamente una persona que ya vivió su vida y que tiene que entretenerse. Volviendo a lo que comentaba anteriormente, en una familia en la que papá y mamá trabajan, es el abuelo quien se queda con el niño. Asimismo, en muchas ocasiones, es el propietario de la casa y, además, contribuye con su pensión. Entonces, carga no es, sino que es más bien un aporte. Por ello, esa visión es la que tenemos que empezar a modificar.

Yo creo que la única forma de lograrlo es, según mi modo de pensar, a partir de dos ejes.

En primer lugar, una concientización muy grande a nivel medios, imágenes, estudios. Esa es una parte que tenemos que hacer los expertos, los que trabajamos en la temática. A su vez, los medios deben ir mostrando que el mundo cambió: que la persona mayor no es ese señor de bastón y la viejita que se mece, sino que es una persona activa y con ganas de colaborar.

Por otro lado, es muy importante cambiar la imagen que culturalmente se tiene de las personas mayores. Y este va a ser un proceso lento. Comparo mucho el envejecimiento con lo que pasó con la mujer. Si vemos la situación de las mujeres hace cincuenta años, la

mujer no votaba en muchos países y estaba relegada a su casa. En cambio, hoy tiene mucho poder, puede verse el cambio.

En segundo lugar, el cambio tiene que darse en las mismas personas mayores. Es decir que, las personas mayores deben tomar un rol protagónico y hacerse cargo de ese cambio. Porque estar quejándose de las enfermedades o decir que todo es malo, o decir que no pueden salir de la casa porque les falta esto y aquello, tampoco es positivo, porque les dan el gusto a quienes dicen que son un problema. Entonces, las personas mayores tienen que cambiar de imagen con sus nietos, con la familia, con el vecino e ir empoderándose, empezando por decir que son capaces y que pueden.

Esas son herramientas que tienen que desarrollar el Estado, la comunidad, los ámbitos locales, para ir transformando la imagen social de las personas mayores y hacerse parte de esa transformación.

Esas son las dos variables que hay que abordar para que el adulto mayor se empodere.



**“Las personas mayores sujetas a situaciones de pobreza son mucho más susceptibles a diferentes formas de abuso y malos tratos”.**

## Entrevista a Flávia Piovesan\*

**Flávia Piovesan** fue elegida comisionada el 21 de junio de 2017 por la Asamblea General de la OEA, para un período de cuatro años que inició el 1° de enero de 2018 y finaliza el 31 de diciembre de 2021. Es profesora de Derecho Constitucional y Derechos Humanos en la Universidad Católica de San Pablo desde 1991, profesora del Programa de Doctorado de la Universidad de Buenos Aires, y profesora en la Academia de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de American University, en Estados Unidos. Desarrolló estudios de posdoctorado en Harvard Law School, Oxford University y Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law, donde realizó investigaciones en el área de los sistemas regionales de protección de derechos humanos. Ha sido profesora de Derechos Humanos en el programa de posgrado de la Universidad Católica de Paraná y en la Universidad Pablo de Olavide en Sevilla, España. Fue secretaria especial de Derechos Humanos en Brasil y presidenta de la Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Forzado. Es autora de numerosas publicaciones, ha hecho consultorías con organizaciones internacionales, ha dictado centenares de conferencias y realizado presentaciones en universidades, en decenas de países. Es ciudadana de Brasil.

\* Entrevista realizada vía correo electrónico por la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos, recibida en fecha 22 de junio de 2018.

**—¿Cómo fue el proceso de creación de la Unidad sobre los Derechos de las Personas Mayores en la CIDH y su designación a cargo de ella?**

—La Comisión consideró que existía una deuda histórica del Sistema Interamericano de Derechos Humanos en materia de visibilización de la situación de los derechos de las personas mayores en el hemisferio. Por lo anterior, desde el diseño del Plan Estratégico de la CIDH para 2017-2021, se incluyó la necesidad de trabajar en esta temática, y en desarrollo de su plan estratégico, la Comisión creó en mayo de 2017 la Unidad sobre los Derechos de las Personas Mayores (UPAM), con el mandato de promover, proteger y asegurar el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, identificando medidas legislativas, políticas públicas, programas y acciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores, su plena inclusión y participación en la sociedad. La Unidad tiene como marco de acción la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ver en esta publicación página 261 en Anexo Documental) y el precedente interamericano sobre las obligaciones de no discriminación, igualdad y el derecho a vivir libres de violencia, entre otros derechos relevantes. En ese sentido, se tiene como meta contribuir con el desarrollo de los estándares interamericanos en la materia, transfiriendo una perspectiva de derechos humanos en el proceso de envejecimiento. Por otro lado, cabe destacar que la CIDH inició el año 2018 con una nueva composición de Comisionados y Comisionadas, incluido mi mandato, que inició el 1° de enero de 2018. Luego de un proceso de deliberación interna con el pleno de la Comisión, se realizó la distribución de las relatorías temáticas y de país y de las Unidades, y en ese momento se me asignó la UPAM, la cual asumí, honrada, así como el desafío de impulsar esta agenda en la región.

**¿Cuáles considera que son los avances centrales que presenta la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en materia de protección de derechos?**

—Es importante destacar que la CIDH impulsó el diálogo y participó en las negociaciones de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, para lo cual la Comisión presentó un informe el 8 de noviembre de 2013 ante el Consejo Permanente de la Organización de Estados Americanos, con consideraciones generales y específicas sobre la protección de la persona

mayor, de manera que el Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores pudiera contar con insumos relevantes en la elaboración de este instrumento. La Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores fue aprobada el 15 de junio de 2015 y entró en vigor el 11 de enero de 2017, por lo cual se trata de un instrumento nuevo, primero y único en el mundo, que aborda los derechos de las personas mayores de una manera integral, a partir de obligaciones específicas de los Estados de garantizar diferentes medidas para que las personas mayores tengan una vida digna. Uno de los avances más importantes de este instrumento es el cambio de paradigma de la pasividad de la vejez a un enfoque de participación activa en la comunidad, así como la introducción del principio de no discriminación por razones de edad, los conceptos de autonomía e independencia de las personas mayores, además de los temas propios de la protección contra los malos tratos y la violencia en todos los ámbitos. Finalmente, el reconocimiento del derecho a la vida digna, leído armónicamente con las obligaciones relacionadas con la dignidad en la vejez, la independencia y autonomía y el consentimiento libre e informado prometen un futuro desarrollo jurisprudencial en materia de cuidado y salud de las personas mayores que es de gran relevancia.

**—¿Qué impacto ha tenido la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en el breve período que ha transcurrido desde su entrada en vigor?**

—Desde la Unidad, se ha observado cómo algunos países se han ido sumando lentamente al proceso de ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, como El Salvador, que ratificó el instrumento el 18 de marzo de 2018. Asimismo, se ha comenzado a visibilizar la situación de las personas mayores en audiencias públicas de la CIDH; en particular, se han sostenido dos sobre las personas mayores LGBTI y sobre la situación de las personas mayores en México. Se espera impulsar la universalización de la Convención, y continuar visibilizando las problemáticas de las personas mayores en el hemisferio, incorporando una perspectiva de derechos humanos al proceso de envejecimiento. Además es esencial difundir y promover la Convención y el nuevo paradigma por ella introducido: la lucha contra la discriminación por motivos de edad, erradicando los prejuicios, estigmas y estereotipos que obstaculicen el pleno ejercicio de los derechos de las personas mayores.



**—¿Han recibido solicitudes en el marco del sistema de peticiones y casos que hagan una referencia explícita a la Convención Interamericana de Personas Mayores o que estén relacionadas a la vulneración de derechos de este grupo de la población?**

—A este minuto no se han identificado peticiones y casos que hagan una referencia explícita a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, pero se está en un proceso de revisión de los asuntos que penden ante la CIDH para identificar peticiones y casos relacionados con la temática de las personas mayores, para impulsar el desarrollo de estándares en la materia. Asimismo, dentro del plan de trabajo de la Unidad, está el impulso de las peticiones y casos relacionados con personas mayores.

**—¿Cuáles son los proyectos que tiene la CIDH para impulsar la defensa y promoción de derechos de las personas mayores?**

—La UPAM promueve los mecanismos que integran el Sistema Interamericano de Derechos Humanos para proteger los derechos de las personas mayores; realizará estudios especializados y preparará informes sobre este tema; y asistirá a la Comisión Interamericana a dar respuesta a peticiones, y otros informes sobre la violación de estos derechos en la región. La UPAM también realizará labores de monitoreo de situaciones y temas de preocupación mediante la preparación de solicitudes de información y comunicados de prensa y la organización de visitas de trabajo a países. En ese sentido, dentro del plan de trabajo de la UPAM se incluye la realización de consultas subregionales para diagnosticar la situación de las personas mayores en la región; impulsar en el futuro una opinión consultiva de la Corte IDH sobre estándares derivados de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores; impulsar peticiones y casos sobre estas temáticas; organizar actividades de difusión de la Convención para promover su universalización, incluidas audiencias públicas sobre la temática.

**—En el marco de un proceso de envejecimiento de la población, ¿cuáles son los ejes principales que deberían abordarse en América Latina?**

—El envejecimiento es una realidad segura en el hemisferio, como lo es el envejecimiento de la población mundial; por lo que

muchos países están experimentando un aumento de su población de personas mayores, lo cual, aunado al aumento de la expectativa de vida de las personas en la actualidad, está impulsando una transformación social muy significativa, con impactos en diversas áreas, como el acceso a vivienda, trabajo, protección social, salud y familia, entre otros. Por lo anterior, 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.

**—Desde una mirada intersectorial, ¿en qué medida el factor de la edad se conjuga con otros elementos e incide en la vulneración de derechos de las personas mayores?**

—Desde la intersectorialidad, es necesario observar que las personas mayores se ven en una situación de vulnerabilidad cuando no se garantiza el acceso pleno a sus derechos de manera integral. Lo anterior se relaciona mucho con la pobreza y los impactos que tiene en la independencia de las personas de la tercera edad. Al respecto, cabe destacar que la CIDH estableció en su Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos que las personas mayores sujetas a situaciones de pobreza son mucho más susceptibles a diferentes formas de abuso y malos tratos, debido a su falta de independencia económica y de acceso a servicios esenciales, como salud y cuidado, vivienda y protección social. Por lo anterior, este es uno de los mayores factores que afectan de manera intersectorial a las personas mayores. Asimismo, deben observarse de manera intersectorial los factores de vulneración de las personas mayores pertenecientes a grupos históricamente discriminados como las personas desplazadas o migrantes, mujeres pertenecientes a pueblos indígenas, afrodescendientes y personas mayores LGBTI, quienes enfrentan una pluralidad de obstáculos para el acceso a sus derechos, y en los cuales la discriminación por la edad se ve agravada por el factor adicional de su pertenencia a estos grupos. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores destaca el desafío de la discriminación múltiple y alienta la adopción de la perspectiva de género en todas las políticas y programas destinados a hacer efectivos los derechos de las personas mayores.

**—¿Cuáles son las deudas pendientes con las personas mayores? ¿Cuáles son los ejes fundamentales que deben abordarse con miras a garantizar el ejercicio sus derechos?**

—Desde la entrada en funcionamiento de la UPAM, la CIDH ha desplegado esfuerzos para conocer la situación de las personas mayores en los países miembros de la OEA, a través de una Consulta Regional que se realizó el 24 de octubre de 2017, en la ciudad de Montevideo, en Uruguay, con el objetivo de recibir sugerencias e identificar líneas prioritarias de trabajo de la UPAM de la CIDH, de manera que se pudiera efectuar un diagnóstico sobre temas prioritarios en la región. Esta consulta permitió identificar algunos de los temas que orientan el trabajo de la Unidad, y que serán profundizados a través de consultas subregionales que serán anunciadas próximamente. Asimismo, la Comisión elaboró un Informe Temático sobre Pobreza y Derechos Humanos, en el cual se destinó un capítulo a las problemáticas que enfrentan las personas mayores en el contexto de la pobreza. En ese sentido, la Comisión identificó que los mayores retos se encuentran en el cuidado de las personas mayores, la toma de conciencia sobre su realidad y los derechos de las personas mayores, la salud, las pensiones, la discriminación, el maltrato y el trabajo. Por lo anterior, es necesario que los Estados avancen en la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como en las agendas estatales, adoptando todas las medidas necesarias para el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores, para asegurar así su dignidad, independencia, autonomía e inclusión plena.

# Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos.\*

## Christian Courtis

Funcionario de la Oficina Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Nueva York. Integrante del equipo de Derechos Humanos en la Agenda 2030. Desde 2010 es punto focal de la Oficina ACNUDH en el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas. Fue consultor de diversos organismos, entre ellos, OMS, OPS, UNESCO, CEPAL y IIDH. Ex director del Proyecto de desc de la Comisión Internacional de Juristas, Ginebra. Ha sido profesor e investigador visitante en diversas universidades de América Latina, los Estados Unidos y Europa.

\* Este artículo fue publicado originalmente en el *Boletín Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores*, N° 14-15, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2017.

Esta breve contribución tiene por objeto analizar la inserción de las personas mayores en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y señalar algunas formas en las que las personas mayores y las organizaciones e instituciones que las representan puedan visibilizar sus reivindicaciones en el marco de esta Agenda. Se sugieren también algunas conexiones y posibles sinergias entre la Agenda 2030 y el marco internacional de derechos humanos de las personas mayores, en particular, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ver en esta publicación página 261 del Anexo Documental).

## A. ¿En qué medida están incluidas las personas mayores en la Agenda 2030?

La Agenda 2030 es el producto de un intenso proceso de debate, caracterizado por la participación de una multiplicidad de actores a nivel global, regional y nacional. No es casual, entonces, que la riqueza y complejidad del texto final refleje esa pluralidad de voces, incluidas las de las organizaciones que representan a las personas mayores. La Agenda 2030 es, sin dudas, un documento

ambicioso, innovador y de espíritu transformador, y mejora notoriamente el marco de su antecedente, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). No obstante, como todo texto negociado por múltiples actores y que es fruto de concesiones y transacciones, tiene también algunas limitaciones. En lo que hace a las personas mayores en particular, su mención explícita no solo es limitada, sino también un tanto aleatoria. El documento ofrece, sin embargo, varias puertas de entrada al tema que, estratégicamente consideradas, pueden ser empleadas para hacer visibles a las personas de edad en la labor de implementación de la Agenda 2030. Se mencionan a continuación algunas de estas posibles oportunidades para las personas de edad.

### 1. Las menciones explícitas

Hay algunos casos, aunque pocos, en que las necesidades de las personas de edad se mencionan explícitamente en algunas metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Desde el Objetivo 2, relativo a la erradicación del hambre, la meta 2.2 propone poner fin a la malnutrición teniendo en cuenta, entre otros grupos, a las personas de edad.<sup>1</sup> En el Objetivo 11 sobre ciudades y asentamientos humanos inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles, dos metas incluyen menciones específicas a las personas mayores: en la meta 11.2 sobre los sistemas de transporte<sup>2</sup> y en la meta 11.7 sobre el acceso a zonas verdes y a espacios públicos seguros.<sup>3</sup>

Estas menciones, ciertamente bienvenidas, dan lugar a algunas observaciones si se las considera con

1. Meta 2.2: "De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad".

2. Meta 11.2: "De aquí a 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad".

3. Meta 11.7: "De aquí a 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad".

actitud crítica. La primera consiste en preguntarse por qué las personas mayores son mencionadas explícitamente en estas tres metas y no en otras —da la sensación de que no existe una razón consistente que permita explicar esto—. La segunda observación es que las tres metas no coinciden necesariamente con las reivindicaciones más importantes de las personas mayores —si se hubiesen tomado en cuenta esas reivindicaciones, sería esperable encontrar, por ejemplo, alguna mención explícita relativa a la salud, la protección social, o la eliminación de la violencia y el abuso—. En todo caso, las menciones figuran allí, y cabe, por ende, sacar el máximo provecho de su inclusión.

### 2. La desagregación de los datos por edad

Una segunda vía de entrada, que permitiría una mayor visibilización de las personas mayores en la Agenda 2030, la constituye la insistencia del documento en la necesidad de que los datos sean desagregados, entre otros factores, por edad. En la Agenda 2030, se conceptualizan el establecimiento de indicadores y la desagregación de datos como mecanismos para el seguimiento del progreso alcanzado en la implementación de los ODS. Entre varias menciones a la necesidad de contar con datos desagregados se establece, con el título "Datos, vigilancia y rendición de cuentas", una meta concreta, la 17.18, que tiene por objeto "mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo [...] para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por [...] edad [...]", entre otros factores mencionados. Esta inclusión es de vital importancia, debido a la nada infrecuente ausencia de datos sobre las personas de 60 años y más, a quienes muchos sistemas estadísticos y registros administrativos simplemente ignoran. La mejora de la capacidad de los Estados para producir datos desagregados por edad permitiría, además, una mejor identificación de aquellos grupos que han quedado atrás, y un análisis de las discriminaciones o las vulnerabilidades interseccionales o superpuestas.

### 3. Las personas mayores como grupo que se ha quedado atrás

El lema y el principio cardinal de la Agenda 2030 consisten, justamente, en "que nadie se quede atrás". Esto supone que cada país debe identificar, en su propio contexto, cuáles son aquellos grupos que han quedado atrás —dicho en términos tradicionales de derechos humanos, aquellos grupos que han sufrido discriminación y marginalización y no disfrutan plenamente de sus derechos—.

En el párrafo 23 de la Resolución N° 70/1, que antecede y explica los ODS, se identifica explícitamente a las personas de edad como uno de los grupos susceptibles de experimentar situaciones de vulnerabilidad. En el mismo sentido, en un gran número de metas se menciona explícitamente la necesidad de tomar acciones para atender a la situación de los grupos vulnerables, para garantizar la universalidad del acceso a un bien básico o la cobertura de un servicio, o para erradicar una situación considerada inaceptable. Por ejemplo, la meta 1.3 requiere "implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables".

Contextualizar esa meta en cada país supone considerar en qué medida las personas mayores están desproporcionadamente excluidas de los sistemas de protección social, y sobrerrepresentadas entre las personas pobres y vulnerables.<sup>4</sup> En resumen, al contextualizar cada Objetivo y cada meta en el marco de cada país, cuando se habla de los grupos vulnerables es necesario considerar la situación de las personas de edad; identificarlas, cuando sea preciso, como un grupo vulnerable, e implementar las acciones correspondientes cuando la evidencia permita concluir que "han quedado atrás" respecto de otros grupos.

4. Muchas otras metas requieren un ejercicio similar. Véanse, por ejemplo, las metas 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 2.1, 3.7, 3.8, 4.6, 5.1, 5.2, 5.6, 6.1, 6.2, 8.5, 8.7, 8.8, 10.1 y 11.1, entre otras, en las Naciones Unidas, "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (A/RES/70/1), Nueva York, 2015.

### B. ¿En qué medida las reivindicaciones más importantes de las personas mayores se reflejan en los Objetivos y las metas de la Agenda 2030?

Dicho lo anterior, es importante también explorar la convergencia de los Objetivos y las metas de la Agenda 2030 con las reivindicaciones más importantes de las personas mayores —reflejadas, por ejemplo, en documentos como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la más reciente Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores—.

En este sentido, cabe señalar que una gran cantidad de Objetivos y metas son directamente relevantes para el bienestar y el pleno goce de los derechos humanos de las personas mayores. Entre ellos, es necesario mencionar, sin pretensión de exhaustividad, el Objetivo 1 sobre pobreza (incluida la protección social);<sup>5</sup> el Objetivo 2 sobre poner fin al hambre y la malnutrición;<sup>6</sup> el Objetivo 3 sobre salud;<sup>7</sup> el Objetivo 4 sobre educación (incluido el abatimiento del analfabetismo);<sup>8</sup> el Objetivo 5 sobre igualdad de género;<sup>9</sup> el Objetivo 6 sobre agua y saneamiento;<sup>10</sup> el Objetivo 8 sobre empleo;<sup>11</sup> el Objetivo 10 sobre la desigualdad en y entre países;<sup>12</sup> el Objetivo 11 sobre ciudades y asentamientos humanos;<sup>13</sup> el Objetivo 16 sobre sociedades pacíficas, acceso a la justicia e instituciones eficaces e inclusivas;<sup>14</sup> y el Objetivo 17 sobre cooperación internacional.<sup>15</sup>

Al repasar estos Objetivos y metas puede verificarse que muchas áreas que revisten especial interés para las personas mayores se consideran en la Agenda 2030, aunque cabe formular algunos comentarios al respecto:

- El primero es que, pese al grado relativamente alto de coincidencia, algunas reivindicaciones centrales de las personas mayores no

5. En particular, las metas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5.

6. En particular, las metas 2.1 y 2.2.

7. En particular, las metas 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 y 3.9.

8. En particular, las metas 4.3, 4.5 y 4.6.

9. En particular, las metas 5.1, 5.2, 5.4 y 5.6.

10. En particular, las metas 6.1 y 6.2.

11. En particular, las metas 8.5, 8.7 y 8.8.

12. En particular, las metas 10.1, 10.2, 10.3 y 10.4.

13. En particular, las metas 11.1, 11.2, 11.5 y 11.7.

14. En particular, las metas 16.1, 16.3, 16.6, 16.7, 16.9, 16.10 y 16b.

15. En particular, las metas 17.6, 17.7, 17.8, 17.18 y 17.19.

están bien cubiertas por la Agenda 2030 —por ejemplo, los cuidados de largo plazo—. Sobre ello es importante subrayar que la Agenda 2030 no deroga otros compromisos específicos existentes, asumidos ya sea mediante normas vinculantes, como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, o en marcos no vinculantes, como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

- El segundo es que, en las áreas en las que sí existe coincidencia, será útil poner énfasis en la necesidad de alinear la Agenda 2030 con la guía ofrecida por instrumentos específicos referidos a las personas mayores. A guisa de ejemplo cabe mencionar la meta 8.10, sobre "fortalecer la capacidad de las instituciones financieras nacionales para fomentar y ampliar el acceso a los servicios bancarios, financieros y de seguros para todos". Aunque no exista ninguna mención específica de las personas mayores en esa meta, tanto el Plan de Acción Internacional de Madrid como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores alertan sobre la necesidad de combatir la discriminación contra las personas mayores en el acceso a los servicios bancarios y financieros.<sup>16</sup> En este sentido, los instrumentos específicos permiten identificar los obstáculos que determinan que un grupo haya "quedado atrás" y ofrecen una guía respecto de las medidas adecuadas para lograr la meta con relación a las personas mayores.

En resumen, la convergencia sustantiva entre los Objetivos y las metas de la Agenda 2030 y las reivindicaciones específicas de las personas mayores supone la necesidad de alinear las medidas a adoptar para cumplir simultáneamente con las obligaciones en materia de

derechos humanos de las personas de edad, los compromisos políticos asumidos en marcos como el Plan de Acción Internacional de Madrid, y los Objetivos y metas establecidos por la Agenda 2030. De lo contrario, se corre el serio riesgo de dejar atrás a las personas mayores en lo que se refiere al cumplimiento de las metas que les conciernen más directamente y, por ende, de incumplir con las promesas de universalidad realizadas en el marco de la aprobación de la Agenda 2030.

### **C. Las personas de edad y los mecanismos de seguimiento y supervisión de la Agenda 2030**

Es interesante destacar que en la Agenda 2030 no solo se reconoce explícitamente que está basada en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los tratados internacionales, y que deberá ser implementada en consonancia con las obligaciones de los Estados establecidas en el derecho internacional (incluidas las obligaciones en materia de derechos humanos), sino que también se incluyen de manera evidente elementos del enfoque basado en los derechos humanos para el desarrollo. Sucintamente, en la Agenda 2030 se incorporan los siguientes principios, directamente vinculados con ese enfoque:

i) Igualdad y no discriminación: este principio se vincula directamente con el lema de "que nadie quede atrás", y se refleja en numerosos Objetivos —el 5 y el 10, por ejemplo— y en numerosas metas.

ii) Participación: la Agenda 2030 requiere la participación de los grupos que han sido dejados atrás, organizaciones de la sociedad civil, el sector académico, instituciones nacionales y otros actores relevantes en la adopción del plan de implementación de esta Agenda y de los mecanismos de seguimiento para su implementación.

iii) Transparencia y acceso a la información: como un medio para el seguimiento del progreso en la consecución de los Objetivos y las metas, la Agenda 2030 incluye el establecimiento de indicadores globales, que deben ser contextualizados en cada ámbito nacional. Como se señaló anteriormente, los Estados deben producir datos desglosados por factores causantes de discriminación, incluida la edad.

16. Véanse, por ejemplo, el art. 30 en Organización de los Estados Americanos (oea), "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores", Washington, D.C., 2015, y los párrafos 28.e, 32.e y 48.c en las Naciones Unidas, *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York, 2003.

iv) Rendición de cuentas: en la Agenda 2030 se subraya la necesidad de que los Estados rindan cuentas ante la ciudadanía y ante la comunidad internacional en relación con la implementación de este instrumento.<sup>17</sup> Para ello se prevé la creación de mecanismos de seguimiento de la implementación de la Agenda 2030 a nivel global, regional y nacional.

Los cuatro principios están interrelacionados y, en caso de ser tenidos en cuenta, abren la posibilidad de que las organizaciones representativas de las personas mayores y las instituciones nacionales dirigidas a las personas mayores incidan en la implementación nacional de la Agenda 2030. Como se señaló antes, tanto las organizaciones de la sociedad civil como las instituciones nacionales dirigidas a las personas mayores tienen un papel fundamental en la identificación de las personas mayores como un grupo que se ha quedado atrás, en relación con el logro de aquellos ODS relevantes para estas personas. Esto difícilmente se logrará sin la participación de esas organizaciones e instituciones tanto en la definición del plan nacional de implementación de la Agenda 2030, como en el establecimiento de los mecanismos de seguimiento y supervisión para esa implementación.

La experiencia y el conocimiento de esas organizaciones e instituciones son cruciales para guiar a las oficinas nacionales de estadística y a los organismos administrativos responsables de crear registros pertinentes de datos desagregados por edad, y también son cruciales para exigir el acceso a esa información. Por último, la participación de las organizaciones y las instituciones nacionales dirigidas a las personas mayores en los mecanismos de rendición de cuentas a nivel global y regional, y especialmente a nivel nacional, es necesaria para garantizar la visibilidad del grupo en el proceso de implementación de la Agenda 2030, en particular en aquellas áreas relevantes en las que, sin embargo, la mención de las personas mayores no es explícita.

## D. Conclusión

En conclusión, el marco de la Agenda 2030, aunque perfectible, ofrece posibilidades para promover los derechos humanos de las personas mayores. Para ello, más allá de los pocos casos en que se realizan menciones explícitas de las personas mayores en algunas metas específicas, es necesario, al contextualizar la Agenda 2030 en cada ámbito nacional, garantizar la desagregación de los datos por edad y producir evidencia de que las personas mayores están entre los grupos que han quedado atrás respecto del cumplimiento de Objetivos y metas relevantes.

Los instrumentos internacionales vinculantes y no vinculantes centrados en las personas mayores ofrecen una guía valiosa tanto para identificar áreas de convergencia, como para diseñar las acciones específicas necesarias para avanzar en el cumplimiento de los Objetivos y las metas en relación con las personas mayores. Por último, la consideración de las personas de edad en la implementación de la Agenda 2030 requiere la plena participación de las organizaciones representativas de las personas mayores y de las instituciones nacionales dirigidas a personas mayores en los mecanismos de supervisión y seguimiento de esa implementación. Sin esa participación, se corre el riesgo de que las personas mayores sean invisibles en el marco de la Agenda 2030, lo que supondría el incumplimiento, al mismo tiempo, de las promesas de universalidad, integralidad e interdependencia que conlleva la propia Agenda 2030.

17. No solo en lo que se refiere a la implementación de la Agenda 2030, sino también en general: el Objetivo 16 habla de "construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas".



# Los derechos humanos de las personas mayores en las instituciones europeas: legislación y políticas.\*

## Claudia Martin

Codirectora de la Academia de Derechos Humanos y Derecho Humanitario, American University, Washington College of Law.

\*Este artículo fue publicado originalmente en: Martin, Claudia; Rodríguez-Pinzón, Diego y Brown, Bethany, *Human Rights of Older People. Universal and Regional Legal Perspectives*, Springer, Washington, DC, USA, 2015.

Se destaca que corresponde a una traducción propia y la autora agradece la colaboración de Verónica Carmona Barrenechea en esa tarea.

## A. Antecedentes

---

La proporción de personas mayores en Europa es la más elevada del mundo y se espera que permanezca como tal hasta 2050.<sup>1</sup> A partir de 2011, el 17,5 por ciento de la población tenía un promedio de 65 años o más en los entonces 27 miembros de la Unión Europea.<sup>2</sup>

Según las proyecciones de las Naciones Unidas, se proyecta que el 35 por ciento de la población de Europa tendrá 60 años o más en 2050, mientras que se espera que el 27 por ciento tenga 65 años o más al mismo tiempo.<sup>3</sup>

Además, el segmento de aquellas personas de 80 años o más crecerá a un ritmo más rápido que cualquier

---

1. NACIONES UNIDAS, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Envejecimiento de la Población Mundial – World Population Ageing, 2009, p. 13.

2. COMISIÓN EUROPEA, Eurostat, Estructura de la población y envejecimiento, de Estadísticas Explicadas, p. 5. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing). [Fecha de última consulta: 19 de diciembre de 2018]. Croacia se unió a la Unión Europea el 1º de julio de 2013, aumentando el número de Estados miembros de la Unión Europea a 28.

3. NACIONES UNIDAS, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ver nota 1.

otro grupo de la población de mayor edad, casi triplicándose entre 2011 y 2060.<sup>4</sup>

Al mismo tiempo, las proyecciones pronostican que la población en edad laboral disminuirá, mientras que la población de mayor edad continuará aumentando, lo que elevará la tasa de dependencia de la vejez del 28 por ciento en 2010 al 58 por ciento en 2060.<sup>5</sup>

La tasa de participación de la mano de obra entre los europeos mayores es la más baja del mundo.<sup>6</sup>

Estos datos tienen implicaciones urgentes en la forma en que los países europeos estructuran las políticas relacionadas con la accesibilidad física, el acceso a la justicia, la atención diaria, los sistemas de salud y los mercados para las personas mayores.

Europa, en términos generales<sup>7</sup>, no es una región homogénea de países; sus Estados occidentales disfrutan de protecciones económicas y sociales mucho mayores que los del Este. El analfabetismo sigue siendo un problema para las personas mayores en algunos países del sur de Europa y de Europa del Este, pero, en general, es bastante bajo.<sup>8</sup> Otras medidas muestran distinciones entre países también. La esperanza de vida en algunos países de Europa del Este es más corta que en otras partes de Europa, donde la esperanza de vida al nacer supera los 70 años.<sup>9</sup> En Bielorrusia y la República

de Moldavia, por ejemplo, la expectativa de vida oscila entre 66 y 69 años.<sup>10</sup>

La enorme y creciente población de personas mayores en Europa tiene una variedad de protecciones. Europa tiene uno de los sistemas judiciales internacionales más avanzados del mundo y cuenta con una larga tradición de derechos humanos. El primer tratado internacional de derechos humanos fue adoptado por el Consejo de Europa en 1950.<sup>11</sup> También tiene una larga historia de reconocimiento de que las personas mayores tienen necesidades especiales, como lo demuestra la adopción de una gran cantidad de políticas sociales, particularmente en las últimas dos décadas. Lo que falta en la región son salvaguardas legales específicas adaptadas a la situación de las personas mayores, para proteger sus derechos. Han sido explorados con mayor profundidad programas, planes de acción y medidas económicas que los marcos legales y los derechos. En agosto de 2011, en el Grupo de Trabajo de Derechos Humanos de las Personas de Edad de las Naciones Unidas, la Unión Europea (UE) habló en contra de un tratado de derechos humanos para las personas mayores, por lo que citó mecanismos, políticas y programas existentes.<sup>12</sup>

Este artículo proporcionará una visión general del marco regional de derechos humanos en Europa. Luego examinará algunos de los marcos regionales de derechos humanos en la política. Para esta región en particular, las políticas hablan mucho sobre la intención de proteger los derechos de las personas mayores. Esto pone de relieve la dualidad de la situación en que se encuentran muchas personas mayores en Europa: excelentes políticas, con poco reconocimiento de sus derechos.

4. COMISIÓN EUROPEA, Eurostat, Estructura de la población y envejecimiento, de Estadísticas Explicadas, véase nota 2. En 2011, este segmento de la población de mayor edad constituyó el 4,8 por ciento y se espera que aumente al 12 por ciento en 2060.

5. THE ECONOMIST, European Demography, Working-age shift. Disponible en <https://www.economist.com/finance-and-economics/2013/01/26/working-age-shift>. [Fecha de última consulta: 18 de diciembre de 2018]. La relación de dependencia de la tercera edad se ha definido como la proporción del número de personas mayores de 65 años en comparación con el número de personas en edad laboral de entre 15 y 64 años. Ver Comisión Europea, Eurostat, Estructura de la población y envejecimiento, de Estadísticas Explicadas, Glosario, disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age\\_dependency\\_ratio](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age_dependency_ratio). [Fecha de última consulta: 19 de diciembre de 2018].

6. NACIONES UNIDAS, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Envejecimiento de la Población Mundial – World Population Ageing (2009), p. 39.

7. Para este artículo la noción de Europa comprende los Estados miembros del Consejo de Europa. Algunos de estos Estados también son miembros de la Unión Europea.

8. Id. p. 36.

9. Id. p. 6. Promedio de esperanza de vida al nacer en 2008. La esperanza de vida al nacer en 2008-10 en los 27 Estados miembros de la Unión Europea alcanzó 75,3 años para los hombres y 81,7 años

para las mujeres. Ver Health at a Glance: Europe 2012, OECD iLibrary. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>. [Fecha de última consulta: 19 de diciembre de 2018].

10. Id.

11. Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, abierto a la firma el 4 de noviembre de 1950, 213 UNTS222, Ets N° 005, comúnmente conocida como la *Convención Europea de Derechos Humanos* y denominada en lo sucesivo como la *Convención Europea*.

12. Ver *Declaración de Apertura de la Unión Europea*, 1-4 de agosto de 2011. Disponible en: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/SDOC3776.pdf>. [Fecha de última consulta: 19 de diciembre de 2018].

## B. Marco regional y de derechos humanos

Existen dos estructuras políticas importantes en el panorama europeo con el poder de dar forma a la protección de los derechos humanos: el Consejo de Europa (CdE) y la Unión Europea (UE). Incluso si el CdE ha sido la organización política regional más relevante con el mandato de promover y proteger los derechos humanos, en los últimos años la UE ha adoptado nuevos instrumentos y políticas sobre la protección de los derechos fundamentales que han contribuido a garantizar aún más los derechos individuales en Europa. Cada uno tiene su propio órgano de gobierno, sus propios documentos de derechos humanos y su propio tribunal. Ambos tienen un rol importante que desempeñar en el futuro del envejecimiento en Europa y en la protección de los derechos de las personas de edad.

### 1. Consejo de Europa

El Consejo de Europa está compuesto por ocho instituciones centrales que incluyen, entre otras, el Comité de Ministros, el Secretario General, la Asamblea Parlamentaria, la Secretaría, el Comisionado para los Derechos Humanos, el Congreso de Autoridades Locales y Regionales para Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, y la Conferencia de Organizaciones Internacionales No Gubernamentales. Entre estas instituciones, tres de ellas tienen poder de decisión: el Comité de Ministros, compuesto principalmente por los ministros de Relaciones Exteriores de los Estados miembros; la Asamblea Parlamentaria, integrada por delegados de los parlamentos nacionales de cada Estado miembro; y el Congreso de Autoridades Locales y Regionales de Europa, compuesto por autoridades locales o regionales designadas de los Estados miembros.<sup>13</sup>

Los derechos de las personas mayores han estado presentes en la agenda del Comité de Ministros desde hace algún tiempo. En particular, el Comité de Ministros

ha emitido una serie de recomendaciones que contienen, entre otras cosas, los principios rectores que deben tenerse en cuenta al adoptar medidas relativas a las personas de edad, así como las normas relativas a las personas mayores con discapacidad y los migrantes de edad avanzada.<sup>14</sup> En 2014, el Comité de Ministros adoptó una Recomendación específica para los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad (Recomendación sobre los derechos humanos de las personas de edad).<sup>15</sup> Esta Recomendación incorpora principios específicos sobre la protección de los derechos humanos de las personas de edad y recomienda a los Estados que los cumplan en la legislación y prácticas nacionales.<sup>16</sup> Incluso si los principios son no vinculantes, la Recomendación sobre los derechos humanos de las personas de edad alienta a los Estados a examinar, en cinco años, la aplicación de los principios en cooperación con el CdE.<sup>17</sup> La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa también adoptó sus propias recomendaciones y aprobó resoluciones sobre las personas de edad en el contexto de la política social en Europa.<sup>18</sup> Además, el

13. BRIGGS, Anne Theodore, *Waking sleeping Beauty: The revised European Social Charter*, Human rights Brief, Volume 7, Issue 2, winter, 2000. Disponible en: <https://digitalcommons.wcl.american.edu/hrbrief/vol7/iss2/10/>. [Fecha de última consulta: 19 de diciembre de 2018].

14. Ver, entre otros, Recomendación R(94)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros en relación con las personas mayores, adoptada el 10 de octubre de 1991; *Recomendación CM/Rec (2009)6* del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el envejecimiento y la discapacidad en el siglo XXI: marcos sostenibles para permitir la calidad de vida en una sociedad inclusiva, adoptada el 8 de julio de 2009, y Recomendación CM/Rec (2011)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la reducción del riesgo de vulnerabilidad de los migrantes de edad avanzada y la mejora de su bienestar, adoptada el 25 de mayo de 2011.

15. Recomendación CM/Rec (2014)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de derechos humanos de las personas mayores, adoptada el 19 de febrero de 2014. Disponible en: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectId=09000016805c649f](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016805c649f). [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

16. Id., Preámbulo de la Recomendación.

17. Id.

18. Véase, a este respecto, la Recomendación 1254 (1994) sobre los derechos médicos y de bienestar de los ancianos: ética y políticas, adoptada el 10 de noviembre de 1994; la Recomendación 1428 (1999) sobre el futuro de las personas mayores: protección, participación y promoción, adoptada el 23 de septiembre de 1999; la Recomendación 1619 (2003), sobre los derechos de los migrantes de edad avanzada, adoptada el 8 de septiembre de 2003; Recomendación 1796 (2007) sobre la situación de las personas de edad en Europa (2007), aprobada el 24 de mayo de 2007. Véase también la Resolución 1008 (1993) sobre políticas sociales para las personas de edad y su autosuficiencia, adoptada el 3 de septiembre de 1993; Resolución 1502 (2006)

Comisionado para los Derechos Humanos ha contribuido al debate sobre los derechos de las personas de edad a través de artículos de fondo y otros documentos.<sup>19</sup>

La Convención Europea de Derechos Humanos (Convención Europea) ha sido el principal instrumento de derechos humanos del Consejo de Europa desde que se firmó en 1950 y entró en vigor en 1953.<sup>20</sup> Desde entonces, se han adoptado 17 Protocolos adicionales para incorporar nuevos derechos o modificar el funcionamiento del mecanismo de peticiones.<sup>21</sup> La Convención Europea es de particular importancia dentro del contexto de los derechos humanos internacionales por varias razones. Fue el primer tratado integral en el mundo en este campo. Estableció el primer procedimiento internacional de presentación de quejas y el primer tribunal internacional para la determinación de cuestiones de derechos humanos. Además, sigue siendo el sistema judicial más desarrollado de todos los sistemas de derechos humanos. Incluso si la Convención Europea no protege específicamente a las personas de edad, los derechos consagrados en ese tratado son esenciales para la protección de las garantías fundamentales de todas las personas, incluidas las que han alcanzado una edad mayor. La Convención Europea protege principalmente los derechos civiles y políticos.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) del CdE, creado en virtud de la Convención Europea, ha existido en su versión actual desde 1998, cuando entró en vigor el Protocolo 11, que brinda a los individuos en

---

sobre los desafíos demográficos para la cohesión social, adoptada el 29 de mayo de 2006; y la Resolución 1793 (2011) sobre promoción del envejecimiento activo-capitalización del potencial de trabajo de las personas mayores, adoptada el 28 de enero de 2011.

**19.** Véase el punto de vista del Comisionado para los Derechos Humanos del 8 de abril de 2008: "Con demasiada frecuencia se ignora a las personas mayores y se les niegan sus derechos humanos plenos"; y el Documento de antecedentes y conclusiones: "Seminario sobre la protección de los derechos humanos y la situación especial de las personas mayores en instituciones y hogares de retiro", del 21 al 23 de octubre de 2001. Estos documentos se pueden encontrar en la selección de textos pertinentes del Consejo de Europa sobre los derechos humanos de los ancianos, CDDH-AGE (2012)02, 2 de febrero de 2012.

**20.** Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales. Ver nota 11.

**21.** El último Protocolo Adicional adoptado fue el Protocolo 16. Fue adoptado de 2 de octubre de 2013 y aún no ha entrado en vigor. Para más información sobre los Protocolos véase: <https://www.coe.int/en/web/conventions/search-on-treaties/-/conventions/treaty/results/subject/3>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

los 47 Estados miembros (a partir de 2014) la oportunidad de postular directamente al TEDH para la interpretación de las normas de derechos humanos protegidas por ese tratado.<sup>22</sup> Desde su creación en 1959, el TEDH emitió 17.000 sentencias.<sup>23</sup> El Tribunal Europeo de Derechos Humanos actualmente desempeña funciones de tribunal constitucional y como un tribunal superior a los tribunales constitucionales nacionales en toda Europa. Esta interpretación cada vez más amplia de su rol podría beneficiar a las personas mayores, que enfrentan discriminación y que son el foco de la creciente ansiedad sobre el impacto económico que generan sus derechos a prestaciones sociales.

Otro instrumento relevante dentro del CdE es la Carta Social Revisada de 1996 (Carta Social Revisada), que reemplazó a la Carta Social Europea de 1961.<sup>24</sup>

En ese instrumento, los Estados acuerdan adoptar medidas positivas para garantizar que las personas mayores disfruten de los derechos humanos como miembros plenos de la sociedad. En particular, los Estados deben proporcionar recursos adecuados que les permitan vivir vidas decentes y desempeñar un rol activo en los ámbitos público, social y de vida cultural.<sup>25</sup>

---

**22.** El Protocolo 11<sup>o</sup> eliminó a la Comisión Europea de Derechos Humanos y concentró la función de protección en el tedh existente, ver el texto del Protocolo 11<sup>o</sup>, disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/search-on-treaties/-/conventions/treaty/155>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

**23.** Ver Overview 1959-2013, ECHR, Council of Europe, 2014, disponible en: [https://www.echr.coe.int/Documents/Overview\\_19592013\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Overview_19592013_ENG.pdf). [Fecha de última consulta: 18 de diciembre de 2018].

**24.** La Carta Social Europea (cets N° 035) fue adoptada el 10 de octubre de 1961 y entró en vigor el 2 de febrero de 1965. Fue enmendada por tres Protocolos posteriores en 1988, 1991 y 1995. La Carta Social Revisada (CETS N° 163) fue adoptada el 5 de marzo de 1996 y entró en vigor el 1<sup>o</sup> de julio de 1999. La Carta Revisada incluye todos los derechos protegidos por la Carta de 1961, el Protocolo de 1988 y las enmiendas en el procedimiento de supervisión establecido por el Protocolo de 1995. Además, el nuevo instrumento incorporó derechos adicionales. Una vez que los Estados Parte en la Carta de 1961 ratifiquen la Carta revisada de 1996, el nuevo instrumento reemplazará las obligaciones derivadas del tratado anterior. Consulte en general el Informe explicativo de la Carta Social Revisada, disponible en: <https://rm.coe.int/16800ccde4>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

**25.** El art. 23 de la Carta Social Revisada establece: "Con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas de edad a la protección social, las Partes se comprometen a adoptar o alentar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas apropiadas diseñadas en particular para:

El Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS) del Consejo de Europa es un organismo encargado de controlar si los Estados Parte se ajustan a la ley y en la práctica a las disposiciones de la Carta Social Revisada.<sup>26</sup> Está compuesto por expertos independientes elegidos por el Comité de Ministros. Tras la ratificación de este instrumento, los Estados deben seleccionar seis derechos a los que se les debe obligar de una lista de nueve disposiciones proporcionadas en la Parte II del tratado.<sup>27</sup> Además, deben seleccionar un número adicional de artículos o párrafos numerados de la misma sección de la Carta Social Revisada a los que se aplicarán, por un total de no menos de dieciséis artículos o sesenta y tres párrafos numerados.<sup>28</sup> Con respecto a los derechos restantes de la Carta que no son seleccionados, los Estados aún deben buscar la implementación, incluso si no están legalmente obligados a hacerlo.<sup>29</sup> El CEDS supervisa el cumplimiento

- permitir que las personas mayores permanezcan como miembros plenos de la sociedad durante el mayor tiempo posible, mediante:
  - a. recursos adecuados que les permitan llevar una vida digna y desempeñar un papel activo en la vida pública, social y cultural;
  - b. suministro de información sobre los servicios y las instalaciones disponibles para las personas mayores y sus oportunidades para hacer uso de ellas.
- permitir a las personas mayores elegir libremente su estilo de vida y llevar una vida independiente en su entorno familiar durante el tiempo que deseen y puedan, mediante
  - a. provisión de viviendas adecuadas a sus necesidades y a su estado de salud o de apoyo adecuado para adaptar su vivienda;
  - b. la atención médica y los servicios necesarios por su estado;
- garantizar a las personas mayores que viven en instituciones un apoyo adecuado, respetando su privacidad y participando en las decisiones sobre las condiciones de vida en la institución".

**26.** El Comité todavía tiene jurisdicción para supervisar el cumplimiento de los dos instrumentos anteriores a la Carta Social Revisada, la Carta Social de 1961 y el Protocolo Adicional de 1988. Ver el art. 2º de las Reglas del Comité Europeo de Derechos Sociales. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter/rules>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

**27.** Ver el art. A, párrafo b, Parte III de la Carta Social Revisada, ver nota 24. Las nueve disposiciones consagraron lo siguiente: el derecho al trabajo, el derecho de organización, el derecho a la negociación colectiva, el derecho de las niñas, niños y jóvenes a protección, el derecho a la seguridad social, el derecho a la asistencia social y médica, el derecho de la familia a la protección social, jurídica y económica, el derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a la protección y la asistencia, y el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y ocupación sin discriminación por razón de sexo.

**28.** Ver el art. A, párrafo c, Parte III de la Carta Social Revisada, ver nota 24.

**29.** Ver el art. A, párrafo I a, Parte III de la Carta Social Revisada, ver nota 24.

a través de dos mecanismos: (1) un procedimiento de informe, según el cual revisa los informes nacionales presentados por los Estados Parte y adopta conclusiones; y (2) un procedimiento colectivo de reclamo sobre la base del cual el Comité revisa las quejas que alegan violaciones a los tratados aplicables y adopta decisiones sobre el asunto.<sup>30</sup> El derecho de las personas de edad a la protección social no figura entre los derechos a partir de los cuales los Estados deben seleccionar las seis disposiciones iniciales que deben regir, pero es un derecho que aún puede ser seleccionado entre las dieciséis disposiciones finales a las que deben atenerse los Estados. De las 33 ratificaciones hasta 2013, 18 Estados han decidido estar sujetos al art. 23 de la Carta Social Revisada,<sup>31</sup> que establece: "Toda persona mayor tiene derecho a la protección social".<sup>32</sup> Hasta ahora, el CEDS ha tenido la oportunidad de evaluar el cumplimiento de esa disposición y definir más a fondo el alcance de los derechos que protegen a las personas mayores mediante el procedimiento de presentación de informes y dos quejas colectivas presentadas contra Finlandia y una contra Irlanda.<sup>33</sup>

## 2. La Unión Europea

La UE tiene una larga historia de promulgación de políticas sociales para las personas mayores. El principal órgano ejecutivo de la UE, la Comisión Europea, ha publicado una serie de comunicaciones relacionadas con el bienestar económico y social de las personas mayores.<sup>34</sup> También ha resaltado la importancia del "intercambio de

**30.** Ver información sobre esta temática disponible en: <https://www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter/implementing-the-european-social-charter>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

**31.** Estos Estados incluyen: Andorra, Bosnia y Herzegovina, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Malta, Montenegro, los Países Bajos, Noruega, Portugal, Serbia, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia, Turquía y Ucrania.

**32.** Ver el art. 23 de la Carta Social Revisada, ver nota 25.

**33.** Para las quejas colectivas, ver CEDS, "La Asociación Central de Cuidadores en Finlandia vs. Finlandia", Queja Nº 70/2011, 4 de diciembre de 2012, "La Asociación Central de Cuidadores en Finlandia vs. Finlandia", Queja Nº 71/2011, 4 de diciembre de 2012 y la "Federación Internacional de Ligas de Derechos Humanos (IFHR) vs. Irlanda", Queja Nº 4212007, 3 de junio de 2008.

**34.** COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, *Propuesta de Decisión del Consejo sobre Acciones Comunitarias para las Personas de*

información y experiencia y la transferencia de conocimiento sobre la contribución de las personas mayores".<sup>35</sup> A medida que la UE buscaba avanzar hacia un sistema de mercado único, analizó las implicaciones sociales y económicas del envejecimiento de la población y las consecuencias para las personas mayores en la región.<sup>36</sup> Asimismo ha comunicado sobre temas variados como "jubilación anticipada de agricultores, libre circulación y derecho de residencia... y simplificación de la liquidación de las pensiones".<sup>37</sup>

El principal instrumento de derechos humanos de la Unión Europea es la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Carta de los Derechos Fundamentales). La Carta fue adoptada como un instrumento no vinculante<sup>38</sup> y se convirtió en vinculante para las instituciones de la Unión Europea y los Estados miembros dentro del alcance de la ley de la Unión Europea en 2009, después de la entrada en vigor del Tratado de Lisboa.<sup>39</sup>

*Edad Avanzada*, 1990. Disponible en: <http://aei.pitt.edu/3768/1/3768.pdf>. [Fecha de última consulta: 13 de febrero de 2019].

35. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/compar/libe/elsj/charter/art25/default\\_en.htm](http://www.europarl.europa.eu/compar/libe/elsj/charter/art25/default_en.htm). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

36. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, *Propuesta de Decisión del Consejo sobre Acciones Comunitarias para las Personas de Edad Avanzada*, 1990. Disponible en: <http://aei.pitt.edu/3768/1/3768.pdf>. [Fecha de última consulta: 13 de febrero de 2019]. Ver nota 34.

37. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/compar/libe/elsj/charter/art25/default\\_en.htm](http://www.europarl.europa.eu/compar/libe/elsj/charter/art25/default_en.htm). [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

38. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea fue adoptada el 7 de diciembre de 2000. El texto completo de la Carta se encuentra disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriSery/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:en:PDF>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

39. El Tratado de Lisboa modificó el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. Art. 6 del Tratado de Lisboa:

1. "La Unión reconoce los derechos, libertades y principios enunciados en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del 7 de diciembre de 2000, tal como fue adaptada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo, la cual tendrá el mismo valor jurídico que los Tratados. Las disposiciones de la Carta no ampliarán en modo alguno las competencias de la Unión tal como se definen en los Tratados. Los derechos, libertades y principios enunciados en la Carta se interpretarán con arreglo a las disposiciones generales del título VII de la Carta por las que se rige su interpretación y aplicación y teniendo debidamente en cuenta las explicaciones a que se hace referencia en la Carta, que indican las fuentes de esas disposiciones.

2. La Unión se adherirá al Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. Esta adhesión no modificará las competencias de la Unión que se definen en

Se aplica de manera exclusiva a los Estados que son miembros de la Unión Europea, e incluye derechos civiles, políticos, económicos y sociales.<sup>40</sup> En relación con la protección de personas mayores, el art. 25 de la Carta de Derechos Fundamentales protege los derechos de las personas mayores de "llevar una vida digna e independiente y participar en la vida social y cultural".<sup>41</sup>

El informe explicativo de la Carta de los Derechos Fundamentales indica que este derecho debe interpretarse a la luz del art. 23 de la Carta Social Revisada y la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores,<sup>42</sup> y que la participación en la vida social incluye el derecho a participar en la vida política.<sup>43</sup>

El informe explicativo indica además que la Carta de los Derechos Fundamentales pretende ser un precedente para el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE).<sup>44</sup>

Otra disposición pertinente para la protección de los derechos de las personas mayores en Europa es el art. 19 (1) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), que autoriza al Consejo Europeo a tomar medidas para luchar contra la discriminación en razón de la edad, entre otros motivos.<sup>45</sup> Esta disposición fue la base para

los Tratados. 3. Los derechos fundamentales que garantiza el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y los que son fruto de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros formarán parte del Derecho de la Unión como principios generales". El texto del Tratado está disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12007L%2FTXT>. [Fecha de última consulta: 13 de febrero de 2019].

Para mayor discusión sobre este tema, ver, en general, DOUGLAS-SCOTT, Sionaidh, *The European Union and Human Rights after the Treaty of Lisbon*, HRLR 11, 2011.

40. Para el texto completo de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea ver nota 38.

41. El art. 25 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece: "La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural".

42. Texto de las explicaciones relativas al texto completo de la Carta, tal como figura en CHARTE 4487/00 CONVENT 50, en 24. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/04473\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/04473_en.pdf). [Fecha de última consulta: 13 de febrero de 2019].

43. Id.

44. Id. arts. 51 y 52.

45. El art. 19(1) de la Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) establece específicamente: "Sin perjuicio de las demás disposiciones de los Tratados y dentro de los

que el Consejo Europeo adoptara la Directiva 2000/78/CE<sup>46</sup> que creó un marco para abordar la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.<sup>47</sup> El TJUE, con poder para interpretar y aplicar la legislación de la UE, ha emitido dictámenes en casos relacionados a presunta discriminación basada en la edad fundamentada en la Directiva 2000/78.<sup>48</sup>

Como se mencionó anteriormente, los mecanismos de derechos humanos en la región de Europa están bastante desarrollados. El sistema abarca todos los derechos humanos, que están interrelacionados y son interdependientes. Además, dada la falta de un tratado internacional en Europa que incorpore la protección de los derechos humanos de las personas mayores, las categorías de derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, sociales y culturales permiten identificar las diversas fuentes de las políticas existentes, los derechos consagrados en los tratados internacionales y otros instrumentos, así como la jurisprudencia internacional aplicable a ese grupo.

---

límites de las competencias atribuidas a la Unión por los mismos, el Consejo, por unanimidad con arreglo a un procedimiento legislativo especial, y previa aprobación del Parlamento Europeo, podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual". Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

**46.** En realidad, la Directiva fue adoptada sobre la base del art. 6º del Tratado de la Unión Europea, que se convirtió en el art. 19 del tfue después de la adopción del Tratado de Lisboa.

**47** La Directiva del Consejo 2000/78/EC del 27 de noviembre de 2000 establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, Diario Oficial L 303, 2/12/2000, P. 0016-0022. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0078:en:HTML>. [Fecha de última consulta: 21 de diciembre de 2018].

**48** Ver, entre otros, Caso C-144104, "Mangold vs. Helm", 22 de noviembre de 1995; Caso C-411, "Félix Palacios de la Villa vs. Cortefield Servicios SA.", 15 de febrero de 2007; C-141/11, "Torsten Hornfeldt vs. Posten Medclelande AB", 5 de julio de 2012.

---

Bethany Brown

---

# África: estándares regionales sobre la protección de los derechos de las personas mayores.\*

## Bethany Brown

Investigadora sobre derechos de las personas mayores de la división de Salud de Human Rights Watch.

\* Este artículo fue publicado originalmente en: Martin, Claudia; Rodríguez-Pinzón, Diego y Brown, Bethany, *Human Rights of Older People. Universal and Regional Legal Perspectives*, Springer, Washington, DC, USA, 2015. Se destaca que corresponde a una traducción realizada por el MPD CABA. La autora agradece la colaboración de Verónica Carmona Barrenechea en esa tarea.

## A. Una introducción a la región africana

---

En África, el ritmo de crecimiento de la población de personas mayores es actualmente más lento que en otras regiones, pero el número de personas de 60 años o más aún todavía está establecido de que cuadruplicará, al pasar de 479 millones en 2005 a 206,8 millones en 2050.<sup>1</sup> En respuesta a este aumento, las políticas nacionales africanas sobre envejecimiento deben adaptarse a medida que la población cambia para proteger a las personas mayores actuales y a las personas mayores futuras.

La protección más inmediata de los derechos humanos ocurre a través de los sistemas domésticos. Idealmente, el reconocimiento constitucional de los derechos humanos debería existir en todos los países de África. Esta encuesta proporciona solo un punto de partida para los investigadores que desean comparar las protecciones nacionales de las protecciones de los derechos humanos para las personas mayores en los países africanos. Las situaciones para las cuales la protección social está garantizada en las constituciones africanas

---

1. SEPÚLVEDA, Magdalena, *Reporte de la Experta Independiente en Derechos Humanos y Extrema Pobreza*, 2010, p. 9.



incluyen la vejez.<sup>2</sup> Existen por lo menos 98 referencias a los derechos de las personas mayores contenidas en 25 constituciones,<sup>3</sup> con tres de esas referencias que prohíben la discriminación basada en la edad.<sup>4</sup> No existe un tratado regional específico que articule normas claras de derechos humanos para las personas mayores y que proporcione un mecanismo para la implementación y la rendición de cuentas.<sup>5</sup>

Los cambios socioeconómicos y de la estructura familiar están en curso, lo que puede aumentar la pobreza y marginar a la población que envejece. Un ejemplo es la rápida urbanización que tiene lugar en muchos países africanos. Otro ejemplo es la devastadora pandemia del VIH/sida, que ha creado una generación de huérfanos que son cuidados con mayor frecuencia por sus abuelas y otras personas mayores. UNICEF estima que entre el 40 y el 60 por ciento de los niños huérfanos y vulnerables en el este y el sur de África son cuidados por personas mayores, generalmente sus abuelas.<sup>6</sup> Estas comunidades tienen necesidades de políticas públicas muy específicas, incluido el acceso a los sistemas de atención médica y la participación en la sociedad.

Se necesita mucha más exploración para encontrar las opciones de políticas más apropiadas y efectivas para comprender los contextos sociales, económicos, culturales y familiares que enfrentan las personas mayores. La publicación *Research on Ageing in Africa: The Need to Forge Directions*<sup>7</sup> sienta las bases para la investigación, así como los esfuerzos para aumentar la conciencia

ciudadana y la voluntad de poner en práctica las políticas. También enfatiza la necesidad de mayor investigación sobre envejecimiento para asegurar que los acuerdos emergentes puedan actuar como un catalizador para el cambio.<sup>8</sup>

La necesidad de cambios en la política social se basa, por supuesto, en un marco legal para justificar y hacer cumplir las políticas. Algunas constituciones nacionales reconocen que los derechos de las personas mayores requieren protección especial.<sup>9</sup>

Esos cambios necesarios están comenzando a formarse. La Unión Africana (UA), integrada por 54 Estados miembros desde Argelia hasta Zimbabue, tiene un amplio sistema de derechos humanos descrito en este artículo. En 2011, comenzó a desarrollar un proyecto de protocolo sobre los derechos de las personas mayores.<sup>10</sup> En la apertura de la 50ª Sesión de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, se reconoció que la situación de las personas de edad era "una de las cuestiones más acuciantes en materia de derechos humanos para los Estados y las instituciones públicas".<sup>11</sup> También en 2011, la Red de Instituciones Nacionales Africanas de Derechos Humanos celebró su 8ª Conferencia Bienal en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, sobre el tema "Promoción de los derechos humanos de las personas mayores y las personas con discapacidad: El papel de las instituciones

2. Constitutional Human Rights Law in Africa, Current developments by Heyns, C.H. and Kaguongo, Waruguru 22 S Afr Hum Right 673, 2006. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2263/5345>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

3. Angola, Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Egipto, Gabón, Ghana, Guinea, Madagascar, Mozambique, Namibia, Ruanda, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo y Zambia, Id., p. 708.

4. Constitutional Human Rights Law in Africa, Current developments by Heyns, C.H. and Kaguongo, Waruguru 22 S Afr J Hum Right 673, 2006, p. 684. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2263/5345>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

5. KOLLAPEN, Jody, The Rights of Older People - African Perspectives, 2008, s/d, pp. 2-3.

6. HELPAGE INTL., *Psychosocial support for older carers: a summary*, s/d, 2011, p. 1.

7. ABODERIN, Isabella, *Research on Ageing in Africa: The Need to Forge Directions*. Disponible en: [https://www.ageing.ox.ac.uk/files/afra\\_aboderin\\_genrev\\_apr05\\_v15\\_no\\_2.pdf](https://www.ageing.ox.ac.uk/files/afra_aboderin_genrev_apr05_v15_no_2.pdf). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

8. Nan Apt, 30 years of African Research on Ageing: History, Achievements and Challenges for the Future. Disponible en: [https://www.ageing.ox.ac.uk/files/afra\\_napt\\_genrev\\_apr05\\_v15\\_no\\_2.pdf](https://www.ageing.ox.ac.uk/files/afra_napt_genrev_apr05_v15_no_2.pdf). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

9. La Constitución de Cabo Verde establece que debe brindar protección especial a las personas mayores. Constitución de la República de Cabo Verde, art. 72. Traducción al inglés disponible en: [https://www.constituteproject.org/constitution/Cape\\_Verde\\_1992.pdf?lang=en](https://www.constituteproject.org/constitution/Cape_Verde_1992.pdf?lang=en). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

10. Declaración de Ms. Reine Alapini Gansou, Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 20 de abril de 2011. El reporte de la comisionada en relación con esta declaración se encuentra disponible en: [http://www.achpr.org/files/sessions/49th/inter-act-reps/reine-alapini-gansou/achpr49\\_comrep\\_2011\\_gansou\\_eng.pdf](http://www.achpr.org/files/sessions/49th/inter-act-reps/reine-alapini-gansou/achpr49_comrep_2011_gansou_eng.pdf). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

11. Declaración a nombre de NANHRI en la sesión de apertura, del 24 de octubre al 7 de noviembre de 2011, Banjul, Gambia. El Resource Centre con las declaraciones de NANHRI se encuentra disponible en: <https://www.nanhri.org/resource-centre/nanhri-statements/>. El Comunicado Final de la Sesión Ordinaria N° 50 de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos se encuentra disponible en: [http://www.achpr.org/files/sessions/50th/info/communique50/achpr50\\_fincom\\_2011\\_eng.pdf](http://www.achpr.org/files/sessions/50th/info/communique50/achpr50_fincom_2011_eng.pdf). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

nacionales africanas de derechos humanos". Acentuando aún más sus esfuerzos, en 2012, la UA publicó una posición común, en la que recomendaba varias acciones para que los Estados miembros de la UA, el Comité Regional y los socios internacionales de desarrollo implementen con el fin de establecer un enfoque de derechos para las personas mayores.<sup>12</sup>

Esta Posición Común trabaja para establecer un enfoque basado en los derechos sobre las cuestiones que preocupan a las personas mayores. Para ello primero identifica los marcos regionales existentes<sup>13</sup> para abogar por medidas necesarias previamente recomendadas y luego continúa para establecer el enfoque de la UA sobre los derechos humanos de las personas mayores a través de sus propias recomendaciones específicas. Hace varias recomendaciones a los Estados miembros de la UA, los Comités Regionales y los socios internacionales de desarrollo.

Son de relevancia específica para el contexto de África la apreciación de las acciones de los socios de desarrollo y los desafíos de las disparidades rurales y urbanas. La Posición Común también hace una serie de recomendaciones relacionadas con la arquitectura internacional de desarrollo, incluido el uso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pos-2015<sup>14</sup> y las agendas de Río+20 como oportunidades para incluir aún más a las personas mayores en el discurso del desarrollo a escala nacional e internacional.

Para los derechos de las personas mayores, el compromiso más importante que hace la Posición Común es promover y apoyar una Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Esta Recomendación se hace a todos los Estados miembros de la UA. Durante la cuarta sesión del

Grupo de Trabajo de Composición Abierta para el Fortalecimiento de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en la ONU en 2013, pocos Estados miembros de la UA mencionaron la Posición Común.<sup>15</sup>

A nivel nacional, recomienda la integración de los problemas del envejecimiento en las políticas nacionales de desarrollo a través de programas basados en la práctica. Recomienda además "programas de sensibilización" para cambiar la conciencia y las actitudes generales de la sociedad en torno a las necesidades y problemas de las personas de edad. Esto, a su vez, crearía una "cultura del envejecimiento basada en los derechos". El texto no dice nada sobre cómo podría ocurrir esto sobre la base de una comprensión pública de "necesidades y problemas".

Como muestra esta introducción, la región de África es única y cambia de formas específicas en consideración a los desafíos que enfrentan sus numerosas culturas, climas y poblaciones. El marco general para los derechos humanos regionales es la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) de la UA. Esta se tratará en profundidad más adelante, junto con la política regional para personas mayores.

## B. El marco africano de derechos humanos

La UA,<sup>16</sup> previamente llamada la *Organización para la Unión Africana*, busca "lograr una mayor unidad y solidaridad entre los países africanos y los pueblos de África". Se ocupa de la soberanía de sus miembros, la integración política y socioeconómica, la cooperación internacional, la Carta de la ONU y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). Promueve la paz, la seguridad, la estabilidad, los principios y las instituciones democráticas, la participación popular, la buena gobernanza y los derechos humanos y de los pueblos de conformidad con la Carta de Banjul y otros

12. 3ª Sesión de la Conferencia de Ministros de Desarrollo Social de la UA, Posición Común de África sobre el derecho humano de las personas mayores en África. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/africa-older-persons2012.pdf>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

13. Estos incluyen el Marco de la Unión Africana y el Plan de Acción sobre el Envejecimiento, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y el Plan de Acción de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, entre otros.

14. Posteriormente a la fecha original de desarrollo y publicación de este artículo en el ámbito de las Naciones Unidas se aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, documento que recoge y amplía las metas que se planteaban con los Objetivos de Desarrollo.

15. UA, Posición común de África sobre los derechos humanos de las personas mayores en África, 26-30 de noviembre de 2012. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/africa-older-persons2012.pdf>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

16. Disponible en: <https://au.int/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

instrumentos pertinentes de derechos humanos.<sup>17</sup> La UA tiene el poder de imponer sanciones políticas y económicas entre sus Estados miembros.<sup>18</sup> Los arts. 60 y 61 de la Carta de Banjul son únicos entre los tratados internacionales de derechos humanos en su inclusión con fines interpretativos de prácticas africanas consistentes con los derechos humanos y de los pueblos.

La Carta de Banjul fue adoptada en 1981 y entró en vigor en 1986. Los Estados Parte de la Carta de Banjul reconocen los derechos, deberes y libertades consagrados en la Carta y se comprometen a adoptar medidas legislativas o de otro tipo para darles efecto.<sup>19</sup> De conformidad con la Carta, cada Estado Parte presenta un informe semestral sobre las medidas legislativas o de otra índole adoptadas, con miras a hacer efectivos los derechos y libertades reconocidos y garantizados por la Carta.<sup>20</sup>

La Carta de Banjul enfatiza las diferencias culturales regionales, como cuando se refiere a "tomar en consideración las virtudes de la tradición histórica de los Estados africanos y los valores de la civilización africana".<sup>21</sup> El Preámbulo establece que los derechos civiles y políticos no pueden disociarse de los derechos económicos, sociales y culturales en su concepción, así como en su universalidad, y que la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales es una garantía para el disfrute de los derechos civiles y políticos. Incorpora los derechos civiles y políticos, así como los derechos económicos, sociales y culturales en el mismo instrumento, que, a pesar de los principios de indivisibilidad e interrelación, es una conexión rara vez vista en un instrumento de derechos humanos.

La Carta de Banjul está referenciada en la Declaración de Kigali sobre los Derechos Humanos en África,

2003,<sup>22</sup> que aborda cuestiones amplias relacionadas con el desarrollo y los derechos humanos. Reafirma el respeto por los derechos humanos como indispensables para el mantenimiento de la paz y la seguridad nacionales, regionales e internacionales que constituyen la base fundamental para el desarrollo sostenible, que busca promover los derechos humanos en África.<sup>23</sup> No contiene mecanismos de implementación; simplemente solicita al presidente de la Comisión de la UA que coordine el seguimiento de la implementación de sus declaraciones e insta a los Estados miembros a presentar informes sobre la implementación a la Comisión de la UA.<sup>24</sup> El art. 20 insta además a los Estados miembros a elaborar un protocolo sobre la protección de los derechos de las personas con discapacidad y las personas mayores.

### Punto focal

El trabajo de la UA ha observado con más cuidado los derechos de las personas mayores. En 2007, la Comisión Africana adoptó una Resolución sobre los derechos de las personas mayores en África.<sup>25</sup> Asimismo, estableció un punto focal sobre los derechos de las personas mayores en África y nombró como co-coordinador del punto focal a Yeung Kam John Yeung Sik Yuen. El punto focal se estableció con miras a redactar un protocolo de la Carta Africana sobre los derechos de las personas mayores en África.<sup>26</sup>

El punto focal fue el encargado de investigar los problemas de las personas mayores, identificando medidas

17. El Acta Constitutiva de la UA, art. 3º. Disponible en: <https://au.int/en/treaties/constitutive-act-african-union>. [Fecha de última consulta: 10 de abril de 2019].

18. El Acta Constitutiva de la UA, art. 23 (2). Disponible en: <https://au.int/en/treaties/constitutive-act-african-union>. [Fecha de última consulta: 10 de abril de 2019].

19. Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, art. 1º. Disponible en: <http://www.achpr.org/instruments/achpr/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

20. Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, art. 62. Disponible en: <http://www.achpr.org/instruments/achpr/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

21. *International Human Right in Context.*, s/d, 504.

22. Declaración de Kigali sobre los derechos humanos en África. Aprobada en Kigali, Ruanda, el 8 de mayo de 2003. Disponible en: <http://www.achpr.org/instruments/kigali/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

23. *Id.* Preámbulo.

24. *Id.*, 33.

25. 41ª sesión ordinaria de la Comisión Africana, celebrada en ACCRA, Ghana, del 16 al 30 de mayo de 2007. ACHPR/Res. 118 (XXXII) 07: Resolución sobre el establecimiento de un punto focal sobre los derechos de las personas mayores en África. Disponible en: <http://www.achpr.org/sessions/42nd/resolutions/118/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

26. APCHR/Res.118 (XXXII) 07: Resolución sobre el establecimiento de un punto focal sobre los derechos de las personas mayores en África. Disponible en: <http://www.achpr.org/sessions/42nd/resolutions/118/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

progresivas sobre la base de las lecciones aprendidas y las mejores prácticas, y de recomendar la preparación de un proyecto de declaración sobre los derechos y el bienestar de las personas mayores en África y redactar una Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar de las Personas Mayores y las Personas con Discapacidad.<sup>27</sup>

El punto focal planificó la creación de un nuevo grupo de trabajo.<sup>28</sup> Consiste en dos miembros de la Comisión juntamente con un número de expertos independientes.<sup>29</sup> La Comisión Africana nominó a los expertos para el Grupo de Trabajo.<sup>30</sup> Se ha propuesto que este Grupo de Trabajo reemplace al punto focal por un período de dos años.<sup>31</sup> Más recientemente, la Comisión Africana revisó el borrador del protocolo del Grupo de Trabajo en la última sesión de 2012 de la UA, pero se aplazó hasta la próxima sesión plenaria en junio de 2013 para su reconsideración.<sup>32</sup>

## Obligaciones

La Carta de Banjul se distingue de otros instrumentos de derechos humanos, porque enfatiza tanto los

deberes como los derechos. Su tema clave es la distinción cultural regional, como cuando se refiere a "tomar en consideración las virtudes de la tradición histórica de los Estados africanos y los valores de la civilización africana".<sup>33</sup> En las constituciones modernas, como en los tratados de derechos humanos, las disposiciones que confieren derechos a los individuos superan con creces a aquellos que imponen deberes.<sup>34</sup>

Dependiendo de la interpretación, las obligaciones y los ideales de solidaridad pueden afectar de manera clara y seria las definiciones de derechos de la Carta de Banjul. Además, la Carta de Banjul impone deberes individuales no solo al Estado, sino también a diferentes grupos o comunidades dentro (o quizás trascendiendo) el Estado.<sup>35</sup>

Otros lugares donde las obligaciones se encuentran en los instrumentos internacionales de derechos humanos incluyen el art. 29 de la DUDH, el Preámbulo del PIDCP y el Preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas.

La Carta de Banjul es el primer tratado de derechos humanos que incluye una enumeración, para dar atención enérgica a los deberes de los individuos. En este sentido, va más allá de las obligaciones obvias de los Estados que son correlativos (correspondientes) a los derechos y deberes individuales, por ejemplo, los deberes de los Estados de no torturar o proporcionar una estructura para votar en las elecciones políticas. La Carta de Banjul difiere al definir los deberes que no son simplemente el "otro lado" de los derechos individuales, y que van desde los individuos hasta el Estado, así como hasta otros grupos de individuos. Por lo tanto, la Carta de Banjul plantea directamente cuestiones de universalismo y relativismo cultural.<sup>36</sup>

La serie de deberes explícitos detallados en los arts. 27 a 29 de la Carta Africana podría representar un rechazo del individuo "que es completamente libre y completamente

27. Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 23º informe de actividad, párrafo 191, p. 58. Disponible en: [http://www.achpr.org/files/activity-reports/23/achpr4243eo4\\_actrep23\\_20072008\\_eng.pdf](http://www.achpr.org/files/activity-reports/23/achpr4243eo4_actrep23_20072008_eng.pdf). [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

28. Informe del comisionado Yeung Sik Yuen, noviembre de 2008-mayo de 2009. Los informes del comisionado pueden encontrarse disponibles en: <http://www.achpr.org/members/yeung-kam-john-yeung-sik-yuen/>. El sitio del Working Group on Rights of Older Persons and People with Disabilities se encuentra disponible en: <http://www.achpr.org/mechanisms/older-disabled/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

29. APCHR/RES 143 (XXXX) 09, adoptado en mayo de 2009, también en relación con el Informe sobre el punto focal sobre los derechos de las personas mayores en África.

30. Community Law Center Newsletter, abril de 2009. En 2015 cambió su nombre a "Dullah Omar Institute for Constitutional Law, Governance and Human Rights". Disponible en: <https://dullahomarinate.org.za>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

31. Resolución sobre la transformación del punto focal sobre los derechos de las personas mayores en el Grupo de Trabajo sobre los Derechos de las Personas Mayores. Disponible en: <http://www.achpr.org/sessions/45th/resolutions/143/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

32. Comunicado final de la 51ª Sesión Ordinaria de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, mayo de 2012. Disponible en: <http://www.achpr.org/sessions/51st/info/communique51/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

33. Id., p. 504.

34. International Human Rights In Context, p. 501.

35. Id., p. 506.

36. Id. 505.

irresponsable y opuesto a la sociedad".<sup>37</sup> Estos deberes, si realmente se asimilan a la conciencia colectiva, podrían contribuir positivamente a la solidaridad social y nacional.<sup>38</sup>

### Mecanismos de revisión

La Comisión Africana de Derechos Humanos (Comisión Africana) es el mecanismo de revisión de los derechos humanos en la UA. La Comisión Africana actúa para garantizar la protección, promoción e interpretación de los derechos humanos a través de la Carta de Banjul. Cuando se aprobó la Carta de Banjul en 1981, se tomó una decisión clara de optar por una Comisión en lugar de una Corte como el principal arreglo institucional.<sup>39</sup> Desde entonces, se ha formado una corte con el Acta Constitutiva de la UA, art. 18, el 11 de julio de 2000.<sup>40</sup>

La Comisión Africana evaluó la situación de las personas mayores en su 26º período de sesiones en 1999. Allí la Comisión Africana expresó su preocupación por el trato dado a los ancianos como grupo afectado por los diversos conflictos en toda la región. En el 27º período de sesiones, tomó nota de las quejas de organizaciones no gubernamentales que enumeraban a las personas mayores entre las diversas víctimas de las luchas regionales.<sup>41</sup>

El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre el Establecimiento de una Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos<sup>42</sup> estableció una Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos dentro de la UA. El Protocolo

fue adoptado el 9 de junio de 1998 y entró en vigor el 1º de enero de 2004.<sup>43</sup> En julio de 2004, la UA fusionó la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con la Corte Africana de Justicia,<sup>44</sup> y se estableció la Corte Africana de Justicia y Derechos Humanos (la Corte Africana).<sup>45</sup>

La Corte Africana está destinada a ser un órgano de la UA y complementar a la Comisión de Derechos Humanos.<sup>46</sup> Completa la Carta de Banjul al proporcionar garantías judiciales de sus derechos.<sup>47</sup> La Corte Africana puede usar cualquier norma del derecho internacional de los derechos humanos que surja de la Organización de las Naciones Unidas u otras fuentes.<sup>48</sup>

### Otros mecanismos de la UA

La Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD)<sup>49</sup> es una organización de la UA con los objetivos principales de erradicar la pobreza; promover el crecimiento y el desarrollo, promover la inclusión de África en la globalización y acelerar el empoderamiento de las mujeres.<sup>50</sup> Busca la implementación a través de la UA, y todavía no se ha dirigido directamente a personas mayores o mujeres mayores.<sup>51</sup>

El Mecanismo Africano de Revisión entre Pares (APRM, por sus siglas en inglés)<sup>52</sup> es un instrumento al que se han adherido voluntariamente los Estados

37. Id. Essay: Makau Mutua, Human Rights and the African Fingerprint of Mutua, Human Rights: A Political and Cultural Critique, 2002, p. 71. From International Human Rights In Context, p. 508.

38. Id. Essay: Makau Mutua, Human Rights and the African Fingerprint of Mutua, Human Rights: A Political and Cultural Critique, 2002, p. 71. From International Human Rights In Context, p. 508.

39. International Human Rights in Context, p. 1081.

40. El Acta Constitutiva de la UA, art. 18. Disponible en: <https://au.int/en/constitutive-act>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

41. Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Disponible en: <http://www.achpr.org/about/mandate/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

42. Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre el Establecimiento de una Corte Africana, CAB / LEG / 665, adoptado el 9 de junio de 1998, entrada en vigor el 1º de enero de 2004. Disponible en: <http://www.achpr.org/instruments/court-establishment/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

43. Id.

44. Protocolo del Tribunal de Justicia y los Derechos Humanos de la Unión Africana, <https://au.int/en/treaties/protocol-court-justice-african-union>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

45. Protocolo del Tribunal de Justicia y los Derechos Humanos de la Unión Africana. Disponible en: <https://au.int/en/treaties/protocol-court-justice-african-union>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

46. LYONS, Scott, The African Court on Human and People Rights, 10 The American Society of International Law 24, 2006.

47. Ver UDOMBANA, Nsongurua J., *Toward the African court on Human and People Rights: Better late than never*, 46, Yale Hum. Rts and Development L.J. 3:45, 2000.

48. Id.

49. NEPAD. Disponible en: <http://www.nepad.org/>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

50. Id.

51. Id.

52. Marco de políticas de la Unión Africana y plan de acción sobre el envejecimiento por parte de HelpAge International y la Unión Africana, diciembre de 2003.

miembros de la UA como mecanismo africano de auto-monitoreo. El proceso del APRM está diseñado para ser abierto y participativo, un espacio neutral para compartir entre el sector privado, la sociedad civil y el gobierno. No está destinado a excluir o castigar a los países; no hay condicionalidad o penalidad adjunta al mecanismo.<sup>53</sup> Las Misiones de Revisión de País (MRP) redactan los Informes de Revisión de País. El objetivo general del APRM es que todos los países participantes aceleren el progreso hacia la adopción y aplicación de las prioridades y programas de la NEPAD, para lograr objetivos mutuamente acordados, y el cumplimiento de las mejores prácticas con respecto a cada una de las áreas de gobernanza y desarrollo.<sup>54</sup>

La Comisión de Asuntos Laborales y Sociales de la Unión Africana tiene la misión de desarrollar la cooperación para estudiar los problemas laborales y sociales propios de los países africanos; examinar todas las preguntas relacionadas con la Organización Internacional del Trabajo u otros organismos especializados de las Naciones Unidas cuyas actividades tengan relación con cuestiones laborales y sociales; y defender los intereses africanos tanto en la Conferencia Internacional del Trabajo como en cualquier otra reunión internacional que se ocupe de cuestiones sociales y laborales.<sup>55</sup>

La Posición Común sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores en África es el llamado específico de la UA para establecer un enfoque basado en los derechos a las cuestiones que preocupan a las personas mayores. En este documento, la UA recurre a marcos previos, incluidos la Carta de Banjul y el Plan de Acción de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, entre otros, para abogar por medidas previamente establecidas. El documento luego pasa a hacer recomendaciones específicas para defender y promover los derechos humanos de las personas mayores.

En primer lugar, la Posición Común establece el apoyo de la UA para la celebración de una Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Otras recomendaciones incluyen

la creación de programas nacionales de sensibilización que promuevan la conciencia social sobre los derechos de las personas mayores, la inclusión de las personas mayores en el diálogo y el discurso sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio pos-2015<sup>56</sup> y una inversión en la juventud actual para mejorar la perspectiva de futuras poblaciones de personas mayores.

53. Id.

54. Objetivos, normas, criterios e indicadores para el Mecanismo de examen entre los propios países africanos, p. 1.

55. Disponible en: <https://au.int>. [Fecha de última consulta: 5 de abril de 2019].

56. Posteriormente a la fecha original de desarrollo y publicación de este artículo en el ámbito de las Naciones Unidas se aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, la cual recoge y amplía las metas que se planteaban con los Objetivos de Desarrollo.



LGBT

VIVIENDA

MUJERES MAYORES

FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ

VIVIENDA

MUJERES MAYORES

MEDIO AMBIENTE

SEXUALIDAD

FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ

SEXUALIDAD

LGBT

MUJERES MAYORES

LGBT

SEXUALIDAD

MUJERES MAYORES

MEDIO AMBIENTE

FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ

# GÉNERO Y DIVERSIDAD

FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ

MEDIO AMBIENTE

VIVIENDA

SEXUALIDAD

MUJERES MAYORES

MUJERES MAYORES

FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ

LGBT







**“La lucha en la que creo es la de la repetición. No retroceder nunca y volver y volver. Hablar una y otra vez de los viejos”.**

## Entrevista a Eva Giberti\*

**Eva Giberti** es Lic. en Psicología (UBA), Asistente Social (UBA), docente universitaria y doctora Honoris Causa, Universidad Nacional de Rosario (2006) y Universidad Autónoma de Entre Ríos (2010). Ciudadana ilustre de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003). Ha recibido numerosos premios y distinciones por su trayectoria. Actualmente es coordinadora del Programa "Las víctimas contra las violencias", del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

\*Entrevista realizada el 7 de junio de 2018 por el equipo de la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos del MPD, CABA.

**—Para comenzar, nos gustaría que nos cuente cuál es su perspectiva en relación con las personas mayores.**

—Lo primero que tengo que decirles es que, como persona mayor, tengo 89 años; verdaderamente, estoy en el ámbito de la persona mayor. Una se asombra de haber llegado a los 89 años, y se pregunta: ¿cómo hice para llegar hasta acá? En realidad yo no me di cuenta de que llegué a esta edad, probablemente, porque fui una persona con buena salud y los achaques empezaron a los 85 años, recién ahí empecé a darme cuenta de que estaba vieja, precisamente, por haber tenido la suerte de tener buena salud.

Es un sentimiento particular el de estar envejeciendo. Una va perdiendo funciones, y hay cosas que ya no se pueden hacer y se empieza a hacer el duelo por lo que se va perdiendo. Por ejemplo, hay que operarse de cataratas, porque los ojos ya no responden como antes, y los anteojos no alcanzan, y hay que aprender a depender de otros u otras, y una empieza a sentir que está dependiendo mucho de los hijos, mucho más que antes.

Ahora bien, ¿qué es esto de las personas mayores? Las personas mayores tienen sus características. A mí me está pasando que tengo que depender de mis hijos y muchas veces los llamo para que me acompañen a alguna parte y esto tiene que ver también con temas del género. ¿Por qué? Porque yo he sido una mujer independiente toda mi vida, realmente independiente y como género mujer no he sido el tipo de mujer dependiente de un matrimonio. He tenido dos matrimonios y dos divorcios y después nada más porque he dicho: "Hasta aquí basta". He tenido amores después, pero como matrimonio, suficiente con dos.

He sido una mujer independiente y eso no es algo que les guste mucho a los varones. Mis divorcios han tenido mucho que ver con el estilo de vida que me ha gustado siempre, que es el que tengo ahora: entrar y salir de la casa en los horarios que yo estimo que son los que tengo que tener para hacer lo que quiero hacer y lo que estoy haciendo. Y esto ha sido así desde chiquilina, desde adolescente. Probablemente por las carreras que elegí en mi vida, que me obligaban a salir, a estar en pleno mundo, en plena ciudad y, además, en trabajos que me determinaban alternar con mucha gente.

### **—¿Podría contarnos sobre su formación y los inicios de su carrera?**

—Primero estudié Servicio Social en la Facultad de Derecho, de modo que soy lo que en ese momento se llamaba *asistente social*. Recién recibida, siendo muy joven todavía, empecé a trabajar en villas, lo que me enseñó a estar en campo, en terreno. Inmediatamente después de recibirme, me casé con mi primer marido, matrimonio que duró muy poco tiempo, y en el que tuve a mi primer hijo, Hernán, que ahora tiene 65 años, y viví un largo tiempo separada criando a mi hijo. Empecé a trabajar a los 18 años como empleada en una casa de música. Tuve mucha suerte porque a mí me gusta la música y realmente estudié música durante muchos años. Para ser más exacta, empecé a trabajar en otro lugar a los 17 años y, desde entonces, no he parado. Lo digo porque esto actualmente les sucede a muchas mujeres y forma parte de las necesidades de las mujeres actuales. Lo que pasa es que, cuando yo tenía 18 años, las mujeres no éramos como son ahora.

Por ello, hay que tener en cuenta que al lado de mi formación profesional y académica, que primero fue profesional y después se transformó en académica, se generó esa independencia que estoy mencionado y que fue una independencia en relación con mis trabajos y con mi carrera, ya que después de divorciada y de vuelta a casar, empecé a estudiar Psicología. Tanto es así que me recibí estando embarazada de mi segunda hija. Mi primer hijo se llama Hernán Invernizzi, y mi segunda hija, Vita Escardó, que es psicóloga, igual que yo, y actriz. Ella también es una mujer independiente y mi hijo varón, obviamente, es un tipo independiente, ahora, porque mientras estubo en la cárcel como preso político no podía ser independiente de ninguna manera.

Viví y críe a mis hijos como una mujer que trabajaba continuamente y no he dejado de trabajar nunca. Si pienso en los años que he tenido de reposo, de no tener que levantarme para ir a trabajar, pienso y pienso, y no aparecen nunca.

**—Desde su experiencia como una mujer trabajadora e independiente, ¿cómo fue su acercamiento al feminismo?**

—Desde los 18 años empecé a registrar las injusticias en la relación entre hombres y mujeres. Entre los varones, digamos bien, entre los varones y las mujeres. Verdaderamente no sabía que eso tenía que ver con el feminismo, pero en esa época yo escuchaba a Alicia Moreau de Justo, en el Partido Socialista, y me impresionaba mucho. Me daba cuenta de que ella estaba contando seriamente, con método, lo que sentía visceralmente como una injusticia. Ella le ponía letra ordenadamente, lo conceptualizaba, y eso era, en realidad, lo que yo estaba pensando y que, para ella, era el ordenamiento del feminismo. Con el correr del tiempo, fui tomando contacto con los grupos feministas que había en Buenos Aires. Eran muy pocos, estaban muy diseminados y contaban con muy pocas mujeres. No era un movimiento feminista, sino que eran grupos de mujeres que iban tomando conciencia. Grupos de dos, tres, cuatro o cinco mujeres que iban haciendo lo que podían desde el punto de vista del rechazo de políticas del patriarcado. Ya se empezaba a usar la palabra "patriarcado" y eso que estoy hablando de hace muchos, muchos años, del 68, 70. Aunque esto había empezado en 1958, que era la época en la que escribía los artículos de *Escuela para padres*.<sup>1</sup> Tanto es así que, si una se fija y lee "Escuela para padres", hay, por lo menos, siete u ocho artículos dispersos en los tres tomos de la recopilación que

1. Los artículos se publicaban en el diario *La Razón* y luego fueron recopilados en tres tomos.

son absolutamente feministas. Por ejemplo: "¿Por qué debe trabajar la mujer?", "¿Qué es el feminismo?". Escritos con una petulancia que no sé de dónde había sacado, de dónde explicaba que era el feminismo en la década del 50, del 60. Seguramente tenía lectura ya, y de eso arrancaba con inspiración, pero no con saber evidentemente. "Derecho a la maternidad", "Derecho del trabajo", "Las mujeres trabajando". Había una cantidad de artículos de neto corte feminista y, además, lo decía en los años 58, 59 y 60. Hoy los miro dentro de esos tres tomos de *Escuela para padres* y hay gente que aún me reclama y, para mí, es muy gracioso, porque suspendí la venta de estos tres tomos que eran muy requeridos, porque llegó un momento en el que consideré que no podía hablar de la educación de los padres porque, en realidad, estaba haciendo lo que combatía. Porque pretendo que los padres hagan lo que yo digo, que es lo que yo critico en la familia: que los chicos tienen que hacer lo que los padres dicen, en lugar de poder rebelarse y plantear sus propias ideas. Por ese motivo suspendí las ediciones, que llegaron a ser treinta, fueron *best sellers* e incluso fueron plagias en México.

En fin, toda una historia. Pero el feminismo ya me atraviesa desde allí. Todavía no se hablaba de género. El género es una imposición que aparece tardíamente y que, además, implica distintas discusiones entre quienes participaban en el tema, porque ¿a qué vamos a llamar *género*? Entonces existían distintas corrientes y distintas discusiones que todavía siguen latentes. Se empieza a hablar de género y yo me adhiero también a las corrientes que hablan de género, pero antes se hablaba exclusivamente de mujer. Actualmente, me preocupa que se use el término "género" para oscurecer y para neutralizar lo que es la lucha de las mujeres contra la violencia. O sea, en lugar de decir violencia patriarcal, se dice violencia de género, con lo cual armamos una galleta. Porque "género" abarca a mujeres, hombres, personas trans. Por lo tanto, cuando se dice violencia de género se hace trampa.

Pero es lo que el feminismo ha tenido que negociar para que los medios de comunicación hablaran. A los medios de comunicación, generalmente regulados por varones, les resulta muy difícil hablar de violencia patriarcal y de violencia de los varones. Por ello, se ha hecho como una negociación invisible entre el feminismo y los medios de comunicación, en tanto estos últimos adhirieron al término "violencia de género". Se advierte que el varón prefiere hablar de violencia de género para no decir violencia masculina, violencia patriarcal, es decir, se entiende el motivo. Convengamos que actualmente tenemos muy claro que se hace trampa.

Estas son las cosas que he tenido que enseñar en la universidad. Durante años, he sido docente de la UBA, dictaba la materia La Cultura de la Violencia en la Especialización de Posgrado en Violencia Familiar.

**—¿Cuáles son los desafíos en torno a las personas mayores desde el feminismo?**

—Una de las deudas que tiene el feminismo es no haber trabajado suficientemente con las personas mayores. De manera que no hay un feminismo que piense, por ejemplo, en la sexualidad de las ancianas. Este es un tema que hay que tener en cuenta porque pareciera que una mujer anciana no tiene más sexualidad, sobre todo si no tiene compañero, y eso no es cierto. Las mujeres ancianas tienen también la sexualidad que les corresponde a su deserción biológica, por decirlo de alguna manera. Es un tipo de sexualidad que hay que tener en cuenta, porque es sexualidad. No está libidinizada del mismo modo, tiene una libido que si bien es diferente, no es inexistente.

Entonces, esa sería tarea del feminismo, plantear cuál es la sexualidad de la gente vieja y cómo hay que respetarla y saber que se puede hablar de la sexualidad con las personas mayores. Saber que se puede hablar porque no es que las personas mayores nos hemos olvidado de lo que es la sexualidad. No solo podemos hablar, sino también compartir la experiencia. Decir, por ejemplo, que en mi época la pornografía que se ve hoy día no es la pornografía que se veía cuando tenía 30 o 40 años. Es otra pornografía sencillamente, porque es una pornografía asesina, es una pornografía en la cual, con cierto grado de frecuencia, el tipo de violencia que muestra termina siendo homicida. Entonces eso no era lo que habitualmente se veía en la época en la que tenía 40 años. Lo digo pensando concretamente en la sexualidad de los viejos.

Además de ello, deben respetarse los llamados *derechos de la ancianidad*, por los que corresponde brindar atención a una persona que, por el paso del tiempo, se le han debilitado o ha perdido funciones, y eso implica un padecimiento y una vivencia de incompletud. Porque, a decir verdad, estamos incompletos. Incompletos en la mirada, en el oído, en la marcha. Estamos incompletos porque hemos perdido funciones, hemos perdido musculatura, hemos perdido fuerza, y hay muchas cosas que ya no podemos hacer.

¿Qué es lo que tiene que hacer el feminismo? Además de hablar de la sexualidad de los ancianos, debe hablar de la vivencia de la soledad. La vivencia de la soledad es muy fuerte en quienes están en el mundo transitando por la vejez. Porque los amigos y las amigas se van muriendo y porque el diálogo con la gente cercana de la familia se va apagando y en gran parte ocurre porque no tenemos los mismos intereses.

Se agrava la vivencia de la soledad porque se ve cómo la vida transita y se vive de otro modo, sobre todo cuando se ve a los jóvenes en una vida que una no puede hacer y no puede compartir.

Escribí un artículo sobre lo que nos pasa a los que no vemos Netflix y estamos en una reunión. Es algo que me paso a mí en una reunión

en mi casa. Me pasé una hora escuchando a mis hijos y nietos hablar sobre Netflix, hasta que les dije: "¡Paren un poco, hagan el favor de hacerse cargo de lo que está pasando!". Y me preguntaron qué pasaba. Les respondí que hacía una hora que no hablaba, que estaba en la mesa, pero que no podía participar porque no tengo Netflix. Y no tengo Netflix porque tengo otras actividades, prefiero leer. Enseguida mi familia lo entendió y me pidieron disculpas porque no se habían dado cuenta. Pero sucede muy a menudo que en las reuniones se embalan y hacen un minigrupo de adoradores de Netflix.

Entonces, el feminismo lo que puede hacer es reunir a las mujeres que tienen edades semejantes para que puedan hablar de cosas semejantes y, así como yo estoy hablando de que iba a escuchar a Alicia Moreau de Justo; si estuviera en este momento con tres mujeres de mi edad, dirían: "¡Ah! Sí, yo también la conocí a Alicia Moreau de Justo".

Es decir, que el feminismo pudiera organizar grupos de mujeres y hombres que tuvieran edades parecidas. Porque los fenómenos de soledad y de inhibición de la palabra se dan porque no hay interlocutores con los que se pueda hablar.

Tengo una amiga con una pequeña diferencia de edad conmigo, ella tiene 70 y pico de años. En realidad, si lo pienso, es una diferencia bastante grande. Pero cuando nos sentamos a hablar de temas políticos: "¿Te acordás de aquel fulano? ¿Te acordás de perengano? ¿Y aquel otro que hacía tal cosa?", no hay soledad ni para ella ni para mí. Además es una mujer que fue exiliada muchos años, de manera que el tema político lo maneja muy bien y pasamos horas conversando.

Así, el feminismo podría plantearse esta idea y crear grupos para hablar de feminismo, o bien grupos conformados por feministas y no feministas, para que puedan pelearse y discutir acerca de temas que tienen que ver con la vejez. Esa es parte de la deuda que tiene el feminismo: ocuparse de las viejas.

### **—Siguiendo con las cuestiones de género, ¿cuál es su perspectiva en relación con las personas mayores y la diversidad?**

—En relación con las cuestiones de género, lo primero que pueden haber advertido ustedes es que nunca digo "uno", sino que digo "una" siempre, porque, en general, cuando la mujer habla de sí misma dice "uno". Es un defecto que tenemos, hasta que todas aprendamos a decir "una" cuando hablamos de nosotras mismas. Supongo que ese aprendizaje va a llevar décadas.

Acerca de las personas que tienen una identidad diversa, considero que van a ir envejeciendo y ello dependerá de cómo hayan sido tratadas y tratados. Por dar un ejemplo, las personas trans si han sido bien

recibidas y comprendidas en sus casas desde que han sido chiquitas o, si por el contrario, han tenido que pelear su existencia y su presencia en las casas para ser reconocidas como personas trans, puede ser que en el primer caso lleguen a una vejez tranquila, rodeadas por amigos, rodeadas por congéneres del mismo estilo, puede ser que estén en una familia de acogimiento simpático, o puede ser que hayan sido perseguidos o perseguidas, lo que sea, durante toda la vida y que sigan siendo los raros en el barrio o las raras. Va a depender de la historia personal de cada una.

No tengo experiencia de personas trans que tengan una edad avanzada, no tengo ninguna experiencia, así que no podría decirlo, pero se me ocurre que es una experiencia personal de acuerdo con la historia de vida que tengan.

Creo que es difícil que lleguen a edades avanzadas. Es probable o que las hayan matado, que sean víctimas de travesticidios o que hayan sufrido enfermedades que no fueron bien atendidas.

Sí podría hablarles de mi experiencia como coordinadora del Programa "Las víctimas contra las violencias",<sup>2</sup> ya que en el Programa se trabaja con personas trans, aunque, en general, no son de edad avanzada. Por ejemplo, cuando hay una violación en la calle, la comisaría llama inmediatamente a los equipos de nuestro Programa, porque la persona violada va a la comisaría, y la comisaría tiene la obligación de llamarnos a nosotros. Entonces vamos y buscamos a la persona. Por ejemplo, si es una travesti, la llevamos al hospital y ahí empieza el problema porque en la guardia del hospital la reciben y se genera una pelea sobre quién la va a atender. En general, estos casos se dan a partir de la madrugada, entonces se desata la discusión sobre quién la va a atender, porque levantar al médico de guardia a la madrugada y por una travesti es un problema. Nos arriesgamos a un fastidio seguro, porque mi equipo contesta muy mal al médico que pone mala cara o se resiste a atender. Los médicos empiezan a decir: "No, pero a una travesti, ¿quién 'la' revisa? o ¿quién 'lo' revisa?", y ahí empieza la pelea por el lenguaje: "Tenés que tratarla como mujer". "No, pero es un tipo". "Es la travesti, tenés que tratarla así, si no llamamos al INADI<sup>3</sup> y te hacemos lío con el INADI". Además, la pelea es permanente con los médicos que no entienden que es "la" travesti.

2. Este Programa fue creado en 2006 y se encuentra dentro de la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. El objeto del Programa consiste en brindar atención a las víctimas de abusos o malos tratos, causados por ejercicio de violencias, cualquiera fuese su naturaleza, en un ámbito de contención, seguridad y garantía de derechos. Asimismo, incluye la lucha contra el maltrato, explotación y prostitución infantil. Para ello cuenta con un Equipo Móvil para la atención y asistencia a víctimas de delitos contra la integridad sexual, así como también para atención y asistencia a víctimas de violencia familiar en emergencia (en calle y domicilio).

3. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/inadi>

El problema es: "¿Quién la revisa?". Y la pelea nuestra es: "Mirá, es una violación" y en cualquier caso es o bien por vía anal o por vía oral. Son dos y no debería presentar ningún tipo de dificultad para que el médico de guardia la revise, porque realmente es una herida como cualquier otra herida.

### **—¿Cuál es la perspectiva de la bioética en relación con las personas mayores?**

—Los principios fundamentales de la ética son de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Son básicamente principios de respeto por la persona y en los cuales se introduce con mucha fuerza la dignidad.

Esto viene a colación, ya que no se puede tratar a una persona de manera humillante o de manera que la ponga en una situación de pérdida de la dignidad.

Es muy propicio hablar de bioética en este tema de la vejez, porque si hay algo que se hace con los viejos es humillarlos. Por ejemplo, porque comemos mal. Es decir, comemos mal porque se nos cae la comida, porque la mano nos tiembla y nos ensuciamos. Y muchas veces se dice: "¡Mira qué asco cómo comés!". Esto es algo que no corresponde hacer ni decir porque es humillar a alguien que no puede comer de otro modo porque la mano le tiembla. Y cuando hablamos de dignidad, nos referimos a esto.

Pueden enumerarse muchísimos problemas que se dan por el envejecimiento. Y el principio de dignidad se juega en ellos. Así, en los procesos emuntorios de la persona, que pierden el control de sus esfínteres, que no los pierde porque se les da la gana, sino porque los músculos que hacen ese trabajo ya no cierran, sencillamente no responden. Esto, los hombres, lo conocen muy bien con sus problemas de próstata y es una cuestión de no humillarlos cuando tienen determinada índole de problema.

Y justamente este concepto de dignidad se traduce en brindar un trato digno a los viejos y no como mencionaba antes, como "viejos de mierda". Quien es tratado de ese modo lo siente. Y el destrato no se reduce a eso, basta con ver las colas que se hacen los viejos en Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y el trato que reciben. Sobre todo a los que son más viejos, porque están los ancianos aguerridos y que están bien plantados, pero los que están *chuchumecos*, que realmente no pueden enderezar la espalda y no pueden enderezar la espalda porque la columna ya no puede mantenerse rígida. Esta caricatura del viejito que camina encorvado no es porque sí, sino porque va cediendo la musculatura que sostiene la columna, que es lo que rige el caminar recto, y se va cayendo buscando aumentar el plano de gravedad.



**—¿Cuáles son sus consideraciones respecto del lenguaje con el que se designa a las personas mayores y al rol social que se les asigna al llamarlas *abuelas* y *abuelos*?**

—Llamar *abuela* y *abuelo* a toda persona que pasó los 60 años, lo que no sé por qué 60, porque cada vez las abuelas de 60 años son pibas que van y vienen del gimnasio, por suerte. En realidad, no "por suerte", sino que comen bien y viven bien, las que pueden. Si vamos a hablar de grupos populares, vemos mujeres de 60 y 70 años totalmente estropeadas, que no tienen para comer y se les caen los dientes.

Considero que se las llama *abuelas* por tendencia al oscurantismo. La manera de generar la abuelidad en el lenguaje es una manera de ocultar la famosa frase: ¡Vieja de mierda! o ¡Viejo de mierda! Es la manera de tapar mediante la expresión opuesta, *abuela*, que trata de ser cariñosa o afectuosa, para tapar su opuesto en esta famosa y típica frase de la gente: "¿Cuándo se va a morir esta vieja de mierda?". Porque están hartos de tenerla en casa y no se muere nunca. Esto lo hemos oído muchísimas veces de familiares porque tienen que cuidar a una persona enferma y se preguntan: "¿Para qué está viviendo, si para lo único que sirve es para gastos médicos y para tener que estar cambiándole los pañales a cada rato?".

Entonces, en lugar de decir todo eso que está en el imaginario popular y social y reconocer que la vivencia de las abuelas es esa: "¿Que cuándo nos vamos a morir y vamos a dejar de molestar, y hacerles gastar plata a nuestros hijos?". Porque los abuelos no tienen sus propios bienes y esta es otra desgracia. Porque de las jubilaciones ni hablemos siquiera, porque con esto tendríamos que hacer otra revolución, que no podemos hacerla porque salimos a la calle y nos caemos. Como no podemos hacer una revolución con los abuelos, quedamos concentradas en "Viejas de mierda".

Y en lugar de eso, lo que se dice es: "Ay, la abuela fue asaltada por un chorro en motocicleta. ¡Qué barbaridad, ya no hay moral! Ya ni siquiera respetan a las abuelas". Pero en las casas lo que realmente piensan es: "Ojalá le pasara a la nuestra, así le dan un buen golpe en la cabeza y terminamos con ella".

Porque cuando tenemos que asistir a un anciano o a una anciana durante un año, dos, tres o cuatro años y allí hay una enfermedad terminal, que se prolonga en el tiempo, se hace presente *Thanatos*, el dios de la muerte, y se le desea la muerte a esa persona.

Todo esto aparece encubierto por: "La abuela está mal y nosotros nos preocupamos por ella". Pero lo que está por debajo es: "¿Cuándo termina esto? Porque para nosotros no es vida". Esta expresión es muy criolla: "No es vida esta para nosotros. ¿Cuándo se morirá?". Esto, nosotros, lo sabemos, sobre todo lo sabe quien está en cama y

no puede valerse por sí misma o sí mismo. Sabe que está molestando, que está sobrando.

¡Somos una carga! Esto no pasaba tribalmente donde los abuelos o las abuelas éramos venerados porque teníamos muchos años encima, y esto implicaba mucha sabiduría y algunos eran brujos en la tribu. Pero eso se acabó. No somos más tribales, ahora usamos el teléfono y miramos TV.

Entonces no hay más que ver. Además, políticamente, lo que ha pasado con los abuelos. No nos sacan la jubilación porque no se atreven, pero si no, para pagarle al FMI, en una de esas, también nos sacarían la atención y las jubilaciones. Porque, al fin y al cabo, ¿para qué?, si los abuelos no sirven porque no trabajan.

El problema lo tienen con los que trabajan, que son como yo, que a los 89 años van al Ministerio y se pelean; no digo con el ministro, porque no me da la oportunidad porque me tiene mucho respeto y cuidado, pero peleo en el trabajo contra los violadores, contra los que les pegan a las mujeres y vivo peleando con la misma energía que les hablo a ustedes.

**—¿Cuál es la experiencia que tienen en el Programa "Las víctimas contra las violencias" en relación con las personas mayores? ¿Se contactan personas mayores por situaciones de violencia? ¿De qué tipos de violencias son víctimas?**

—En el Programa "Las víctimas contra las violencias" tenemos estadísticas y tenemos muy claro lo que son las violencias contra las personas ancianas. Las violencias son concretas, parten habitualmente de los hijos y son violencias que tienen que ver con la asistencia, que es obligación de los hijos. En general, las personas mayores nos llaman después de muchas dudas y lo que siempre aparece es que no los atienden, que no los llevan al médico. Son personas mayores que no están discapacitadas, pero tienen disminuidas sus posibilidades. Era un tema que yo había empezado a hablarles, cuando les decía que una se da cuenta de que está vieja cuando hay cosas que ya no puede hacer, como salir a la calle, tomarse un taxi, caminar, ir a la plaza y sentarse al sol y tiene que esperar que alguien lo venga a buscar. Entonces, si la familia no piensa que el papá, que está desde hace tres días sin salir a la calle, es una persona abandonada, que tampoco tiene un celular para llamar y pedir ayuda, porque suponemos que todo el mundo lo tiene, pero no es así.

En general, las personas mayores llaman cuando los hijos no están y han podido acercarse al teléfono. Muchas veces se quejan de los hijos, porque dicen que van a cobrar la pensión y se la guardan, no

se la dan a ellos; o que no los acompañan para hacer las compras que ellos quisieran hacer y lo que es bastante frecuente, no podría decir qué porcentaje representa porque no cuento en este momento con las estadísticas, es que no los alimentan, no les dan la comida que tienen que darles. No significa que no les den alimento, sino que a los viejos muy frecuentemente los dientes nos fracasan, nos abandonan. Por lo tanto, hay que llevar al viejo al dentista para hacer una intervención, cambiar un colmillo o una muela, y esto cuesta mucha plata. Más para hacer lo que hay que hacer en una boca que empieza a estropearse, porque hay que hacer un implante acá y otra cosa allá, y una por arriba y una por abajo. Por ello, necesitamos comida blanda, necesitamos comer como bebés muchas veces porque estamos en tratamiento y muchas veces la comida tiene que ser molida con la maquinita de moler, lo cual es una lata porque alguien tiene que hacerlo y presentarnos esa comida, ya que, de lo contrario, no podemos comer, o bien llevarnos la comida muy cortadita para que no tengamos que masticar, porque no podemos hacerlo.

Esto me hace recordar un programa de televisión, de hace muchos años, en el que Gianni Lunadei interpretaba a un *nonno*. El actor principal era Rodolfo Ranni, que hacía de hijo. El abuelo estaba caricaturizado y nos hacía reír mucho. Estaba sentado en un sillón hamaca y entraban los nietos y corrían alrededor de la mesa y había un nieto que siempre hacía disparates y entonces el padre les decía: "¡Que lo asustan al *nonno*!". El *nonno* estaba en una silla vestido con un pijama y una gorra y estaba con la mandíbula sacada para fuera, sin dientes, y siempre tenía un tazón en el que mojaba pan o galletas para poder comerlos. Lo hacía con tanta gracia que realmente era para reírse y su cara era muy expresiva, era un actor de primer nivel.

Todo esto venía a decirles, ya que en la familia el *nonno* es una carga, porque todos pueden comer lo que sea, pero al *nonno* hay que hacerle comida blanda. Y forma parte de la carga que significamos cuando nos ponemos viejos, porque somos molestos en todos los sentidos, somos realmente una carga.

En familias como las actuales, en las que todo es vertiginoso, en las que los chicos están corriendo, los adultos están corriendo, en las que todo es mal genio, todo es mal carácter, todo es preocupación, todo es llegar al límite, estar al borde siempre de todo, y nosotros no podemos correr, no podemos seguirles el ritmo, ya no podemos, aunque queramos, ni en velocidad de pensamiento a veces. Algunos llegamos a viejos y estamos rápidos mentalmente, pero no todos, no todos; entonces, no podemos seguir el ritmo frenético de hoy en día en ninguno de los niveles. Y a causa de ello nos vamos quedando atrás. Y somos realmente una carga. Lo que supone y se espera "moralmente", entre comillas, es que debe tenerse un amor intenso hacia los padres, que, además de la vida, nos dieron educación y otras cosas, un amor sacrosanto, idealizado, y que

los hijos deberían ser maravillosos y brindar una atención indefinida para esos padres adorados. Realmente es todo mentira. La vida no es así. Ni los hijos están contentos de poder ayudar a esos padres ni los padres están contentos de haber crecido y de ver felices a sus hijos. No funciona así. Los viejos tenemos que adquirir una sabiduría y una paz que no resulta del medioambiente en el que estamos, sino que resulta de lo propio que cada una haga y de lo que ha hecho durante su vida.

**—¿Cuáles son los desafíos a los que nos enfrentamos y qué cambios deberían impulsarse tanto a nivel normativo como sociocultural para favorecer la integración y el respeto de las personas mayores?**

—A nivel normativo, recuerdo que en la época de Perón se había escrito el Decálogo de la Ancianidad<sup>4</sup>. Era realmente muy bueno, de contenido irreprochable. Deberíamos ponerlo de moda, debería utilizarse tal como está, sería lo políticamente correcto. Pero ya sabemos que la política no siempre es lo políticamente correcto.

Ahora, ¿qué es lo que hay que hacer? Lo que hacen ustedes. Confío siempre en la lucha y en la repetición. La repetición es lo que hay que hacer, volver y volver y volver. Sobre todo en las escuelas, hay que hacerlo de modo entretenido para que los chicos no se hartan porque si dicen: "Vamos hablar de los abuelos", los chicos comienzan a golpear las tapas del banco. Hay que hablar de los viejos en las tribus y de los viejos sanadores y de los viejos que hacían cosas extraordinarias, de los brujos. Hay que arrancar por la cosa extravagante. Les recordaría al padre de la kryptonita. ¿Se acuerdan de la famosa película *Superman*? Marlon Brando aparece caracterizado muy viejo, canoso, era realmente un viejo fenomenal. Entonces citaría esa película, en la que el viejo aparece idealizado como un ser todopoderoso que sobrevive a algo tan fantástico como la kryptonita.

Es decir, la repetición y la repetición, la lucha sobre la repetición. Porque hay luchas que son frontales, como sacarle la silla al que se va a sentar, es decir, son luchas sobre la ridiculez. Hay luchas que son como el bisonte, baja la cabeza y embiste. Hay luchas como la de la serpiente, que entra de costadito. Pero la lucha en la que yo creo es la de la repetición. Darle y darle y volver sobre ello. No retroceder nunca y volver y volver. Hablar una y otra vez de los viejos.

Esto me hace pensar en mis propias luchas. El Programa que coordino fue bautizado por mí en 2006 como "Las víctimas contra las violencias" y la gente de aquel entonces estuvo de acuerdo. Así, empecé

4. Ver Anexo Documental p. 257.

a mandar los escritos con el sello de "Las víctimas contra las violencias" y los administrativos del Ministerio, que en ese entonces era el Ministerio del Interior, me mandaban los escritos dirigidos al programa de "Asistencia a las víctimas" y se los devolvía diciendo que el programa se llamaba "Las víctimas contra las violencias", y los administrativos no entendían y me lo volvían a mandar, y yo se los volvía a mandar. Y en cada envío agregaba una hoja impresa en la que explicaba el porqué de ese nombre, que no es caprichoso, sino que la preposición "contra" tiene un sentido. Las víctimas se oponen a la violencia y además le hacen frente al Estado con gente del Estado que va a auxiliarlas.

Este chiste duró desde 2006 hasta 2013, con expedientes que iban y venían.

Finalmente, en 2013 se publicó en el *Boletín Oficial* que la denominación del Programa será "Las víctimas contra las violencias". Todo ese tiempo me llevó hasta que alguna autoridad lo leyó y se hizo cargo. Por eso les digo: repitan. No se cansen de pelear y repetir.

## Homenaje a una ambientalista: Yolanda Ortiz.

### Marcelo Alberto López Alfonsín

Doctor (UBA), Área Derecho Constitucional, magíster en Ambiente Humano de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora y juez en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la CABA.

Hace poco tiempo falleció una gran ambientalista. Su nombre: Yolanda Ortiz.

Fue la primera secretaria de Ambiente y Recursos Naturales que tuvo la Argentina. Lo fue en la última presidencia de Juan Domingo Perón, allá por 1973.

El "Mensaje a los pueblos del mundo" que el viejo general envió desde Madrid a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente Humano de Estocolmo, 1972, fue la carta de navegación de su gestión al frente de esa secretaría de Estado. Ese texto —que seguimos leyendo hoy con admiración por la claridad de la visión del estadista que hizo a Perón estar al menos 20 años por delante de la política argentina— puso en un gabinete dominado por hombres a esta mujer riojana, quien intentó llevar adelante un discurso de vanguardia en tiempos violentos como los que signaron los años setenta. Renunció a poco de la muerte de Perón, amenazada por la Triple A, y se llevó al exilio esa experiencia que había puesto a la Argentina entre las primeras naciones con una autoridad ambiental nacional. Solo Estados Unidos y su *National Environmental Agency* creada en 1970, fueron contemporáneos, para tomar una idea de lo que significa en términos históricos.

Ya en los noventa vendría también de La Rioja otro presidente que repitió esa iniciativa dentro de la agenda de las políticas públicas. Menem nombró en ese cargo a María Julia Alsogaray, aunque poco quedó del sabio discurso de Perón de 1972. Eran los tiempos del neoliberalismo. Pero Yolanda Ortiz estaba de vuelta en nuestro país después de la recuperación democrática de 1983 y trabajaba entonces codo a codo con Antonio Cafiero. En 1992, este último asume la Comisión de Recursos Naturales del Senado de la Nación, el mismo año de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo de Río de Janeiro, recordada como la "Cumbre de la Tierra". Y Cafiero propone cambiar el nombre de esa comisión parlamentaria por Ecología y Desarrollo Humano, pronosticando por anticipado lo que en 1994 se transformaría en el nuevo paradigma ambiental constitucional impulsado por él como convencional constituyente.

El modelo de desarrollo económico que agota los recursos naturales —renovables y no renovables— como consecuencia de la explotación irracional es censurado por el texto constitucional. El desarrollo debe ser compatible con la preservación de los recursos naturales renovables y no renovables que son vitales para el ser humano, no solo como autoprotección de la actual generación, sino como un deber de esta hacia las venideras, que sufrirán las consecuencias perniciosas del uso irracional de los recursos. Constituye una verdadera obligación de solidaridad intergeneracional.

La novedad más importante del nuevo texto constitucional la trae la expresión "apto para el desarrollo humano". La Constitución Argentina es la primera en el mundo que recoge este novísimo concepto, en consonancia con la moderna y progresista visión de los informes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elaborados a partir de 1990, y cuyo texto fue presentado en 1994, en Santa Fe, en plena Convención Nacional Constituyente. Una de sus presentadoras: Yolanda Ortiz.

La introducción de la expresión "desarrollo humano" plantea un claro pronunciamiento del constituyente en torno a los parámetros que deben ser considerados en la toma de decisiones gubernamentales, cuando están en juego las condiciones para la vida humana, en lo que hace a su dignidad, calidad e igualdad. Se trata de un verdadero programa de políticas públicas en el que debe estar

presente una nueva noción de la equidad en su versión intergeneracional, el que deberá concretarse mediante los institutos desarrollados por la evolución del constitucionalismo en su vertiente social y de pleno reconocimiento a los derechos de incidencia colectiva. El valor "desarrollo humano" funciona como una suerte de centro de confluencia, toda vez que para que su vigencia quede garantizada es imperioso que se verifiquen determinados elementos objetivos y subjetivos que en su conjunto hacen posible una existencia que se desenvuelva en un contexto de igualdad y dignidad. Por consiguiente, como señala Sabsay en su *Constitución Comentada*:

[...] desarrollo humano importa una idea de evolución, de progresión hacia un techo de las condiciones de vida que se va elevando y que debe concretarse en una tendencia creciente hacia la satisfacción de aquellas necesidades que hacen a la igualdad y a la dignidad de la existencia humana, sin olvidar la calidad de vida que surgirá de las condiciones del entorno en que la misma transcurre.

Tuve el honor de trabajar con Yolanda Ortiz en esos años noventa, siendo ella secretaria de la comisión de Ecología y Desarrollo Humano. Vi cómo los informes del PNUD sobre desarrollo humano se transformaron en el discurso de Perón hecho política, y entendí qué era ser ambientalista.

Va por ello mi homenaje.

# La vejez de las mujeres en la Argentina. ¿En qué se parecen y en qué difieren las adultas mayores de ayer y de hoy?\*

## Victoria Mazzeo

Dra. en Ciencias Sociales (FLACSO).  
Jefa del Departamento de Análisis  
Demográfico – DGEYC – GCBA. Profesora  
de la UBA e investigadora del Instituto  
Gino Germani (FSOC-UBA).

\*La presente ponencia fue presentada  
en la Mesa N° 54 "Envejecimiento  
y Sociedad", de las XII Jornadas de  
Sociología de la Universidad de Buenos  
Aires, "Recorridos de una (in)disciplina.  
La sociología a sesenta años de la  
fundación de la carrera" – 22 al 25 de  
agosto de 2017.

## Resumen

El artículo pretende responder la pregunta: ¿qué diferencias existen entre las adultas mayores actuales y las de décadas pasadas?

A partir de un abordaje cuantitativo, se muestra la feminización de la vejez y se indagan los cambios en las características de las adultas mayores en los últimos treinta años. El universo son las mujeres de 65 años y más. Las fuentes de datos son los últimos cuatro censos nacionales de población (1980, 1991, 2001 y 2010).

Los cambios sociales del rol de la mujer en la sociedad y en la familia se relacionan con su incorporación a los niveles más altos de educación, el aumento de su participación laboral y de la cobertura previsional, los cambios en las dinámicas matrimoniales y de pareja y en la jefatura del hogar. Los indicadores seleccionados permiten conocer la magnitud de las variaciones en estas dimensiones, en cada uno de los censos mencionados.



## Introducción

El envejecimiento en las sociedades desarrolladas fue lento, lo que permitió adaptaciones sociales y económicas. En cambio, en los países en desarrollo, este proceso está ocurriendo relativamente más rápido, surgiendo como consecuencia problemas críticos de pobreza y desigualdad (Ham-Chande *et al.*, 2009). Por este motivo, el envejecimiento demográfico ha pasado a ser una temática relevante en la investigación sociodemográfica de América Latina.

Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento es el resultado del cambio en las tendencias de la fecundidad y en menor medida de la mortalidad y de las migraciones, y su significado en las sociedades contemporáneas se encuentra relacionado con el aumento numérico de la proporción de personas de edad avanzada en el seno de ellas. Es un cambio profundo que repercute en todas las facetas de la vida humana.

No existe consenso acerca del "umbral" a partir del cual se considera que la población es adulta mayor. Laslett (1995) expresa que ese umbral es una construcción social que no responde totalmente a factores biológicos o psicológicos individuales, sino más bien a un "estado adscripto" socialmente aceptado. Este autor distingue una "cuarta edad", que comenzaría en los 80 años y que se refiere a la etapa de mayor dependencia, por el deterioro de las condiciones físicas o mentales y que se distingue de la etapa de retiro de la actividad económica que se sitúa en los 65 años.

Tampoco existe acuerdo entre los especialistas en gerontología en que se trate de un grupo muy heterogéneo. Para algunos, esa heterogeneidad se debe a los procesos sociales que generan desigualdad en el curso de la vida y, para otros, es una expresión de la individualidad (Oddone, 2012). No hay una vejez, sino distintas vejezes.

El envejecimiento en América Latina y el Caribe aún tiene una magnitud razonable, si bien existen diferencias en su interior. En 2010, la Argentina figura entre los países que superaban el índice de envejecimiento promedio de la región junto a Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (CEPAL, 2011). No obstante, se espera que los países que aún se encuentran en las etapas más tempranas del proceso continúen acrecentando la proporción de personas de edad avanzada, con un ritmo más rápido que en el pasado.

Según los datos del último censo nacional, en la Argentina el porcentaje de población de 65 años y más alcanzaba el 10,2%, con un diferencial por sexo (varones 8,6% y mujeres 11,8%). Este fenómeno encuentra su explicación en la sobremortalidad masculina que se ha registrado a través del tiempo en todos los grupos de edad, por lo que se observa, de esta manera, una mayor proporción de población femenina en las edades más avanzadas.

Si se considera a una sociedad "envejecida" cuando esta proporción supera el 7 por ciento, este proceso se inicia en el país ya en 1970. Su crecimiento ha sido del 45,7% a lo largo de 40 años y fue más acelerado para las mujeres (55,3%). Es decir, en la Argentina desde 1970 se asiste a un proceso de feminización del envejecimiento.

Por este motivo, sumado a los cambios sociales del rol de la mujer en la sociedad y en la familia, se consideró interesante indagar en qué se parecen y en qué difieren las adultas mayores de ayer y de hoy.

## Metodología

El objetivo del artículo es responder las preguntas: ¿cómo fueron cambiando las adultas mayores? ¿En qué se parecen y en qué difieren las adultas mayores actuales y las de décadas pasadas? Se parte del supuesto de que los cambios del rol de la mujer en la sociedad y en la familia incidieron en las características de la "vejez".

Se utilizan como fuente de información los últimos cuatro censos nacionales de población. En cada uno, el universo son las mujeres de 65 años y más que habitaban en el país. Los indicadores seleccionados toman en cuenta distintas dimensiones. Respecto de las características socioeconómicas: el máximo nivel educativo alcanzado, que se relaciona con las actividades económicas que han desarrollado en su vida activa; la condición de actividad; la percepción de jubilación o pensión, que influyen sobre su calidad de vida actual. La situación conyugal permite ilustrar el tema de la compañía en la vejez y se ve reflejada en la posición (jefa o no) y en la composición del hogar en el que reside.

Los indicadores se obtuvieron, con los datos publicados para cada censo de población, para las mujeres de 65 años y más, debido a la falta de comparabilidad entre ellos de la apertura de los grupos por edad. Para el Censo

2010, con el objeto de observar en qué edades se encarnaron los cambios, se procesó *online* por grupo quinquenal de edad.

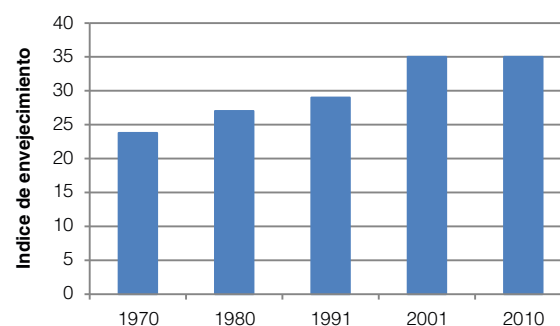
### La feminización de la vejez en la Argentina

El proceso de envejecimiento de la población de la Argentina se inicia en 1970 y desde un comienzo fue diferencial por sexo. Se consideró interesante presentar el panorama de este proceso entre 1970 y 2010, a través de cuatro indicadores que reflejan su evolución, y mostrar para los extremos del período las heterogeneidades por jurisdicción. Estos indicadores son: índice de envejecimiento; porcentaje de población de 65 años y más por sexo; porcentaje de 80 años y más por sexo, y porcentaje de mujeres adultas mayores por grandes grupos de edad.

El índice de envejecimiento es un indicador que muestra la capacidad de renovación de una población. Cuanto más alto es su valor, más acentuado es el descenso de la capacidad de una población para renovarse. Relaciona la población de 65 años y más respecto de la que tiene menos de 15 años. Revela cómo las personas mayores van reemplazando a los niños y jóvenes (CEPAL, 2011). Se evidencia que en 1970 se registraban cerca de 24 adultos mayores por cada 100 menores y que esta relación crece hasta 35 en este siglo (Gráfico 1). Este índice muestra la importancia del descenso de la fecundidad; debe recordarse que, al promediar el siglo XX, los niveles de la natalidad indicaban que la transición demográfica estaba completa. Si su nivel fuera mayor a 100 y de mantenerse las actuales condiciones, no habría reemplazo en esa población, ya que los niños actuales no lograrían sustituir a los ancianos.

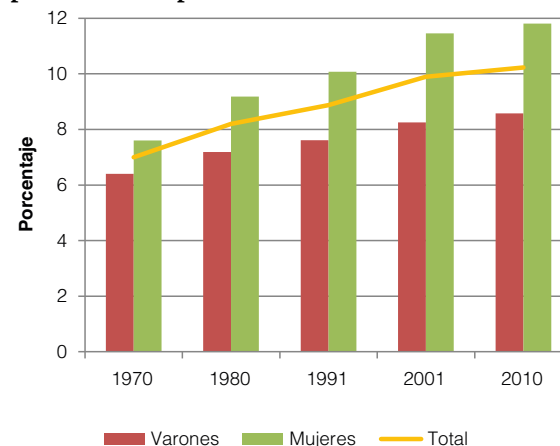
El porcentaje de población de 65 años y más para ambos sexos creció en forma ininterrumpida del 7% al 10,2% (Gráfico 2), si bien se destaca la aceleración de su crecimiento a partir de este siglo, especialmente en las mujeres.

**Gráfico 1. Índice de envejecimiento de la población. Total país. 1970-2010**



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos censales.

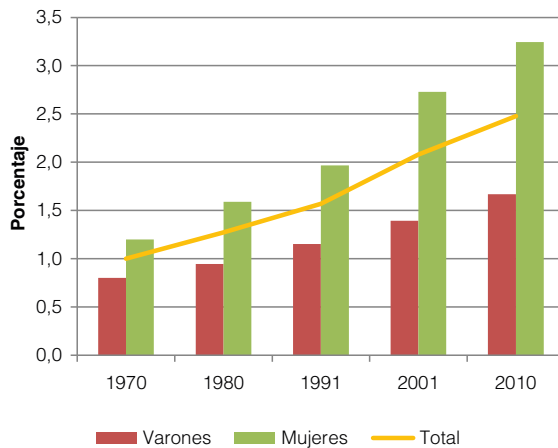
**Gráfico 2. Porcentaje de población de 65 años y más por sexo. Total país. 1970-2010**



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos censales.

La prolongación de la vida, es decir, el aumento de la esperanza de vida al nacer, acaeció de manera gradual durante el período analizado y su influencia se observa en la importancia creciente de las personas de 80 años y más (Gráfico 3). Entre 1970 y 2001, más que se duplica la participación de la "cuarta edad" en los varones y en las mujeres se triplica. Las tablas de mortalidad de 2008-2010 muestran que, en promedio, los varones de 65 años tienen por delante 15 años y a los 80 años cerca de 7 años. Estos valores para las mujeres son más altos, de 19 años y 9 años, respectivamente.

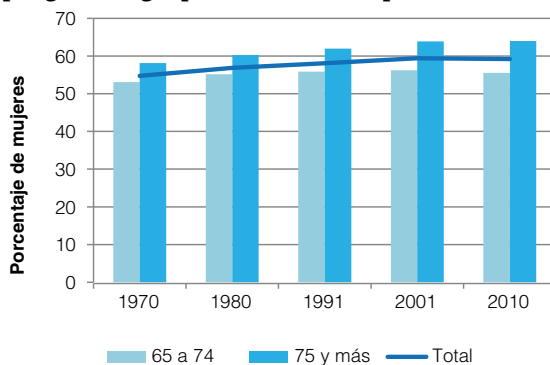
**Gráfico 3. Porcentaje de población de 80 años y más por sexo. Total país. 1970-2010**



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos censales.

Es sabido que, a partir de los 65 años, se agudiza la sobrevida de las mujeres. Para dar cuenta de la feminización del envejecimiento, se muestra no solo el porcentaje de mujeres en el grupo de 65 años y más, sino que, además, se discrimina en dos grandes grupos (Gráfico 4). Se destaca que, entre 1970 y 2010, mientras en el grupo de 65-74 años la importancia de las mujeres aumenta 2 puntos porcentuales, en el grupo de 75 años y más lo hacen 6 puntos porcentuales.

**Gráfico 4. Porcentaje de mujeres adultas mayores por grandes grupos de edad. Total país. 1970-2010.**



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos censales.

Es interesante destacar que el proceso de envejecimiento de la población de la Argentina presentó diferencias regionales. Con el propósito de evidenciarlas, se muestran los porcentajes de población de 65 años y más por jurisdicción para los años extremos del período analizado (Gráfico 5). A fin de analizar el comportamiento del envejecimiento en cada una de las jurisdicciones, se consideró necesario mostrar no solo la variación relativa porcentual, sino también el nivel del que partieron (Cuadro 1).

En el cruce de ambos indicadores, de las nueve categorías posibles hay tres que están vacías. En realidad, serían las extremas: nivel y crecimiento bajo y alto nivel y crecimiento medio y alto. Además se destacan dos categorías, cada una de ellas con una jurisdicción. La Ciudad de Buenos Aires con importancia alta al comienzo del período y que debido a ese nivel su crecimiento fue bajo y Mendoza donde su nivel era medio y el incremento fue alto.

Luego se encuentran las provincias que partieron de niveles bajo; de ellas, siete tuvieron crecimientos medios (Chaco, Misiones, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego) y cuatro, altos (Chubut, Formosa, Jujuy y Neuquén). Por último, las de nivel de partida medio: cinco con crecimiento bajo (Catamarca, Corrientes, La Rioja, Santa Fe y Santiago del Estero) y seis con crecimiento medio (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, San Luis y Tucumán). Resultado de este proceso, en 2010, solo cuatro provincias no tienen poblaciones envejecidas, o sea, registran menos del 7% de población de 65 años y más, ellas son Misiones, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego. En el otro extremo, hay seis provincias, junto con la Ciudad de Buenos Aires que tienen más del 10%: Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza y Santa Fe. De ellas sobresale la Ciudad con 16,4% (Gráfico 5).

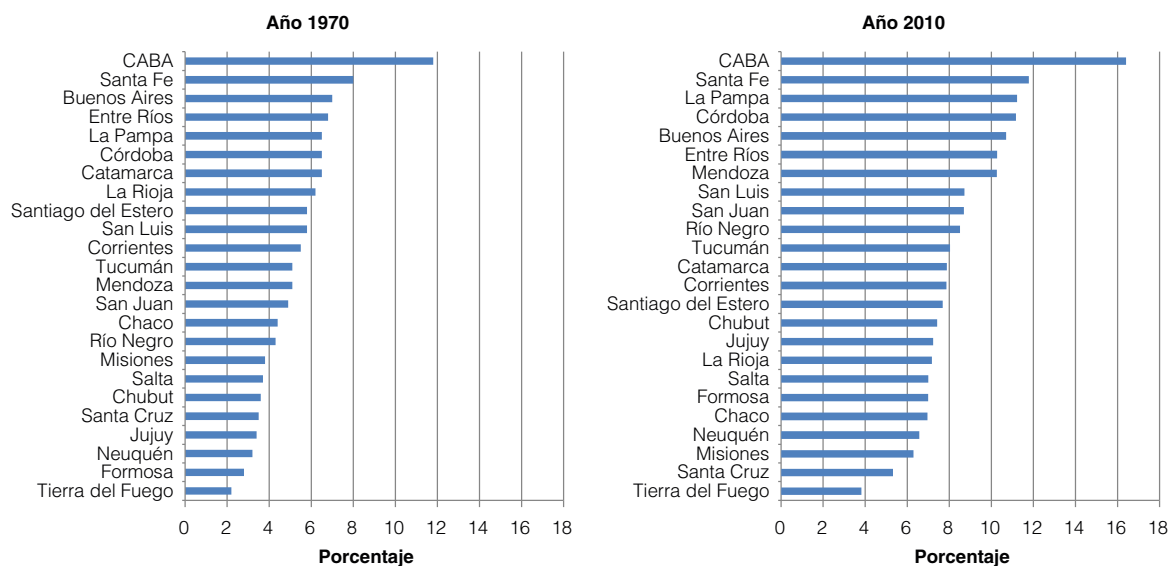
Evidentemente, en el siglo XXI, en todas las jurisdicciones se registró el progresivo incremento de la población adulta mayor, si bien algunas provincias, especialmente del sur y del nordeste presentan niveles reducidos.

**Cuadro 1. Crecimiento del envejecimiento por jurisdicción según nivel de partida. Total país. Años 1970-2010**

Nivel de partida	Incremento		
	Bajo (- de 50%)	Medio (50 - 99%)	Alto (100% y +)
<b>Bajo (- de 5 %)</b>		Chaco - Misiones - Río Negro - Salta - San Juan - Santa Cruz - Tierra de Fuego	Chubut - Formosa - Jujuy - Neuquén
<b>Medio (5 - 8 %)</b>	Catamarca - Corrientes - La Rioja - Santa Fe - Sto. del Estero	Buenos Aires - Córdoba - Entre Ríos - La Pampa - San Luis - Tucumán	Mendoza
<b>Alto (9% y +)</b>	Ciudad de Buenos Aires		

Fuente: elaboración propia en base a datos censales.

**Gráfico 5. Porcentaje de población de 65 años y más según jurisdicción. Total país. 1970 y 2010**



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos censales.

## Las adultas mayores de ayer y de hoy

El objetivo del artículo es responder los interrogantes que brinden un panorama respecto de las características de las adultas mayores: ¿cómo fueron cambiando a lo largo del tiempo? ¿En qué se parecen y en qué difieren las adultas mayores de ayer y de hoy? Es decir, conocer cómo han vivido y cómo viven la etapa final de sus vidas las "jóvenes de ayer", describiendo los principales cambios sociales y económicos. Se estima un insumo de interés crucial para el diseño de políticas de población que deberán considerar cómo crear las condiciones más favorables para su vida y su bienestar.

A partir de los años 60, se asistió a la redefinición del rol de la mujer en la sociedad, en las relaciones de género y en la institución familiar. El matrimonio empezó a dejar de ser visto como un mero ámbito de reproducción. Las mujeres comenzaron a aumentar su participación laboral, a un ritmo lento hasta los 60 y más acelerado en las décadas siguientes, debido a su incorporación en los niveles más altos de educación (Mazzeo, 2010, 2016). Probablemente, estos cambios hayan incidido en la evolución de los arreglos residenciales de las adultas mayores a través del tiempo.

Para examinar los cambios registrados en las mujeres de 65 años y más del total del país, se utilizaron los datos de los cuatro últimos censos nacionales de población. Los indicadores seleccionados toman en cuenta distintas dimensiones. El máximo nivel educativo alcanzado, que se relaciona con las actividades económicas que han desarrollado en su vida activa. La condición de actividad en la vejez y la percepción de jubilación o pensión, que influyen sobre su calidad de vida actual. La situación conyugal que permite ilustrar el tema de la compañía en la vejez y se ve reflejada en la posición (jefa o no) y en la composición del hogar en el que reside.

Los indicadores seleccionados (Cuadro 2) permiten observar la magnitud de las variaciones en el grupo de adultas mayores respecto de su educación, trabajo, seguro previsional, comportamientos nupciales y familiares, en cada uno de los censos utilizados. Cabe aclarar que la composición etaria de este grupo se ha modificado en el tiempo, incrementándose la participación del grupo de 80 años y más, debido a la prolongación de la vida. También se incorporaron nuevas generaciones que fueron modificando sus características. A modo de

ejemplo, el grupo analizado con datos del Censo de 1980 son generaciones nacidas antes de 1916, mientras que en el Censo de 2010 nacieron antes de 1946. Por lo tanto, los datos son valores promedio del grupo de 65 años y más, y los cambios que se presentan en sus características están afectados por la generación de pertenencia.

Al analizar los datos del máximo nivel educativo alcanzado, se observa que el porcentaje con al menos secundario completo aumentó más de tres veces y el de superior y universitario completo y más casi ocho veces. Evidentemente, la incorporación de las mujeres a los niveles más altos de educación es un fenómeno de las últimas décadas, comenzó a un ritmo lento hasta los 60 y más acelerado en las décadas siguientes. Probablemente, esto les permitió un cambio sustantivo en materia de desempeños sociales.

Otro factor importante en la transformación del rol de la mujer fue la ampliación de su autonomía económica, debido al incremento de sus niveles de escolaridad. Se ha demostrado (Wainerman, 2005; Torrado, 2007 y 2003, y Wainerman y Geldstein, 1996) que las mujeres con mayores niveles educativos tienen pautas conyugales y de participación en la actividad económica diferentes a las de quienes no pasaron los niveles educativos más bajos. Como consecuencia de esto, también fue aumentando la percepción del seguro social.

La evidencia empírica muestra que la tasa de actividad económica creció cerca de 6 veces, y llegó al 19% en 2010. Es decir, las mujeres estarían extendiendo su participación económica más allá de los 65 años. Relacionado con este tema, se observa el importante aumento de la percepción de jubilación o pensión. Entre 1991 y 2010, se incrementó 31,4%, llegando a cubrir más del 90% de las adultas mayores. Esta situación probablemente también es consecuencia de las condiciones de bienestar presentes hasta la década del 70, así como de las posteriores reformas en seguridad social que beneficiaron a una amplia cantidad de adultas mayores antes excluidas (Peláez y Félix-Ferreras, 2010).

En lo que se refiere al estatus conyugal, su evolución es muy estable y solo se destacan dos cambios: el aumento de la participación de las separadas/divorciadas y del porcentaje de unión consensual en el total de unidas. Parecería que la transformación del rol de la mujer, sumado a la sanción del divorcio vincular, ha modificado también sus patrones conyugales.

**Cuadro 2. Mujeres de 65 años y más. Indicadores seleccionados. Total país. Años 1980-2010**

Indicador seleccionado	1980	1991	2001	2010
<b>Máximo nivel educativo alcanzado</b>				
% de secundario completo y más	7,4	11,2	15,8	24,5
% de superior y universitario completo y más	1,1	2,6	4,6	8,5
<b>Arreglos residenciales</b>				
% de jefatura en total jefes	6,0	7,6	9,3	9,7
<b>Tipo de hogar</b>				
% en hogar unipersonal	14,0	21,8	24,4	26,3
% en hogar nuclear	26,9	33,9	35,2	37,1
% en hogar extendido/compuesto	59,1	42,7	39,4	35,6
% en hogar multipersonal no filiar.	-	1,6	1,0	1,0
<b>Status conyugal</b>				
% soltera	12,3	10,5	10,1	9,4
% en unión	34,8	34,2	34,8	41,2
% viuda	51,4	52,5	50,4	45,0
% separada/divorciada	1,5	2,8	4,7	4,4
% en unión consensual en total unidas	8,0	8,8	10,8	15,1
<b>Condición de actividad</b>				
Tasa de actividad	3,2	9,0	8,5	18,9
<b>Seguro previsional</b>				
% percibe jubilación o pensión	...	70,0	68,6	92,0

Fuente: elaboración propia en base a datos censales.

Como ya se señaló, la situación conyugal permite ilustrar el tema de la compañía en la vejez y se ve reflejada en la posición y en la composición del hogar. La evidencia empírica muestra que en las sociedades más avanzadas en la transición demográfica se observan altas participaciones de adultos mayores viviendo solos (Pérez Amador, 2005). Los datos de los censos argentinos muestran que el peso relativo del hogar unipersonal casi se duplicó en treinta años. Por otro lado, se redujo la participación de los hogares extendidos y compuestos y aumentó la de los hogares nucleares. Es decir, también se modificaron las pautas de convivencia, quizás debido al descenso de la fecundidad, el incremento de la esperanza de vida masculina y la prolongación de la vida en común.

Un hecho por destacar es la mayor participación de la jefatura femenina de las adultas mayores en el total de hogares del país. Esta aumentó el 60% entre los extremos

del período analizado. En 2010, cerca del 10% de los hogares del país tenían jefatura femenina adulta mayor.

Ahora bien, con el objeto de profundizar el análisis y gracias a la oportunidad del procesamiento *online* del Censo de 2010, a continuación se presentan los indicadores de las mujeres de 65 años y más, pero abierto por grupo etario.

En el Cuadro 3, se muestra el comportamiento de los indicadores para cuatro grupos: 65-69 años, 70-74 años, 75-79 años y 80 años y más. Se considera que puede aportar para el análisis de los cambios y continuidades en las trayectorias vitales de las mujeres que alcanzaron la vejez y permite comprender los cambios presentes y prever los futuros (Pérez Díaz, 2003).

Como puede observarse, la importancia relativa de las dos categorías seleccionadas de máximo nivel educativo alcanzado se ha modificado según el grupo etario. Si bien con distintos niveles, a menor edad, ambas

**Cuadro 3. Mujeres de 65 años y más. Indicadores seleccionados por grupo de edad y generación. Total país. Año 2010**

Indicador seleccionado	65-69	70-74	75-79	80 y +
<b>Generación (nacidas en)</b>	<b>1941-1945</b>	<b>1936-1940</b>	<b>1931-1935</b>	<b>antes de 1931</b>
<b>Máximo nivel educativo alcanzado</b>				
% de secundario completo y más	30,6	26,3	21,7	18,4
% de superior y universitario completo y más	11,1	8,7	7,1	6,5
<b>Condición de actividad</b>				
Tasa de actividad	30,2	20,6	14,5	7,9
<b>Seguro previsional</b>				
% percibe jubilación o pensión	92,1	95,6	96,5	97,6
<b>Status conyugal</b>				
% soltera	9,8	9,5	9,2	8,8
% casada	49,6	40,8	31,1	16,4
% en unión consensual	7,9	6,9	5,7	4,0
% viuda	25,8	38,1	50,4	68,9
% separada/divorciada	6,9	4,7	3,6	1,9
<b>Arreglos residenciales</b>				
% de jefatura en total jefes	38,3	43,3	48,8	57,4
% de jefatura en total mujeres	44,8	49,5	53,7	54,4
<b>Tipo de hogar</b>				
% en hogar unipersonal	18,7	24,6	30,0	33,5
% en hogar nuclear	48,6	42,1	34,6	21,3
% en hogar extendido/compuesto	24,7	23,5	23,4	27,6
% en hogar multipersonal no filiar.	8,0	9,8	12,0	17,6

Fuente: elaboración propia en base a datos censales.

aumentaron. En 2010, más del 30% de las mujeres de 65-69 años, por lo menos, habían aprobado el secundario; de ellas, más de una tercera parte completaron el superior y universitario.

La tasa de actividad de las mujeres de 65 años y más (18,9%), que figura en el Cuadro 2 para 2010, tiene sus mayores niveles en las menores de 75 años, que son las que tienen a su vez mayores credenciales educativas. El 30% de las mujeres de 65-69 años son económicamente activas. Por otro lado, a medida que las mujeres envejecen es esperable que disminuya el peso relativo de las activas. Entre los grupos de 65-69 años y de 75-79 años, la tasa de actividad se reduce a la mitad.

Relacionada con esta temática, se encuentra la percepción de jubilación y/o pensión. A mayor edad es

mayor la cobertura previsional y menor la tasa de actividad. Esto se relaciona con la sobremortalidad masculina y la posibilidad de las mujeres alguna vez unidas de percibir una pensión de sus parejas y la posibilidad de cobrar ambos beneficios o solo la pensión. Por otro lado, se destaca en los grupos más jóvenes la necesidad de trabajar al mismo tiempo.

En cuanto a la situación conyugal, debido a la sobremortalidad masculina, se observa la disminución progresiva de las mujeres en unión y el aumento de las viudas. Hay otros hechos destacables: la participación de las solteras, de las unidas consensuales y de las separadas-divorciadas, aunque con distintos niveles, es mayor a menor edad. Esto se relaciona con los cambios en los comportamientos conyugales: mayor soltería definitiva,

la posibilidad del divorcio vincular y la modificación del tipo de unión con el aumento de la consensualidad.

Por último, la composición de los arreglos residenciales. En el caso de los adultos mayores, la cohabitación con la familia es considerada parte de la red de apoyo informal con la que cuenta el adulto mayor. Por otro lado, en estas edades se encuentran en permanente transformación, debido a los cambios en la situación conyugal y en las etapas del ciclo de vida familiar. Estos cambios pueden relacionarse con la salida de los hijos del hogar, la disolución voluntaria de la unión, el fallecimiento del cónyuge o el retorno de los hijos (Mazzeo y Gil, 2014).

Se ha afirmado que la configuración de los arreglos residenciales de los adultos mayores es uno de los aspectos relacionados de manera más estrecha con el bienestar en las edades avanzadas, por su integración al grupo de pertenencia (Vega Macías, 2004). Al experimentar cambios en la estructura familiar, pueden darse cambios decisivos en el estilo de vida y en el estado emocional y anímico del adulto mayor. Por lo tanto, se ha considerado importante describir el perfil de las adultas mayores según el tipo de arreglo residencial.

En principio, se destaca la participación de las adultas mayores en la jefatura de los hogares. Entre los grupos extremos, existe una diferencia de 20 puntos porcentuales en el peso relativo de la jefatura femenina en el total de hogares, lo que representa a más de la mitad de los hogares en el grupo de 80 años y más (57,4%). La brecha es menor, llega a 10 puntos porcentuales, cuando se tiene en cuenta la participación de la jefatura en el total de mujeres de cada grupo de edad. Así, en el grupo de 65-69 años cerca del 45% es jefa de hogar, mientras que las mujeres de 80 años y más son jefas en el 54,4% de los hogares en los que viven. La jefatura femenina aumenta con la edad.

Estas diferencias se comprueban cuando se analiza la composición de los arreglos residenciales de las adultas mayores. En los grupos etarios más jóvenes, se observa mayor peso de las que viven con su cónyuge o pareja (hogar nuclear) o con otros familiares y no familiares (hogares extendidos y compuestos). Por su parte, en las mujeres de 80 años y más, la participación de estos dos tipos de hogar se reduce, lo que representa menos del 50% y cobran importancia el hogar unipersonal (33,5%) y el multipersonal no familiar (17,6%).

Se ha señalado que la convivencia familiar puede ser una fuente importante de apoyo y afecto, si bien la convivencia con la pareja representa beneficios sentimentales, psicológicos, además de posibilidades de atención y cuidados mutuos (Pérez Amador, 2005). La salud y el bienestar de los adultos mayores responden a distintos factores, entre ellos, el entorno familiar y el social. Lamentablemente, los datos censales no permiten efectuar otras indagaciones, pero es necesario destacar que más de una tercera parte de las adultas mayores en edades avanzadas, en 2010, residían en la Argentina, en hogares unipersonales. Esto evidencia la necesidad de políticas públicas que consideren su bienestar integral.

## Reflexiones finales

El envejecimiento de la población es un proceso que afecta prácticamente a todos los países del mundo. Sin embargo, no tiene el mismo efecto en todas las sociedades. La capacidad de las instituciones públicas para atender las demandas de los adultos mayores, en sociedades que envejecen rápidamente, es extremadamente limitada. Como consecuencia, cada vez es más importante el apoyo informal prestado por la familia.

Los diseñadores de las políticas públicas deben tomar en cuenta la creciente debilidad de las redes de apoyo familiar, dada la transformación en los hogares, así como la ausencia de servicios sociales que garanticen condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada. En particular, para el grupo de 80 años y más que muestra altas tasas de crecimiento y condiciones de especial fragilidad.

De lo contrario, será la familia la que se encargará de cubrir las necesidades de salud y cuidado que requieran las personas de edad muy avanzada. Sobre todo, las mujeres de la familia serán quienes respondan a estas exigencias, a expensas de su realización personal.

Por lo tanto, el conocimiento estadístico acerca del proceso de envejecimiento y la situación de las adultas mayores son decisivos para la planificación, implementación y seguimiento de las políticas públicas. En tal sentido, se espera contribuir con este artículo al conocimiento de este proceso para los distintos actores relacionados con estas políticas.



## Bibliografía

CEPAL, "Envejecimiento poblacional", *Observatorio Demográfico*, N° 12, CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile, 2011.

HAM-CHANDE, Roberto; PALLONI, Alberto y WONG, Rebeca, "El envejecimiento en países en desarrollo: estableciendo lazos para integrar agendas de investigación", *Documentos de políticas de investigación*, N° 22, IUSSP, Francia, 2009.

LASLETT, Peter, "Necessary knowledge: age and aging in societies of the past", en KERTZER, David y LASLETT, Peter (eds.), *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*, The University of California Press, Scholarship Editions, USA, 1995, pp. 3-77.

MAZZEO, Victoria, "Nupcialidad y familia", *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810-2010*, Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010, pp. 273-307.

MAZZEO, Victoria y GIL, Andrea, "Los arreglos residenciales de los adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires", *Actas de las XI Jornadas Nacionales de Debate interdisciplinario en Salud y Población*, Ciudad de Buenos Aires, 15 al 17 de octubre de 2014.

ODDONE, María Julieta, "Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión", en *Revista Población*, Dirección Nacional de Población, Buenos Aires, 2012, pp. 55-65.

PELÁEZ, Enrique; FÉLIZ-FERRERAS, Jafmary. "Transición demográfica y arreglos residenciales de los adultos mayores en República Dominicana y Argentina", *Papeles de Población*, [s.l.], v. 16, N° 63, mar. 2010. ISSN 2448-7147. Disponible en: <<https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8515>>. Fecha de acceso: 25 junio 2019.

PÉREZ AMADOR, Julieta, "Una transición en edades avanzadas: cambios en arreglos residenciales de adultos mayores en 7 ciudades latinoamericanas", en XXV Conferencia Internacional de Población, IUSSP, Tours, Francia, 18 al 23 de julio de 2005.

PÉREZ DÍAZ, Julio, *La madurez de masas*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid, 2003.

REDONDO, Nélica, "Composición por edades y envejecimiento demográfico", en TORRADO, Susana (compiladora), *Población y Bienestar en Argentina del Primero al Segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*, tomo II, Ed. de La Flor, Buenos Aires, 2007, pp. 139-175.

TORRADO, Susana, *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*, Ed. de La Flor, Buenos Aires, 2003.

TORRADO, Susana, "Transición de la fecundidad. Los hijos: ¿cuántos? ¿cuándo?", en TORRADO, Susana (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo bicentenario*, tomo I, Ed. de La Flor, Buenos Aires, 2007, pp. 439-474.

VEGA MACÍAS, Daniel, "Arreglos residenciales de los adultos mayores", en *La situación demográfica de México*, 2004, pp. 43-51.

WAINERMAN, Catalina y GELDSTEIN, Rosa, "Viviendo en familia: ayer y hoy", en WAINERMAN, Catalina (comp.), *Vivir en familia*, UNICEF/Losada, Buenos Aires, 1996.

WAINERMAN, Catalina, *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?*, Lumiere, Buenos Aires, 2005.

# Una mirada desde el Derecho Internacional de los derechos humanos hacia el derecho a la vivienda de las mujeres mayores que habitan en la Ciudad de Buenos Aires

## Verónica Carmona Barrenechea

Licenciada en Ciencia Política (UBA).  
Maestranda en Políticas Sociales (UBA).  
Integrante del equipo de la Secretaría  
Letrada de Derecho Internacional de  
los Derechos Humanos del Ministerio  
Público de la Defensa de la CABA.  
Investigadora del Grupo de Trabajo  
Interdisciplinario de Derechos Sociales y  
Políticas Públicas.

## María Virginia Gorosito

Abogada (UCA). Maestranda en  
Problemáticas sociales infanto-juveniles  
(UBA). Secretaria letrada a cargo de  
la Secretaría Letrada de Derecho  
Internacional de los Derechos Humanos  
del Ministerio Público de la Defensa de  
la CABA.

## Introducción

A nivel global nos encontramos con un proceso de envejecimiento, ya que por primera vez en la historia la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años.<sup>1</sup> Acorde con la Convención Interamericana, "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. Según estimaciones de la ONU, para el año 2050 más del 20% de la población mundial tendrá 60 años o más. En la Argentina, en 2010, el 14,3% de la población tenía 60 años o más, en tanto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires esta población representaba el 21,7% del total. Existe, además, un fenómeno de feminización del envejecimiento, pues la mujer tiende a ser más longeva que el hombre.<sup>2</sup>

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Envejecimiento y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

2. A nivel global, hay 83 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años; entre los mayores de 80 años, solo hay 59 hombres por cada 100 mujeres de más de 80 años, según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Population Ageing and Development*, 2009, Chart. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>.

Si bien las personas sufren discriminación a medida que envejecen, el impacto del envejecimiento es distinto en la vida de las mujeres. El efecto de las desigualdades de género a lo largo de la vida se agrava con la vejez y con frecuencia se basa en normas culturales y sociales hondamente arraigadas. La discriminación que sufren las mujeres de edad suele ser el resultado de una distribución injusta de recursos, malos tratos, abandono y restricción del acceso a servicios básicos.<sup>3</sup>

En atención al fenómeno de envejecimiento y feminización de la vejez, en este artículo nos proponemos realizar un análisis exploratorio sobre el derecho a la vivienda de las mujeres mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Esto fue motivado, entre otras cosas, por el análisis de la base de datos de las actuaciones del Ministerio Público de la Defensa (MPD), pues observamos que un gran número de mujeres mayores se acercaban al MPD para solicitar atención por problemas vinculados a la vivienda.<sup>4</sup>

Por otra parte, la elección de este derecho en particular no es aleatoria, ya que la vivienda es el espacio en el que las personas mayores transcurren la mayor parte del tiempo, por lo que el impacto e importancia que tiene en la vida de las personas es trascendental.

Sobre los ejes de mujeres mayores y derecho a la vivienda efectuaremos, en primer lugar, un repaso sobre los puntos más salientes del desarrollo normativo en materia de derechos de las personas mayores. Seguidamente expondremos los aspectos demográficos y socio-territoriales más destacados de la CABA en relación con las personas mayores, para luego referirnos a las políticas que ofrece la Ciudad de Buenos Aires para dar

respuesta a las problemáticas habitacionales de las personas mayores.

## I. Las mujeres mayores y el derecho a la vivienda: una aproximación normativa

En 1948 se presentó en nuestro país el Decálogo de la Ancianidad, que comprendía diez derechos fundamentales, enunciados por primera vez de manera específica para este sector de la población. En relación con el derecho a la vivienda, lo incluía y entendía como "el derecho a un albergue higiénico, con un mínimo de comodidades hogareñas, que es inherente a la condición humana".<sup>5</sup> Pocos meses después, fue presentado en la Asamblea General de la ONU<sup>67</sup> y adquirió rango constitucional en 1949.

Por otra parte, a nivel internacional ha habido un desarrollo sustantivo y, sin pretensiones de exhaustividad,<sup>8</sup> mencionaremos los antecedentes más relevantes dentro del sistema de las Naciones Unidas y, a nivel interamericano, aquellos vinculados con el derecho a la vivienda.

En 1982, la Primera Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento aprobó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento,<sup>9</sup> que establecía recomendaciones específicas en relación con la vivienda y medio ambiente adecuados para la vida de las personas mayores, que destacaba no solo el significado material de la vivienda sino también el psicológico y social. Revelaba la importancia de diseñar políticas y medidas especiales en materia de vivienda, que respondan a las necesidades de las personas mayores y contribuyan a su desarrollo y autonomía.

3. De acuerdo con la Recomendación General N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (cedaw). Disponible en el Anexo Documental, p. 382.

4. De las estimaciones propias y del análisis de las bases de datos en las que se registran las actuaciones del MPD se indica que entre los años 2014-2018 se iniciaron 7609 casos por derecho a la vivienda. De este total, 1306 de los casos fueron iniciados por personas mayores. De estos consultantes, 746 fueron mujeres y 560, varones, es decir que, el 57% de las consultas de las personas mayores por derecho a la vivienda fueron realizadas por mujeres. Si hacemos un ejercicio sencillo de cálculo de días y de semanas promedio por año, las 746 actuaciones implican que se iniciaron 3,48 casos por semana. Esto implica que, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, aproximadamente, 14 mujeres mayores y muy mayores se presentaron mensualmente en las oficinas del MPD para solicitar acompañamiento y patrocinio frente a su vulneración del derecho a la vivienda.

5. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/195000-199999/196040/norma.htm>

6. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/213%28II%29>

7. POCHTAR, Nora y PSZEMIAROWER, Santiago Norberto (Coord.), *Personas adultas mayores y derechos humanos*, 1a ed., Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos, Buenos Aires, 2011.

8. Para profundizar este tema ver artículo "El derecho al cuidado de las personas mayores" de Laura Pautassi disponible en esta publicación, pág. 201 y DABOVE, María Isolina, "Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas", *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16 (1), 2016.

9. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan\\_de\\_accion\\_internacional\\_de\\_viena\\_sobre\\_el\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf)

Posteriormente, en 1991, se adoptaron los Principios de la ONU en favor de las personas de edad.<sup>10</sup> El principio 1º, ubicado en el capítulo sobre independencia, establecía: "Las personas de edad deberán: tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia".

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas publicó en 1995 la Observación General N°6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores<sup>11</sup> y, en lo que al derecho a la vivienda respecta, recogió lo establecido en 1982 en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento y en los Principios de la ONU en favor de las personas de edad, de 1991.

En 2002, se llevó adelante la Segunda Asamblea sobre Envejecimiento, en la que se aprobó la Declaración Política y el Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento.<sup>12</sup> Allí se abordó exhaustivamente el derecho a la vivienda de las personas mayores, haciendo hincapié en la asequibilidad, adaptabilidad y accesibilidad; se promovió el mejoramiento del diseño ambiental, la independencia y la disponibilidad de transporte accesible y económicamente asequible.

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) emitió en 2010 la Recomendación General N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos,<sup>13</sup> en la que destacó: "El efecto de las desigualdades de género a lo largo de la vida se agrava con la vejez y con frecuencia se basa en normas culturales y sociales hondamente arraigadas. La discriminación que sufren las mujeres de edad suele ser el resultado de una distribución injusta de recursos, malos tratos, abandono y restricción del acceso a servicios básicos". Así, recomendó a los Estados Parte la adopción de medidas necesarias para que las mujeres tengan acceso a una vivienda adecuada y accesible y "que se eliminen todos los obstáculos,

arquitectónicos o de otro tipo, que merman su movilidad y las conducen al confinamiento forzoso". Asimismo, llamó a los Estados a prestar servicios sociales que permitan que las mujeres de edad permanezcan en su hogar y vivan independientemente mientras sea posible. De igual manera, instó a abolir las leyes y prácticas que afectan negativamente el derecho de las mujeres de edad a la vivienda, la tierra y la propiedad, y a proteger a las mujeres de edad contra los desalojos forzados y la falta de hogar.

Además, en 2010 se conformó el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre Envejecimiento<sup>14</sup> de las Naciones Unidas. Este grupo fue creado con la finalidad de desarrollar la propuesta de un instrumento jurídico internacional a nivel universal para "promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad, sobre la base del enfoque holístico adoptado en la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación, así como la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer...".<sup>15</sup>

Asimismo, en septiembre de 2013, se creó en la órbita de las Naciones Unidas el cargo de Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad.<sup>16</sup>

Por otra parte, las personas mayores han sido incluidas en la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible en su Objetivo 11º sobre "Ciudades y comunidades sostenibles" cuya meta 11.2<sup>17</sup> incluye específicamente a las personas mayores.<sup>18</sup>

10. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

11. COMITÉ DESC, Observación General N° 6. Disponible en el Anexo Documental, p. 371.

12. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

13. Disponible en el Anexo documental, p. 382.

14. Creado mediante la Resolución A/RES/65/182. Disponible en Anexo Documental, p. 392

15. NACIONES UNIDAS, Asamblea General, Resolución General N° 67/139 *Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad*. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/67/139>

16. Aprobado por la Resolución N° 24/20 de 2013 del Consejo de Derechos Humanos. Disponible en el Anexo documental, p. 397.

17. Objetivo 11º: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. Meta 11.2: De aquí a 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/cities/>

18. Para mayor información, ver artículo de Christian Courtis en esta misma publicación. Disponible en la p. 26.

A nivel interamericano, se distingue la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid de 2003,<sup>19</sup> en la que se abordó la necesidad de crear entornos físicos, sociales y culturales que potencien el desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez, y se destaca la necesidad de contar con viviendas seguras y propicias, reconociendo la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores. Asimismo, la Declaración de Brasilia de 2007<sup>20</sup> destacó la importancia de poner en práctica iniciativas para mejorar la adaptabilidad en los hogares compuestos por personas mayores; y en la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe de 2012<sup>21</sup> se acordó trabajar para mejorar las condiciones de vivienda y entorno de las personas mayores para fortalecer su autonomía e independencia, y brindar alta prioridad a las personas mayores en la asignación de viviendas y tierras, especialmente en situaciones derivadas de crisis, emergencia, desplazamiento o desalojo forzado.

Por último, el gran logro americano ha sido la sanción de la primera convención internacional especializada e íntegramente dedicada a las personas mayores. Nos referimos a la adopción en junio de 2015 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.<sup>22</sup> El art. 24 está dedicado enteramente al derecho a la vivienda y estableció el derecho a la vivienda digna y adecuada, y el acceso a la tierra, y las obligaciones de los Estados Parte en la adopción de medidas, incluidos el acceso a servicios socio-sanitarios integrados, cuidados domiciliarios, el acceso al crédito, a subsidios para alquiler, respetando los principios de accesibilidad, adecuabilidad, especificidad, entre otros. Resulta sumamente pertinente el trato que les otorgó al acceso a la justicia y a la rapidez de los procesos, así como también a la protección ante desalojos forzosos ilegales.<sup>23</sup>

19. Disponible en: <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/13611/FINAL-DSC-1-Espanol.pdf>

20. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Brasilia.pdf>

21. Disponible en: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR\\_Carta\\_ESP.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf)

22. Disponible en el Anexo documental, p. 261.

23. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 24: "La persona mayor tiene

Por otro lado, la Constitución Nacional hace mención específica a las personas mayores en su art. 75 inc. 23, el cual enuncia: "Corresponde al Congreso: Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y trato, y el pleno ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad". Sin embargo, no existe normativa constitucional en vigor que contemple con carácter específico el derecho a la vivienda de las personas mayores.

A nivel local, la Constitución de la CABA en su art. 41 establece:

[L]a Ciudad garantiza a las personas mayores la igualdad de oportunidades y trato y el pleno goce de sus derechos. Vela por su protección y por su integración económica y sociocultural, y promueve la potencialidad de sus habilidades y experiencias. Para ello desarrolla políticas

---

derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades. Los Estados Parte deberán adoptar las medidas pertinentes para promover el pleno goce de este derecho y facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio conforme a su voluntad. Los Estados Parte deberán garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada y adoptarán políticas de promoción del derecho a la vivienda y el acceso a la tierra reconociendo las necesidades de la persona mayor y la prioridad en la asignación a aquella que se encuentre en situación de vulnerabilidad. Asimismo, los Estados Parte fomentarán progresivamente el acceso al crédito de vivienda u otras formas de financiamiento sin discriminación, promoviendo, entre otros, la colaboración con el sector privado, la sociedad civil y otros actores sociales. Las políticas deberán tener especialmente en cuenta:

a) La necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.

b) Las necesidades específicas de la persona mayor, particularmente aquellas que viven solas, a través de subsidios para el alquiler, apoyo a las renovaciones de la vivienda y otras medidas pertinentes, según la capacidad de los Estados Parte.

Los Estados Parte promoverán el establecimiento de procedimientos expeditos de reclamación y justicia en caso de desalojos de personas mayores y adoptarán las medidas necesarias para protegerlas contra los desalojos forzosos ilegales.

Los Estados Parte deberán promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de la persona mayor".

sociales que atienden sus necesidades específicas y elevan su calidad de vida; las ampara frente a situaciones de desprotección y brinda adecuado apoyo al grupo familiar para su cuidado, protección, seguridad y subsistencia; promueve alternativas a la institucionalización.

La lectura normativa muestra que, si bien existe un interesante desarrollo en torno a las personas mayores en su vínculo con el derecho a la vivienda, iniciado en 1948 con el Decálogo de la Ancianidad, se omite absolutamente un abordaje de género interseccional que permita dar una mirada integral al derecho a la vivienda de las mujeres mayores. En este ámbito, solo encontramos la Recomendación General N° 27 de la CEDAW; de hecho, este el único organismo que ha proclamado específicamente el impacto diferenciado por género en relación con el derecho a la vivienda de las mujeres mayores.

## II. Vivienda y mujeres mayores en la Ciudad de Buenos Aires

Como fue mencionado en la Introducción, en la Argentina, en general, y en la CABA, en particular, nos encontramos con un fenómeno de feminización de la vejez, esto quiere decir que dentro del grupo poblacional que componen las personas mayores (es decir, de 60 y más años) hay más mujeres que varones. Esto se observa con claridad en los datos del Censo 2010, en el cual se indica que para el grupo de mayores de 60 años el 62% son mujeres, mientras que el 38% restante son varones. Esta feminización se intensifica conforme aumenta la edad, de forma tal que en el grupo poblacional de personas de 80 años o más las mujeres representan el 70,3% de la población, mientras que los varones constituyen el 29,7% restante.<sup>24</sup>

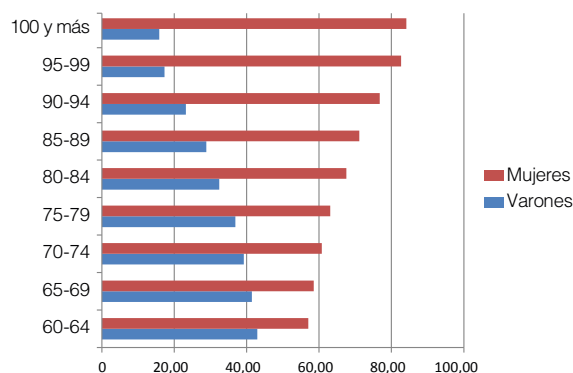
En el caso de la CABA, también se observan estos dos fenómenos. Por un lado, el envejecimiento poblacional, ya que la Ciudad tiene el índice más alto de envejecimiento del país, en tanto el 21,6% de las personas que vivían en la CABA en 2010 tenían 60 años o más.

24. Estimaciones propias sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Por otro lado, el envejecimiento se encuentra sumamente feminizado. Así, para 2010 en la CABA había 174,6 mujeres mayores de 65 años, por cada 100 varones de la misma edad. Este índice de feminidad representa el mayor del país, donde el promedio nacional ascendía en la fecha mencionada a 145,2 mujeres cada 100 varones.

Cabe destacar que ese índice se intensifica a la edad de 80 años y más, debido a la mayor expectativa de vida de las mujeres, pues por cada 100 varones, se registran 237 mujeres.<sup>25 y 26</sup>

### Personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por sexo y grupos quinquenales de edad.



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos del Censo 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Las mujeres de edad no constituyen un grupo homogéneo y la discriminación que sufren con frecuencia es de carácter multidimensional al sumarse la discriminación por motivo de edad a la discriminación por razón

25. "Dinámica y envejecimiento demográfico en la Ciudad de Buenos Aires. Evolución histórica y situación reciente", Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013. Disponible en: [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/dinamica\\_envejecimiento\\_demografico\\_2013\\_septiembre.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/dinamica_envejecimiento_demografico_2013_septiembre.pdf)

26. Para profundizar sobre la temática, ver el artículo de Victoria Mazzeo, disponible en la p. 62 de esta publicación.

de género, origen étnico, discapacidad, grado de pobreza, orientación sexual e identidad de género, condición de migrante, estado civil y familiar, alfabetismo y otras circunstancias. Las formas concretas de discriminación contra las mujeres de edad pueden diferir mucho según las diversas circunstancias socioeconómicas y los diferentes entornos socioculturales, dependiendo del grado de igualdad de oportunidades y opciones con respecto a la educación, el empleo, la salud, la familia y la vida privada.<sup>27</sup>

Con esto nos referimos a la distribución desigual de las tareas de cuidado, en tanto las mujeres dedican muchas más horas de su día a encargarse de los hijos, de las personas mayores y de quien esté enfermo en la familia, además de las tareas de reproducción. Asimismo, las mujeres tienen un acceso diferencial al mercado laboral, con mayor dificultad para acceder a trabajos formales y, en el caso de hacerlo, de recibir la misma remuneración que un hombre o acceder a posiciones jerárquicas. Sin ahondar más en esta problemática, es importante dar cuenta de que las mujeres llegan a la vejez en condiciones distintas que los hombres, y que esto puede condicionar su acceso a la seguridad social, entre otros elementos. Ello no solo representa un dato demográfico, sino que implica la necesaria adecuación de las políticas públicas para dar una respuesta ante esta problemática. Es fundamental el diseño y aplicación de acciones estatales desde un enfoque de género que visibilice las diferentes situaciones de desigualdad material presentes en nuestra sociedad.

En cuanto al análisis del derecho a la vivienda relativa a esta población, destacamos que existe una gran dificultad relacionada a la producción y acceso a información estadística desagregada por edad y género. En atención a ello, se toma como base de análisis los datos disponibles del Censo 2010 y de la Dirección General de Estadística de la CABA y se desarrollan cuatro indicadores relativos al derecho a la vivienda. Se infiere que el impacto es altamente mayor en mujeres mayores, en tanto se encuentran supra representadas en relación con los varones en la pirámide poblacional.

27. Conforme Recomendación General N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos del Comité CEDAW. Disponible en el Anexo Documental, p. 382.

A continuación se presentan indicadores sobre vivienda y personas mayores en cuatro áreas: calidad de vivienda, hacinamiento, personas viviendo en villas y asentamientos y, por último, en inquilinatos, pensiones y casas tomadas. Se destaca que los datos provienen de informes del GCBA<sup>28</sup> y que el corte etario en esas categorías es de los 65 años o más. En otros casos, el corte de edad se hace a los 60 años, por lo que los números que se indican a continuación podrían ser mayores.

Asimismo resulta imperioso resaltar la falta de desagregación por género de los indicadores relativos al derecho a la vivienda en el caso del grupo poblacional compuesto por las personas mayores.

**Calidad de la vivienda:** en la CABA, para 2010, había más de 450.000 personas de 65 años y más. De este número, el 10,3% vivía en viviendas que no contaban con materiales resistentes y sólidos en el piso, techo y cielorraso, es decir que, 46.555 personas mayores habitaban en viviendas de menor calidad bajo el análisis de sus materiales. Se destaca que el porcentaje aumenta a 16,3% en la comuna 4 y a 22,7% en la comuna 8. Así se reflejan las desigualdades socioterritoriales, con una diferencia de hasta 16,1 puntos con las comunas más ricas de la Ciudad.

**Hacinamiento:**<sup>29</sup> en los casos de las familias en las que el jefe de hogar es una persona mayor de 65 años, el hacinamiento (no crítico y crítico) ascendía al 2,6%, esto implica que 7682 hogares con jefatura de una persona mayor presentan algún grado de hacinamiento.

**Villas y asentamientos:** se destaca que, para 2010, el 75% de las personas mayores de 65 años que habitaban en la comuna 8 residían en villas, asentamientos o NHT, en tanto este porcentaje descendía al 3,7% en la

28. Ver "La situación de los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires", *Informe de resultados 852*. Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda, Observatorio Porteño sobre la Situación Social (OPSS), Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, abril de 2015.

29. El hacinamiento hace referencia al número de personas por cuarto que habitan en una misma vivienda, considerando que 2 o menos personas por cuarto no constituye hacinamiento, mientras que de 2 a 3 es hacinamiento no crítico y más de 3 personas asciende a crítico. La categorización se realiza por agrupamiento según la edad del jefe de hogar.



comuna 4. A su vez, también es superior el número de mujeres mayores que viven en villas, acorde con la información del GCBA.<sup>30</sup>

**Inquilinatos:** el 10,4% de las personas mayores de 65 años viven en inquilinatos, hoteles familiares, pensiones y casas tomadas. Al igual que la tendencia observada en otros casos es mayor el porcentaje de mujeres.

La falta de datos específicos por sexo o género en lo que hace a indicadores de vivienda constituye un gran déficit. Al principio de esta sección, se mencionaron los fenómenos de envejecimiento poblacional y de feminización de la vejez en la CABA. Todo esto implicaría que deberían ser más las mujeres mayores viviendo en condiciones de hacinamiento, en villas y asentamientos, o en viviendas de menor calidad. Sin embargo, el estado actual de las estadísticas que se producen no permite conocer estos datos ni cuantificar esta realidad social.

Es imperioso resaltar la importancia que tiene la perspectiva de género en las estadísticas, ya que brinda herramientas y eleva la calidad de la discusión en materia de política pública y permite la toma de decisiones basadas en la evidencia.<sup>31</sup>

### III. Políticas habitacionales para personas mayores en la CABA

En esta sección buscaremos realizar una breve descripción de las principales políticas públicas habitacionales para personas mayores que desarrolla el GCBA, incluidos los objetivos de cada programa, destinatarios, servicios y, en algunos casos, los requisitos para el ingreso. En todas las situaciones en las que son

30. Acorde con el peso relativo de la población de 65 años y más en la población total por sexo, según comuna, zona y dominio, en la categoría villa se encuentra que el 2,2% eran mujeres, en comparación con el 1,9% de varones. Ver "Cuadro 3.2. La situación de los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires", *Informe de resultados 852*. Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda, Observatorio Porteño sobre la Situación Social (OPSS), Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, abril de 2015.

31. Existe numerosa bibliografía al respecto, ver entre otras autoras, a MIODOSKY, Marisa, "Género en evidencia: la importancia de los datos para promover la igualdad", *Género y diversidad*, Banco Interamericano de Desarrollo, 2018.

programas cuyos destinatarios son personas mayores, el requisito de edad es tener 60 o más años y también una residencia no menor a 2 años en la CABA.<sup>32</sup>

### Programa Vivir en Casa

En 2007 se creó el Programa de Otorgamiento de Subsidios Alternativos a la Institucionalización en la órbita del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales. Entre los considerandos del Decreto 211/2007, se advierte que la carencia de alojamiento constituye la principal demanda de las personas asistidas por la entonces Dirección General de Tercera Edad, personas autoválidas pero con recursos económicos insuficientes o sin ingresos, por lo que a través de este programa se busca que la institucionalización sea el último recurso. De hecho, en la descripción que se realiza anualmente en el presupuesto, se señala que se brindarán estos subsidios "en atención a que una de las causas sociales principales de la internación geriátrica es la pérdida o falta de vivienda o la imposibilidad de su mantenimiento".<sup>33</sup> Resulta poderosamente llamativo que el propio Estado en sus documentos oficiales reconozca esta problemática social, la de la falta de vivienda permanente, estable y segura para las personas mayores; pues admite que las personas mayores terminan en geriátricos porque no tienen dónde vivir, lo que da lugar al fenómeno de institucionalización geriátrica social.

En la actualidad, este programa se denomina *Vivir en Casa* y otorga a la persona mayor en situación de vulnerabilidad social un subsidio monetario para cubrir gastos relacionados con la vivienda, tales como alquiler y expensas por un plazo de dos años, renovable a condición de que se mantengan los requisitos previstos para su otorgamiento. El monto varía de acuerdo con los ingresos totales de la persona mayor o su grupo familiar y con la estructura de gastos básicos de alojamiento. Podrá cubrir, en función de la evaluación de las variables descriptas, la totalidad o parte de los gastos de alojamiento

32. Este requisito no es incluido en el Programa Buenos Aires Presente Tercera Edad.

33. Ver p. 79 en el documento correspondiente al Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano en el Presupuesto 2019. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/economiafinanzas/presupuesto-2019>

(alquiler, expensas, agua, gas, luz, teléfono, etc.). Entre los requisitos de acceso al programa se encuentran, además de la edad (60 años o más), ser autoválido o poseer un nivel leve de dependencia; no tener ingresos o no tener ingresos suficientes; no ser inquilino de un familiar legalmente responsable; no recibir otros subsidios de iguales características.<sup>34</sup>

A agosto de 2019 el monto de la prestación de este programa era de \$3.300 mensuales, lo cual resulta a todas luces insuficiente para hacer frente al costo de un alquiler en la Ciudad de Buenos Aires. Por otra parte, es importante mencionar que existe otro subsidio habitacional denominado Programa de Atención para Familias en Situación de Calle, el cual comparte algunas características, pero tiene prestaciones distintas, entre ellas, cuenta con un monto mayor en concepto de subsidio que el Programa Vivir en Casa. Sin embargo, este programa no fue específicamente diseñado para este grupo poblacional, por lo que no fue objeto de análisis en profundidad en este capítulo.

### **Buenos Aires Presente Tercera Edad (BAPTE)**

A través del BAPTE se garantiza atención inmediata, las 24 horas del día, a las personas mayores en situación de calle y vulnerabilidad social, en el ámbito de la CABA, a través de un abordaje profesional interdisciplinario.

Mediante este dispositivo se realiza la primera intervención en calle y luego se articula institucionalmente con otras áreas tanto del Ejecutivo local como nacional, entre ellas, el PAMI, el Programa Federal Incluir Salud (ex-PROFE), los Servicios Sociales de Hospitales, entre otros. Asimismo, según la información institucional, desde el programa "se interviene de manera activa con el fin de garantizar el acceso a la justicia en situaciones de extrema vulnerabilidad derivadas de violencia, abuso, maltrato, abandono o carencia de redes".<sup>35</sup>

<sup>34</sup>. Programa Vivir en Casa. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/personasmayores/apoyoservicios/sistemasalternativos/vivirencasa>

<sup>35</sup>. Programa Buenos Aires Presente - Tercera Edad. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/personasmayores/buenosairespresente>

### **Hogares de Tránsito**

En estos dispositivos, se brinda alojamiento a personas mayores en situación de calle, así como también asistencia social y psicológica, entre otros servicios y prestaciones.<sup>36</sup>

El programa funciona las 24 horas durante todo el año. La permanencia de las personas mayores en los hogares de tránsito tiene un máximo de 100 días corridos.

En el ámbito de la Ciudad funcionan dos hogares de tránsito: uno para mujeres, ubicado en el barrio de Montserrat, y otro para hombres, en Barracas.

Cabe preguntarse aquí qué sucede con grupos familiares de personas mayores compuestos por personas de distinto género, ¿son separados y destinados a dos hogares de tránsito en distintos barrios de la ciudad?

### **Hogares de Residencia Permanente**

Estos hogares ofrecen alojamiento a las personas mayores en espacios de puertas abiertas con atención integral. Se requiere del consentimiento de la persona mayor a ser alojada y el compromiso de sus familiares de colaborar en el bienestar y participar con la institución que brinda la prestación. Está destinado a personas

<sup>36</sup>. Entre los servicios de este programa, según la información detallada en la web institucional, se encuentran: Capacitaciones en nociones de computación que faciliten la comunicación, la adquisición de conocimientos e información y la realización de trámites; articulación con organizaciones públicas y privadas para la generación de acciones orientadas a integrar a los adultos mayores a la sociedad: derivación a sistemas alternativos, programas y/o efectores de la Ciudad de Buenos Aires; acciones (directas o indirectas) de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud; atención a los adultos mayores postrados o semidependientes con la colaboración de los auxiliares para su higiene, ingesta asistida, medicación, muda de ropa, si así lo requiriese; articulación, derivación y confección de informes para la gestión de diferentes recursos disponibles; promoción y acompañamiento a los adultos mayores en el proceso de revinculación social o familiar; estimulación del envejecimiento activo: articulación con diferentes efectores de salud mental para realizar tratamientos ambulatorios según derivación correspondiente; espacio de escucha y contención para el adulto mayor; coordinación de talleres según necesidades de los adultos mayores (taller de memoria, estimulación cognitiva, entre otros); atención y colaboración con los adultos mayores durante el servicio de alimentación; acompañamiento al adulto mayor al hospital cuando sea trasladado por el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME). Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/personasmayores/hogaresdetransito>

indigentes y que tengan problemas de alojamiento. Entre los servicios que presta, se encuentran los siguientes: alojamiento, alimentación, atención kinesiológica, psicológica y odontológica, y servicio de enfermería las 24 horas; atención de la situación social y familiar de los residentes; talleres de recuperación de la lectura y la escritura; actividades recreativas, culturales o labores terapéuticas y salidas recreativas. Entre los requisitos para el ingreso, se exige que se cumpla con una valoración del área de admisión de la Secretaría de Tercera Edad que contempla la situación sociofamiliar, la situación de incapacidad física y psíquica, situación económica, entre otros elementos; así como no poseer obra social o de salud que cubra la prestación de internación geriátrica, en forma directa o mediante subsidio, con excepción de los casos en que exista un convenio de esta con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; carecer de una red familiar o social continente que resulte obligada a darle asistencia y cuidado para realizar las actividades de la vida diaria, de manera tal que la persona mayor pueda desenvolverse de manera digna y satisfactoria; carecer de bienes propios y de ingresos económicos suficientes para su supervivencia; no poseer vivienda, y no padecer trastornos mentales o de conducta que produzcan problemas de integración social.

Este programa cuenta con cinco efectores, de los cuales dos se encuentran en el ámbito de la Ciudad (Hogar San Martín y Rawson), dos en la localidad de Ituzaingó (Martín Rodríguez y Viamonte) y uno en la localidad de Necochea (Raimondi).<sup>37</sup>

Acorde con el presupuesto 2019,<sup>38</sup> este programa tiene una meta de 1889 adultos mayores asistidos. De la forma en la cual los datos están presentados en la Ley de Presupuesto, no es posible discriminar si esta meta hace referencia únicamente a hogares de residencia permanente o si incluye a hogares de tránsito y el BAPTE.

Por otra parte, en 2016, se ha sancionado en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley N° 5670 **sobre Establecimientos para Personas Mayores** cuyo objeto es

regular la actividad de los establecimientos para personas mayores que brindan prestaciones en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los términos del art. 41 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y lo dispuesto en la Constitución Nacional.

Asimismo, se ha creado una unidad de aplicación de la ley, la **Unidad Ejecutora de Registro y Regulación de Establecimientos Geriátricos**, cuyas funciones y atribuciones son evaluar la calidad de las prestaciones que brindan los establecimientos y efectuar el control formal del cumplimiento de la ley, dando intervención a las áreas auxiliares en las cuestiones específicas de su competencia; controlar y mantener actualizado el Registro; detectar las irregularidades y faltas que ocurran, e intimar al establecimiento a su regularización bajo pena de ser suspendido provisoriamente o eliminado del Registro Único y Obligatorio de Establecimientos para Personas Mayores, y formular las denuncias que correspondan ante las autoridades administrativas o judiciales; y elaborar estadísticas de las prestaciones brindadas.<sup>39</sup>

Además, en el ámbito de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires funciona el **Programa de Control en Establecimientos Privados para Adultos Mayores**, mediante el cual se realizan verificaciones, individuales o juntamente con otros organismos auxiliares y con la autoridad de aplicación de la Ley N° 5670, en los establecimientos privados para personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de evaluar las áreas psicosociales y el control del cumplimiento de sus derechos.<sup>40</sup>

Cabe destacar la magnitud que tienen los geriátricos privados en la Ciudad, ya que para 2013, 16.392 personas mayores se encontraban alojadas en un establecimiento privado, de los cuales 3156 eran varones y 13.236, mujeres.<sup>41</sup> Ello deja en clara evidencia lo desarrollado

37. Hogares de Residencia Permanente. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/desarrollohumanoyhabitat/personasmayores/apoyoservicios/hogaresderesidenciapermanente>

38. Ver p. 77 en el documento correspondiente al Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano en el Presupuesto 2019. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/economiafinanzas/presupuesto-2019>

39. Unidad Ejecutora de Registro y Regulación de Establecimiento Geriátricos. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/salud/unidad-ejecutora-de-registro-y-regulacion-de-establecimientos-geriatricos>

40. Control de Establecimientos Privados para Adultos Mayores. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/desarrollohumanoyhabitat/personasmayores/apoyoservicios/controldeestablecimientos>

41. Ver "La situación de los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires", *Informe de resultados 852*, Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda, Observatorio Porteño sobre la

anteriormente en relación a la feminización de la vejez. Observamos la absoluta contundencia de estas cifras, en tanto las mujeres superan en más del 400% a la población de varones en los geriátricos porteños.

### **Programa Proteger y Dispositivo de Alojamiento Protegido para Adultos Mayores Víctimas de Violencia**

El programa Proteger funciona en la órbita de la Ciudad de Buenos Aires y brinda asistencia psicosocial, apoyo emocional, asesoramiento legal y acceso a la protección judicial a las personas mayores víctimas de abuso, maltrato y violencia en sus diversas formas.

Asimismo, cuenta con un dispositivo de alojamiento protegido para adultos mayores víctimas de violencia, que brinda un espacio de residencia temporario con domicilio reservado para personas de 60 años o más víctimas de violencia, que se encuentran en situación de alto riesgo para su integridad física o psíquica y que amerite que deban ser separadas de sus agresores para recibir protección, contención y tratamiento adecuados.

El servicio se encuentra a cargo del equipo del programa Proteger y está destinado tanto a adultos mayores que sean directamente atendidos por este programa como a aquellos que sean derivados de la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (OVD).<sup>42</sup>

Una vez que la persona mayor víctima de violencia ingresa en el programa, el equipo interdisciplinario elabora un plan integral de atención que atiende los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona. Además, se fomenta la participación de los adultos mayores alojados en actividades preventivas generales tendientes a reforzar su autoestima, fomentar su autonomía, promover sus potencialidades, y prevenir o revertir el aislamiento en el que se encuentran inmersos.

Entre los requisitos para el ingreso en el programa, se encuentra ser víctimas de violencia física o psicológica por parte de integrantes de su grupo familiar

o convivientes sin relación de parentesco, en situación de alto riesgo para su integridad física o psíquica; haber hecho la denuncia ante la Justicia Ordinaria con competencia en asuntos de Familia o Penal, según el caso; no padecer trastornos mentales o de conducta que requieran de su atención en un efector especializado.<sup>43</sup>

### **Falta de perspectiva de género en las políticas públicas y otras observaciones**

El Plan General de Acción de Gobierno 2019-2021<sup>44</sup> detalla los propósitos del Ejecutivo local de la CABA en cuanto al diseño de políticas públicas. En el apartado de "Desarrollo Humano", se encuentran las acciones dirigidas a las personas mayores con políticas "orientadas hacia la lucha contra la pobreza y la vulnerabilidad social de los más grandes, su integración social y la inclusión y acceso a las nuevas tecnologías y estándares de vida".<sup>45</sup> En relación con el derecho a la vivienda, en este plan se mencionan sucintamente varios de los programas que ya se han desarrollado en esta sección. Entre ellos, los programas de Atención en Hogares de Residencia Permanente, Transitoria, Atención en Calle - BAP Tercera Edad y el Refugio para los Adultos Mayores Víctimas de Violencia. Por otra parte, se agrega que se articularán esfuerzos con el "objeto de brindar a los adultos mayores las herramientas necesarias para que puedan residir en su propia vivienda". En otro nivel, se destaca el impulso al envejecimiento activo.

Si bien las personas mayores son incluidas dentro del Plan 2019-2021, no se hace mención al envejecimiento de la población en la Ciudad ni a su feminización; de hecho, se observa tanto en este plan como en todos los programas que no se adopta una perspectiva de género ni se considera de manera particular cómo las mujeres llegan a la vejez.

Situación Social (OPSSIS), Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, abril de 2015.

42. Sobre este tema ver entrevista realizada a Elena Highton de Nolasco, disponible en p. 157.

43. Programa Proteger. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollhumanoyhabitad/personasmayores/proteger>

44. Disponible en: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/plan\\_general\\_de\\_accin\\_de\\_gobierno\\_2019-2021.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/plan_general_de_accin_de_gobierno_2019-2021.pdf)

45. Plan General de Acción de Gobierno 2019-2021, p. 39. Disponible en: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/plan\\_general\\_de\\_accin\\_de\\_gobierno\\_2019-2021.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/plan_general_de_accin_de_gobierno_2019-2021.pdf)

Por otra parte, es importante mencionar otros aspectos que consideramos problemáticos en el diseño de estas políticas públicas. En el caso de los hogares de tránsito, uno de los requisitos es acreditar residencia en la Ciudad, ¿ello implica que las personas mayores que necesitan concurrir a un hogar de carácter temporario no van a poder hacerlo de no ser "porteños o porteñas"? Al tratarse de hogares de tránsito, ¿resulta justificado el requisito de contar con una residencia mínima de dos años? Debe tenerse en cuenta que se trata de personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad extrema, sobre quienes el Estado tiene una obligación positiva de protección, garantía y no vulneración de sus derechos.

Continuando con los hogares transitorios, se observa que existen únicamente dos en el ámbito de la CABA, uno para mujeres y otro para varones. Así, nos preguntamos si estos dos dispositivos alcanzan a dar respuesta a una problemática de gran magnitud.

Al mismo tiempo, observamos que no hay hogares transitorios para grupos familiares compuestos por personas mayores de distinto género. En esos casos, ¿qué ocurre con grupos familiares o con vínculos estables que sean de distinto género? En este sentido, pensamos, por ejemplo, en una pareja que lleva décadas junta y que en la última etapa de su vida se ve en una situación de grave vulnerabilidad social y económica, por lo que debe concurrir a un hogar, ya que no puede procurarse una vivienda, ¿debe además renunciar a su derecho de seguir conviviendo con su pareja?

## Reflexiones finales

Tal como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, los desafíos que acarrea el proceso de envejecimiento son numerosos y variados. Estos desafíos son aún mayores en relación con el fenómeno de feminización de la vejez.

A nivel normativo se observan algunos avances interesantes en relación con los derechos de las personas mayores, especialmente, como se ha mencionado anteriormente, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Sin embargo, el desarrollo en torno al derecho a la vivienda de las personas mayores es bastante escaso; más

aún si nos detenemos a mirar el derecho a la vivienda de las mujeres mayores, que solo encuentra mención específica en la Recomendación General N° 27 del Comité CEDAW.

Así, la citada recomendación hace referencia al efecto de las desigualdades de género, las que se agravan ostensiblemente con la vejez y resalta la imperiosa necesidad de adoptar medidas para que las mujeres tengan acceso a una vivienda adecuada y accesible.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que, al escaso desarrollo normativo, se le suma un diseño de políticas públicas insensibles al género y a la edad.

El análisis tanto de las políticas públicas del Ejecutivo local como del Plan de Gobierno 2019-2021 da cuenta de una invisibilización absoluta de las mujeres mayores de la Ciudad. No solo no se adopta un enfoque de género en el diseño de las políticas públicas, sino que el fenómeno de feminización de la vejez no es mencionado ni una sola vez en las decenas de páginas que conforman tanto la normativa de los programas como la Ley de Presupuesto y el Plan de Gobierno.

Algo similar observamos al adentrarnos en las estadísticas específicas relativas al derecho a la vivienda en la Ciudad.

De los datos del último censo que se realizó en el país, surge con claridad el fenómeno de envejecimiento poblacional y la feminización de la vejez.

Sin embargo, al momento de analizar el impacto de las políticas de vivienda en relación con las mujeres mayores, nos encontramos con una ausencia casi total de producción de datos estadísticos oficiales desagregados por edad y género.

Consecuentemente, pudimos conocer de qué manera impacta el hacinamiento o la calidad de la vivienda en las personas mayores, pero no cuál era su impacto real sobre las mujeres mayores.

Por consiguiente, hemos realizado una serie de ejercicios de lectura de datos y entrecruzamientos, partiendo de la base de que a mayor edad es más elevada la proporción de mujeres que de varones y, debido a ello, pudimos inferir un mayor impacto en las mujeres mayores.

Resulta importante destacar que la producción de estadísticas públicas confiables, periódicas y desagregadas forma parte de las obligaciones estatales. Por ello, si bien el objetivo inicial planteado para este artículo fue un

análisis del cruce de estas variables (mujeres mayores y derecho a la vivienda en la CABA) para mostrar la brecha entre reconocimiento de derechos y ejercicio efectivo, en razón de los déficits mencionados, este artículo se tornó finalmente en un documento descriptivo y exploratorio, ya que solo se lograron hacer inferencias en torno a la situación de las mujeres mayores.

Pese a ello, este trabajo pretende generar un aporte para revisar las prácticas institucionales, el diseño de políticas públicas y para visibilizar un fenómeno poco explorado, que crece a diario y atañe a toda la sociedad.

Así, consideramos fundamental ampliar los horizontes recorridos hasta el momento y observar los planes que se desarrollan en otros países que se encuentran más envejecidos, con miras a diseñar nuevas políticas que den respuestas a las necesidades de las personas mayores y, en particular, de las mujeres.

Por otro lado, consideramos que no puede entenderse el derecho a la vivienda de las personas mayores separado del derecho a la ciudad. Las ciudades deben ser accesibles, con veredas, rampas, iluminación y señalética adecuadas y en buen estado de conservación, transportes públicos accesibles y asequibles, espacios públicos, verdes y de recreación acogedores y con baños, que propicien el uso, encuentro, disfrute y recreación de las personas mayores.

El panorama descripto exige respuestas integrales e interseccionales que garanticen la igualdad, la inclusión, el respeto y la incorporación de la perspectiva de género. Asimismo, requiere de cambios culturales que impacten en la construcción social que se ha desarrollado en torno a la vejez y que pongan coto a décadas de discriminación, desigualdad y segregación de la población mayor.



“Otra problemática que se da en la vejez de las personas lesbianas y gays es que han llevado una vida de mucho silencio (...), setenta años sin poder ser lo que sienten que son”.

## Entrevista a Graciela Balestra\*

**Graciela Balestra** es psicóloga y una de las fundadoras de Puerta Abierta, la ONG que abrió el primer Centro de Jubilados y Pensionados LGBT en la Argentina. En esta entrevista nos cuenta sobre los orígenes del Centro y las actividades que realizan.

\* Entrevista realizada por la Secretaría Letrada de Género y Diversidad Sexual del MPD, CABA, en marzo de 2018.

### —¿Cómo surgió Puerta Abierta? ¿De qué se ocupa?

—Puerta Abierta existe desde 1999. Surgió como una iniciativa mía, de mi pareja en ese momento y de algunas amigas. Necesitábamos tener un espacio donde las personas gays y lesbianas pudiéramos reunirnos, sentirnos menos aisladas, solas. Me había recibido de psicóloga y quería especializarme en Diversidad, justamente para que a la gente no le pase lo que me había pasado a mí, que había estado muchos años de mi vida sintiéndome también enferma y rara. No sabía que existían otras lesbianas o que se podía ser lesbiana. No existía esa opción, antes, de eso no se hablaba. En el colegio no te decían: “Podés tener novio o novia”. En la familia, si se hablaba de eso, era para decir que eran personas degeneradas, con lo cual ni se te ocurría pensarlo. Entonces, con la idea de tener un lugar de encuentro y contención, alquilamos una casa, en Rivadavia y Pringles, que fue

nuestra primera sede. Allí abrí el instituto de psicología, que se llamó *Puerta Abierta*, y empezamos a trabajar con grupos de reflexión de mujeres lesbianas. Al principio venían dos, tres o no venía nadie... costaba mucho convocar, pero después de un año de trabajo empezaron a acercarse muchas más y, desde entonces, nunca paramos. Al inicio la convocatoria era de boca en boca, también hacíamos publicidad en una revista gay que se llamaba *La Otra Guía* e íbamos a boliches lésbico-gays a conversar con las chicas sobre la propuesta, las invitábamos a acercarse a Puerta Abierta. Fue un trabajo arduo.

**—En los grupos de reflexión, ¿solo participan mujeres lesbianas?**

—No, también existe un grupo de varones gays que coordina Alejandro Viedma, psicólogo especializado en Diversidad.

**—¿Cómo surgió la idea del Centro de Jubilados y Jubiladas?**

—En 2009, una de las señoras que venían al grupo planteó la necesidad de contar con un espacio para personas adultas mayores que fueran lesbianas y gays. Ella asistía a un centro de jubilados, pero no se sentía cómoda, allí las burlas sobre gays y lesbianas eran frecuentes. Tenía miedo de que la echaran si contaba que era lesbiana. La idea nos pareció muy buena y logramos inaugurar en septiembre de 2009 el primer Centro de Jubilados Lésbico-gay, el único que hay en la Argentina. Se conformó una Comisión Directiva del Centro integrada por mujeres jubiladas. Norma Castillo, la primera mujer que se casó con otra mujer, es la presidenta del Centro de Jubilados. Al principio, la Comisión Directiva estuvo integrada solo por mujeres, actualmente también la integran hombres.

**—Sin lugar a dudas, la apertura del Centro es una propuesta muy innovadora, ¿qué impacto tuvo esta iniciativa?**

—Uno de los impactos más relevantes fue que al abrir un Centro de Jubilados Lésbico-gay estábamos hablando de que los viejos tienen sexualidad. Si son gays y lesbianas, es porque tienen sexualidad, tienen deseo y deseo de una sexualidad diversa. Esto es muy disruptivo para una sociedad que todavía piensa que los adultos y las adultas mayores, incluso heterosexuales, no tienen vida sexual. Pero esta



visibilidad también nos llevó a un juicio contra la discriminación que sufrimos por parte de vecinos que habitaban el condominio donde funcionaba Puerta Abierta. "Acá no queremos putos ni *tortas*", decían; a la gente le cerraban la puerta en la cara. Finalmente, decidimos buscar otro lugar y nos mudamos a esta sede.

**—¿Y cómo se financia la organización?**

—Hasta 2011 nos autofinanciamos. En ese año, cuando ya funcionaba el Centro de Jubilados, nos llamaron del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación para decirnos que les interesaba que diéramos charlas y capacitaciones en las provincias sobre el tema de la tercera edad y la diversidad sexual. Acordamos y con financiamiento de ese Ministerio viajamos por todo el país para difundir esta propuesta. Fue una experiencia muy linda, capacitamos mucho a personas que se dedicaban a cuidar a adultos mayores.

**—Que no necesariamente eran gays o lesbianas...  
¿Qué recepción tenían?**

—Claro, la mayoría eran heterosexuales, solo un 10% eran gays y lesbianas. Y la verdad que la recepción era muy buena porque era toda gente que estaba muy ávida de saber. Nunca les habían hablado de esto; en las provincias ni se habla. A veces había resistencia, por ejemplo, una directora de un hospital en Mendoza después de escuchar sobre la identidad de género, el derecho a ser trans, ser mujer, ser varón, ser lesbiana... se para, y dice: "Bueno, todo muy lindo, pero el hombre es hombre y la mujer es mujer, y no hay que hacérselos tan fácil". No entendió nada, pero fue fantástico porque dio lugar al debate. Así fue en muchos lugares, había muchas preguntas, muchas ganas de saber, mucho intercambio, mucho debate. Cuando nos íbamos, muchas personas nos decían: "Te agradezco porque me cambiaste la cabeza". Me acuerdo una señora en Santiago del Estero, una señora grande, de unos ochenta años, que era de un centro de jubilados, que, con lágrimas en los ojos, me dijo: "¿Así que no era una enfermedad? Porque yo tengo a mi hija que es así, siempre pensé que estaba enferma. ¡Qué alivio que me das!".

**—¿Las personas travestis/trans asisten al Centro de Jubilados y Jubiladas?**

—Lo que sucede es que las travestis se mueren antes, no llegan. En este momento, en el Centro, solo hay una mujer trans que, me atrevo

a decir, llegó a ser una adulta mayor porque asumió su identidad de género cuando ya era grande. Yo le digo: "Vos sobreviviste, llegaste a los 64 años porque no te asumiste antes".

**—Contanos sobre las actividades que realiza el Centro.**

—En el Centro funcionan grupos de reflexión, organizamos cine debate, bailes, cenas, festejamos los cumpleaños, hacemos salidas, un día de campo, festejamos la Navidad, el Año Nuevo. También intentamos promover la integración de las personas mayores con la gente más joven. El primer año que abrimos el Centro de Jubilados, trabajábamos solo con grupos de jubilados y jubiladas, pero luego surgió la necesidad de estar en contacto con gente joven, de manera que ahora el Centro de Jubilados de Puerta Abierta está abierto a todas las edades, quien lo desee puede venir a todas las actividades.

**—¿Siguen haciendo la convocatoria de boca en boca?**

—Salimos en tantos medios que la gente ya se enteró de nuestra existencia. Cada tanto salimos en algún diario, en internet o en la televisión. Por supuesto no se acercan multitudes, nuestro colectivo es muy especial, aún hoy hay miedo, mucha resistencia. Todavía se da lo que llamamos *el síndrome de la vuelta manzana*, gente que viene y dice: "Estoy por tocar el timbre. Lo dudo. ¿A dónde me voy a meter? Lo dudo. Entonces doy una vuelta manzana para analizarlo, luego, doy otra vuelta manzana..." y a la tercera vuelta manzana recién se anima a tocar el timbre. Eso me lo han contado desde el primer día hasta hoy. Tienen mucho miedo de acercarse, más que nada que se sepa de ellos, que alguien los vea entrar y se sepa.

**—Los varones trans, ¿se acercan?**

—Son menos, se vinculan más a otras organizaciones trans. La nuestra es más lésbico-gay. Hay algunas señoras grandes que no se animan a asumir su identidad de varón trans. No es lo mismo un varón trans de 20 años que ya se viste de varón y que ha adoptado un nombre de varón. Quienes tienen más de 60 dicen: "Yo ya viví toda la vida así, no quiero cambiar ahora, no me animo a que toda mi gente me rechace, a que me digan: 'Qué vieja ridícula'".

**—¿Se dan problemas específicos de la vejez que tengan que ver con su condición gay o lesbiana?**

—Sí, claro que hay problemas específicos. En primer lugar, mucha soledad. Quienes lo reconocieron ante su familia, muchas veces, fueron rechazados/as y expulsados/as. No ven más a los hijos, a los nietos, a nadie. Están absolutamente solos y solas. Ya no tienen relación. Quienes no lo dijeron y lo dicen ahora (porque nosotros ayudamos a que puedan salir del clóset), atraviesan similares situaciones. Porque cuando un gay, lesbiana o trans sale del clóset, la familia entra en el clóset. Eso también es un fenómeno específico que pasa en esta comunidad. Les cuento un caso. Dos señoras, 70 y 72 años se conocen acá. Habían sido lesbianas toda la vida, una era viuda, la otra se había separado, pero nadie en sus familias sabía que eran lesbianas, siempre lo mantuvieron oculto. Decidieron casarse y querían hacer una fiesta. Una de ellas tenía dos hijas y varios nietos, quería invitar a sus hijas y a sus nietos a su casamiento, pero tenía miedo de que no la aceptaran. Cuando se corta el lazo con la familia, la persona siente que se cae al vacío. La sensación es de mucha soledad, entonces, hay que tener una red alternativa que contenga. Más de un año estuvimos trabajando con ella en el grupo de reflexión de lesbianas, tratando de contenerla, de ver cómo hablar con su familia, analizando cuáles podrían ser las consecuencias si la rechazaban, porque esa era una posibilidad. Hay que considerar que para una madre es un dolor enorme que un hijo o hija la discrimine. Te puede discriminar el vecino, pero ¡tu mamá, tu papá, tus hijos, ellos no te pueden discriminar!

Otra problemática que se da en la vejez de las personas lesbianas y gays es que han llevado una vida de mucho silencio, setenta años de silencio, setenta años sin poder ser lo que sienten que son. Por ejemplo, una persona que ha vivido veinte años con su pareja sin poder decir que es su pareja, la pareja fallece y ella no puede decir más que "se murió una amiga", no puede compartir su dolor.

**—En relación con la situación económica, ¿hay alguna diferencia entre las mujeres lesbianas jubiladas y los varones gays jubilados?**

—Los gays siempre han tenido mayor poder adquisitivo, mientras que la mujer lesbiana, en general, es pobre o de clase media. Si la mujer heterosexual gana menos que el hombre, peor es la situación de la mujer lesbiana. La mujer lesbiana siempre termina haciéndose cargo de la familia, en otros términos, la hija soltera lesbiana que no tiene hijos (aunque esté en pareja con una mujer, para la familia es soltera) se tiene que hacer cargo de los padres, trabaja para ella y para

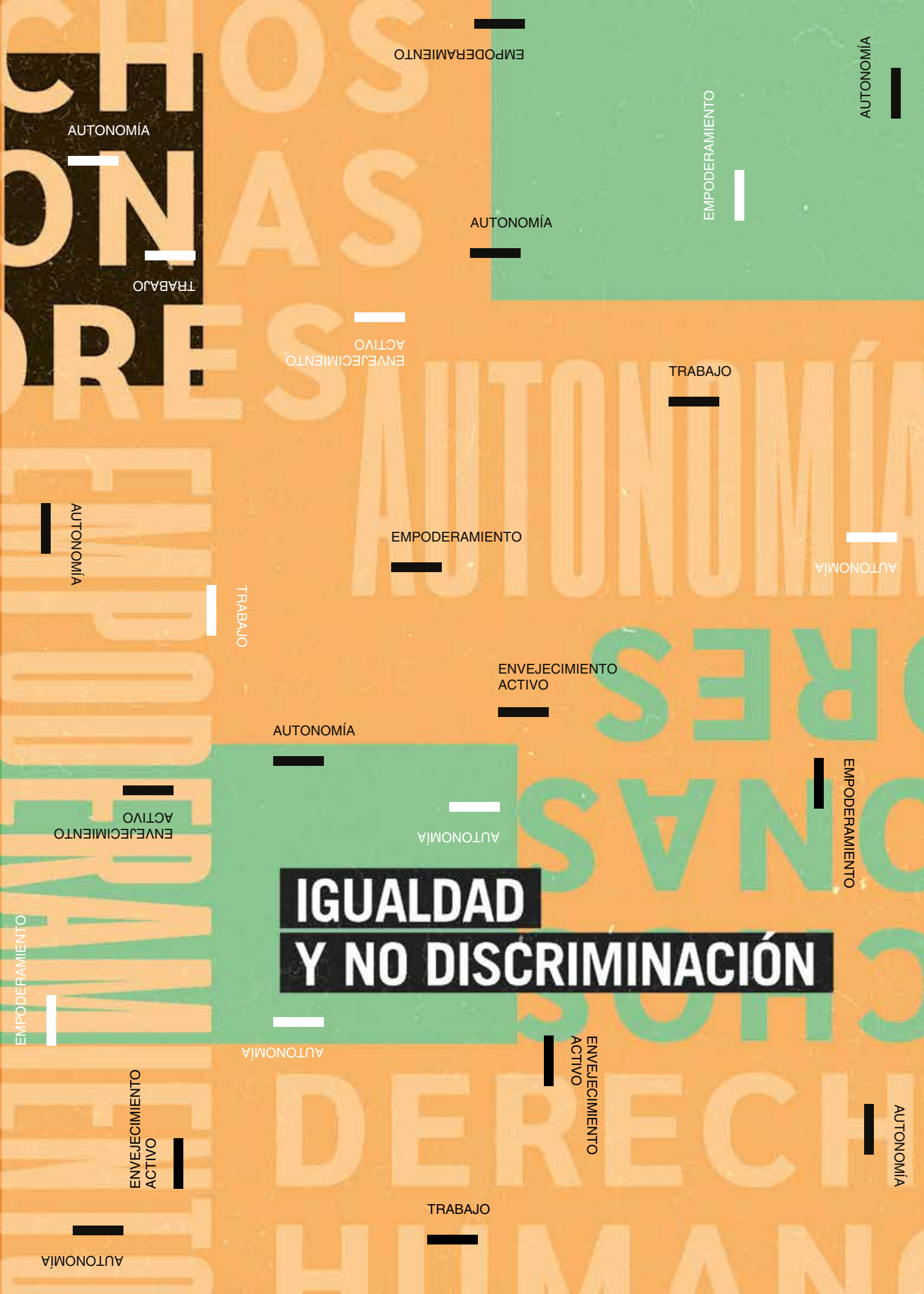
mantener a los padres. El hombre gay, en general, ha tenido la posibilidad de estudiar y de desarrollar una carrera profesional, lo que le permite llegar a la vejez en una situación económica mejor.

**—¿Cómo se imaginan la actividad de Puerta Abierta en el futuro?**

—Esperamos que en el futuro no haga falta contar con lugares como estos. Que el mundo ya esté integrado, que no necesitemos un lugar donde protegernos de actitudes discriminatorias. Creo que el mundo está cambiando, que todo va a ir evolucionando. Nuestro proyecto es organizar una comunidad lésbica-gay en la que puedan vivir entre pares, cuidarnos entre todos y todas, contar con cuidadores y cuidadoras de la diversidad sexual. Ese es nuestro próximo proyecto.

**—¿Cómo podrían contribuir las políticas públicas a mejorar la situación de las personas de la diversidad sexual y al trabajo que ustedes realizan? ¿Creés que tendría que existir alguna política pública o algo que pueda mejorar lo que ustedes hacen?**

—Se podrían realizar muchas cosas, por ejemplo, hablar de estos temas en las escuelas. Tenemos una Ley de Educación Sexual Integral que no se cumple. Existen manuales que abordan los temas de educación sexual y diversidad sexual, pero no se usan, se deja al libre albedrío de las autoridades del colegio y de los padres, en vez de exigirles que lo hagan. Y, en realidad, los chicos tienen derecho a saber. Esta ley se tiene que cumplir y tiene que ser obligatoria, no optativa. Incluso para las escuelas privadas y las católicas, ¿o entre los católicos no hay gays o lesbianas? Otra cuestión que me parece imprescindible es que haya campañas de capacitación en las provincias, como estábamos haciendo, porque la verdad es que hay mucha ignorancia y necesitan escuchar, necesitan saber, para tratar mejor a la gente, simplemente. Entonces creo que el Estado debería seguir financiando este tipo de iniciativas. Todos los centros de jubilados tendrían que capacitarse, para que todos sean abiertos; esto también tendría que ser obligatorio. Que el tema se empiece a hablar, a difundir. No alcanza solo con la Ley de Matrimonio Igualitario o la Ley de Identidad de Género, fue un avance, pero todavía falta capacitar porque el cambio social tarda y el prejuicio todavía existe.



EMPODERAMIENTO

AUTONOMÍA

AUTONOMÍA

EMPODERAMIENTO

AUTONOMÍA

TRABAJO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

TRABAJO

AUTONOMÍA

EMPODERAMIENTO

AUTONOMÍA

TRABAJO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

AUTONOMÍA

EMPODERAMIENTO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

AUTONOMÍA

**IGUALDAD**

**Y NO DISCRIMINACIÓN**

EMPODERAMIENTO

AUTONOMÍA

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

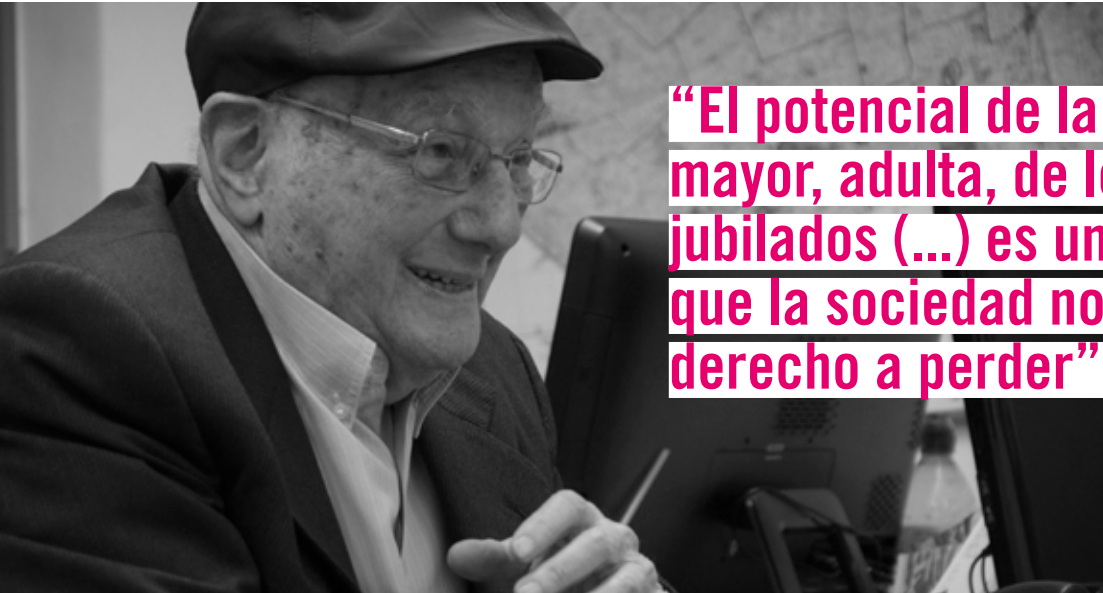
ENVEJECIMIENTO ACTIVO

AUTONOMÍA

TRABAJO

AUTONOMÍA





**“El potencial de la gente mayor, adulta, de los jubilados (...) es un potencial que la sociedad no tiene derecho a perder”.**

## Entrevista a Rafael Kohanoff\*

**Rafael Kohanoff** es ingeniero químico (UNL). Ha recibido numerosas distinciones por su trayectoria. Actualmente es director del Centro de Tecnologías para la Salud y Discapacidad del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI).

\* Entrevista realizada por la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el 29 de mayo de 2018.

### **—¿Qué lo motivó a estudiar ingeniería química y cómo fueron sus inicios en la vida profesional?**

—Nací en un pueblo de Santiago del Estero, pero desde muy chico nos fuimos a Charata, en el Chaco, donde pude hacer la escuela primaria, pero como no había secundaria me fui a Sáenz Peña, donde había hasta segundo año, y después me fui a Resistencia. Siempre me quedaba en casa de algún familiar, como era costumbre en aquellos tiempos. No era tan fácil estudiar.

Cuando terminé el secundario, tenía inclinación por la ingeniería, pero no sabía cuál ingeniería. Mirando los folletos, encontré una facultad que se llamaba Química Industrial y Agrícola. Venía del campo y, a pesar de que era jovencito, estaba convencido de que había que hacer alimentos baratos para los pobres. Entonces, cuando vi Química Industrial y Agrícola, dije: "Esta es mi facultad". Y me fui a Santa Fe a estudiar. Nosotros éramos siete hermanos. Como todos laburaban en la casa, pudieron ayudar al más chiquito a que estudie la carrera.

Al poco tiempo, me di cuenta de que el problema no era inventar el alimento barato. En ese tiempo, no tenía idea de lo que era la distribución del ingreso, etcétera, sino que yo creía que si hacía un alimento barato, llegaría a todo el mundo. Con el tiempo, fui aprendiendo cosas, me recibí de ingeniero químico y me fui a trabajar a Buenos Aires. En el ínterin, cuando estudiaba en el Colegio Nacional de Resistencia, conocí una rubia divina que me enseñó a bailar, porque yo venía del pueblo que era más campesino, y ella era de la ciudad. Y entonces un día me dice: "Usted se va a casar conmigo". Teníamos 16 años. No me olvido nunca la expresión de la cara de los dos. Después ella se fue a estudiar Profesorado de Inglés a Rosario y yo, Ingeniería Química a Santa Fe. Y ella se recibió y yo rendía una materia, hacía huelga, me echaban de la facultad, volvía, qué sé yo. Entonces, un día me dice: "¿Vos te vas a recibir alguna vez?". De vuelta volví a pensar y dije: "No sé". Me dice: "Si no sabés... Ya después de seis años de novios, nos casamos". Y nos casamos. Entonces, ella daba clases de inglés; yo, de química, de física, qué sé yo. A los 25 años ya teníamos dos hijos. Hoy tengo tres hijos, siete nietos y siete bisnietos. Mi hijito, el mayorcito, va a cumplir 70 añitos, mi nieto mayor va a cumplir 45 y mi bisnieto, 18.

Una vez que me recibí, empecé con la ingeniería química y con desarrollos industriales, donde la idea siempre era crear algo que no se estuviera haciendo. Lo que yo llamo *espíritu emprendedor*, que en ese tiempo era privado y que consistía en tratar de detectar qué cosa es caduca, qué cosa es una necesidad y no se está cubriendo, y buscar la manera de transformar eso en una actividad empresarial privada. Así, por ejemplo, desarrollé un calzado muy conocido en los viejos tiempos, que se llamó *Skippy* y que duraba para toda la vida, frente a una zapatilla que se rompía en treinta días. Pero debo confesar que, en ese entonces, la cosa no fue por lo social, sino que en toda actividad privada hay que ver que sea un negocio rentable. Ahora, si esto es útil para la gente, mucho mejor. Así fue como desarrollé más de diez empresas, desde industrias manufactureras, como el calzado *Skippy*, los cierres de nylon *Lynsa*, que antes eran de bronce, y en el área de la ingeniería, creé evaporadores, secadores, plantas de leche en polvo, un frigorífico para mil cabezas de ganado en Cuba; hicimos muchas cosas lindas. Pero una vez que la cosa andaba, no es que me aburría, pero quería hacer otra cosa.

### —¿Cómo fue su paso por la Confederación General Económica?

—Sobre la base de los emprendimientos en los que venía trabajando, y sin ser político, ni peronista, ni radical, ni nada en ese momento,



simplemente era un tipo progresista, tuve la posibilidad de entrar a la Confederación General Económica. Era un grupo de empresas nacionales, pequeñas y medianas, y participé mucho en lo que se llamó el *Acuerdo de la CGE y la CGT*. En ese momento, la CGT era una CGT unificada, no como la de ahora. La CGE también agrupaba a todas las empresas nacionales. Entonces, a partir de la confianza entre empresarios nacionales, PYMES y trabajadores, se fue gestando la posibilidad de un diálogo y de una especie de acuerdo. Se hizo el acta de los trabajadores y los empresarios nacionales.<sup>1</sup> Esto lo llevamos a la sociedad y se hicieron las coincidencias programáticas de los partidos políticos y las organizaciones sociales, donde, de alguna manera, estaba comprendido el 80 o el 90% de la población. ¿Qué pasó? Cuando se hacen las elecciones, las plataformas de partidos eran casi todas iguales. Y cuando se producen las elecciones, el grupo que estábamos en Economía, teníamos preparadas 20-25 leyes que fueron aprobadas por unanimidad en el Congreso. Y al año y medio llegamos a tener un 4% de pobreza y un 3% de desempleo. Esta parte de la historia fue única, a pesar de lo que dice mucha gente, no sucedió antes ni tampoco se reprodujo, al contrario. Todo esto comenzó en 1972, continuó durante el 73-74, hasta que llegó López Rega y el Golpe, y todo esto se frustró. Era demasiado peligroso para los intereses ver cómo un país realmente podía lograr una equidad. La participación del asalariado llegó a ser casi del 50%. Fue realmente el período que más quiero y más respeto, no solo porque participé, sino porque vos veías la alegría de la gente, todo el mundo estaba contento. Sin embargo, la cosa no funcionó.

**—Observamos que desde los albores de su vida siente una gran inquietud por lo social, ¿cómo ha sido el trayecto desde lo privado hacia lo público/social?**

—A partir de mi experiencia en la CGE, empecé a preguntarme por qué este espíritu emprendedor que apliqué en lo privado no podía aplicarse en lo social. ¿Y quién había inventado que la cosa de espíritu emprendedor era solo para lo privado?

Sucede que hay problemas y necesidades sociales, que, aunque no sean negocios, deben resolverse para mejorar la vida de la gente. Entonces entré en actividades más sociales. Me dediqué al tema de calidad, aprendí en Japón calidad y después lo apliqué acá al sistema educativo; creé una entidad que se llamó *Crecer con Equidad*, una fundación, y otra que se llamó *Calidad y Participación*, y me tocó

1. Hace referencia al pacto social firmado el 8 de junio de 1973 por la CGT y la CGE.

también acompañar a Alfonsín en el gobierno, como presidente de la Confederación de la Industria. Nos hicimos muy amigos, lo respeto mucho, porque yo sentí que me devolvió la confianza en el país: digamos que uno se sentía ajeno en un país con una dictadura. Y trabajé mucho en unos convenios de cooperación con Italia. El gobierno italiano me condecoró como *Commendatore*, y, entonces, recordaba la época de muchacho cuando jugábamos y nos llamábamos *Commendatore*.

Luego, trabajé con De la Rúa. La anécdota es graciosa porque me llama un día por teléfono y yo no lo conocía. Mi secretaria me dice: "Te llama el doctor De la Rúa". Yo tenía un amigo, "Cacho", que siempre llamaba y decía: "Habla Mahatma Gandhi; habla...". Qué sé yo. Entonces, digo: "¿Cacho?", y me responde: "Habla el doctor De la Rúa". Esa voz no era la de "Cacho". Digo: "¿El doctor De la Rúa de verdad?". Yo mismo me cargaba con la ocurrencia del "de verdad". "Sí —me dice—, el de verdad". Me invitó a que lo acompañara a la campaña electoral. Y cuando gana las elecciones, pensé que me iba a ofrecer un cargo en la Industria, que yo venía de la industria. Me dice: "Rafael, yo tengo acá un montón de cosas, las mujeres golpeadas, los chicos de la calle, los sin techo, qué sé yo, un montón de cosas que resolver...". Entonces me propone ser el ministro de Desarrollo Social de la Ciudad. Y acepté, a pesar de que no tenía nada que ver con lo que venía haciendo hasta ese momento.

Ahí trabajamos mucho con las personas de la calle, con los sin techo. Al poco tiempo que asumí, me acuerdo que me desaparecieron treinta viejitos. Y el tema estaba en la televisión, por todos lados. ¿Dónde están los viejos de un geriátrico que habían desaparecido? Hacía muy poco que había asumido y empecé a recorrer los lugares donde habían estado. Finalmente, descubrí que, como el geriátrico no pagaba el alquiler, a las tres de la mañana, se habían llevado a los treinta viejitos y habían desaparecido del mapa. A las dos o tres de la tarde, conseguí encontrarlos en un lugar que no se pueden imaginar. Dos o tres salitas pequeñas, todos los viejitos amontonados. Y me pedían que no los llevemos a ningún lado. Me llevé la sorpresa del siglo escuchando a los viejitos que estaban aferrados a lo que tenían. Y cuando empezaron a llegar algunos familiares, me decían que no tenían lugar para alojarlos, que no querían que se los devolvieran. Empecé a darme cuenta de lo que era el problema de la vejez. Entendí la discriminación que sufren.

Terminada mi gestión en Desarrollo Social, De la Rúa me pidió que cree el Ministerio de Industria de la Ciudad, que no existía hasta ese entonces. Así armamos el Centro Metropolitano de Diseño, instalado en el ex-Mercado de Pescado.

**—¿Cómo surgió la iniciativa de crear dentro del INTI el Centro de Tecnologías para las Personas Mayores y los Discapacitados?<sup>2</sup>**

—El presidente del INTI había sido compañero mío más joven, discípulo, digamos, y yo le digo: "Todo lo que hice hasta ahora ya no me produce ninguna satisfacción y acá en el INTI hay mecánica, hay textil, hay cuero y tampoco me interesa mucho. Me interesa hacer algo que no hice, algo nuevo". Y así, conversando, dijimos: "Bueno, este es un centro de tecnología, que se ocupa de tecnología para la industria, pensando que si a la industria le iba bien, le iba bien a todo el mundo. Pero no es cierto. Hay sectores a los cuales no les está llegando el bienestar, aunque a la industria le vaya bien. ¿Y cuáles son los sectores?". Empezamos a decir: "Los viejos". Y después dijimos: "También los discapacitados". "Y bueno —me dice—, dedícale a esto". Entonces creé el Centro de Tecnologías para las Personas Mayores y los Discapacitados. Y empiezo a decir: "¿Cuántos viejos hay acá? ¿Cuántos discapacitados? Millones". Yo estaba solo. "¿Qué hago?". Y empezamos a analizar las distintas situaciones posibles, y yo te diría que nos dimos cuenta de que la discriminación es tremenda, con los viejos, con los discapacitados, hasta en el orden productivo, donde las cosas que pueden ser ayudas técnicas están pensadas como negocios, los aparatos, las cosas, todo negocio. Y esto hace que no sean accesibles para la mayoría de la gente, sobre todo de recursos limitados. Entonces me voy a dedicar a hacer accesibles las tecnologías necesarias para la gente. En vez de mirar qué es negocio, miro qué es necesario y cómo hacerlo. Me iba a un geriátrico, me iba a un hospital, y preguntaba: "¿En qué te puedo ayudar?".

**—¿Cuáles son y cómo han surgido las ideas para los dispositivos que han desarrollado?**

—Uno de los primeros inventos que desarrollamos en el Centro surgió a raíz de una visita que hice en un hogar, en San Martín. Un hombre me dice: "Don, usted que hace cosas, ¿no puede hacer algo para los bastones?". Y a mí la verdad es que me sorprendió la pregunta y le dije que hay bastones de madera, de aluminio, mango redondo, mango derecho, no se me ocurría otra respuesta. Y el hombre me dice: "No, no, no. Don, ¿no puede hacer algo para que el bastón no se caiga?".

2. Actualmente se llama Centro de Tecnologías para la Salud y la Discapacidad. Disponible en: <https://www.inti.gob.ar/discapacidad/index.html>

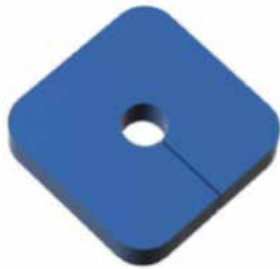
"Porque si se cae el bastón, me tengo que agachar y corro el riesgo de caerme, o necesito que alguien me ayude". Eso se llama dependencia.

Cuando vuelvo al INTI, les pido a los muchachos que busquen en internet, para ver qué hay en el mundo para evitar que los bastones se caigan. A los tres días, luego de una búsqueda exhaustiva me dijeron que no había nada. Y uno de los muchachos me trae un pedazo de suela de ojota, con una ranura en el centro. En esa ranura se coloca el bastón, lo que permite apoyarlo en la pared y que no se caiga, ya que el soporte es plano.

¿Hicieron falta 5.000 años para hacer esto? ¿Querés un ejemplo más claro de que nadie les da pelota a los problemas de los viejos? A partir de esto, ¿qué pasó? Digo: "Hay que hacer esto para que todos los viejitos tengan esto". Entonces llamo a PYMES y les propongo: "Muchachos, hay que fabricar esto". "Y Rafael, ¿a cuánto querés que se venda esto?". "A 5 mangos, qué sé yo. Yo quiero que todos los viejitos que lo precisen lo tengan". "No —me dicen—, no hay negocio". "¿Cómo no hay negocio?". "No, no hay negocio. Tenés que hacer una cosa más cara. De acero inoxidable, qué sé yo, que valga 200, 300 pesos". Les digo: "No, quiero una cosa barata, para que todos los viejitos la tengan". Pero no hubo caso.

También hicimos un dispositivo que sirve para levantar las medias. Yo tengo una pierna que no puedo levantar bien, por lo que no me puedo poner la media. Si yo voy al INTI con una media sí y con otra no, van a decir: "El ingeniero está viejito, ya no se da cuenta de ponerse las dos medias". Entonces hicimos un dispositivo como un inserto de plástico, que tiene dos tiritas. Metés el pie, tirás la tirita y te quedó la media puesta. También hicimos un dispositivo para abrocharse los botones cuando tenés los dedos duros. Hicimos uno para rascarse la espalda. Pero no conseguí quién los fabricara.

### Apoya bastón<sup>3</sup>



### Calzador de medias



### Calzador largo



<sup>3</sup> Imágenes extraídas de la publicación "Dispositivos para la vida cotidiana" del Centro de Tecnologías para la Salud y la Discapacidad del INTI. Disponible en: [https://www.inti.gov.ar/pdf/publicaciones/cuadernillos\\_discapacidad/06-Dispositivos-vidacotidiana.pdf](https://www.inti.gov.ar/pdf/publicaciones/cuadernillos_discapacidad/06-Dispositivos-vidacotidiana.pdf)

### Abrocha botones



Entonces dije: "Los viejitos tienen que hacerlos". Hicimos dibujitos. Como soy ingeniero, hago planos de todo eso, ¿no? Y empezamos a convocar a jubilados, cuidadoras domiciliarias de una localidad. Y vienen más o menos 90 viejitas y 10 viejitos. La mayoría son todas viejitas. Y les enseñamos a fabricárselos solos. En una mañana fabricaron los dispositivos. Ocho dispositivos diferentes tengo de estos.

Te cuento una anécdota muy linda. En una de estas reuniones en las que los viejitos hacían, una señora me dice: "Don, don, ¿no puede hacer algo para levantarse la bombacha?". Fue una risa... Le respondí: "Sí, bueno, un aparatito para levantarse la bombacha".

De estos talleres hemos hecho muchos. Pero cuando vos pensás en la cantidad de gente que hay y que les vendrían bien todos estos dispositivos, te das cuenta de que igual esto no te alcanza. No me los quisieron fabricar. Entonces, hice los talleres. Hice diez talleres de cien personas. Son mil. Pero hay cientos de miles que los necesitarían. Recientemente hice una linda experiencia en el Chaco. Como soy chaqueño, tengo relaciones allá y, entonces, dije: "Mirá, vamos a ver si el Chaco hace una cosa distinta. Convocate a jubilados con ganas de transferir la experiencia. Es decir, yo quiero ser capacitador de capacitadores. Traéme gente de todos los municipios". Y juntaron en Resistencia, 110, y Sáenz Peña, otro pueblo, 90, 210. Un día en un lado, otro día en el otro. Hicieron 1950 aparatitos. Realmente una locura fue esto....

Todo es muy sencillo, imaginate vos que las herramientas para hacer los ocho dispositivos son el cuchillo Tramontina de la cocina, una tijerita y un lápiz. Porque traté de que sean elementos simples y que la fabricación sea fácil para que puedan hacerla. La verdad es que, además, me divierto. En los talleres realmente ves a la gente contenta. Es lindísimo ver cuando muestran el resultado del trabajo y realmente es algo que ayuda para mejorar la vida cotidiana.

Yo quisiera que en cada lugar se hicieran varios talleres para que llegue a la mayor cantidad de gente. Y que esto que hice en el Chaco se haga en todas las provincias. Y acá es uno de los grandes problemas. La innovación no fue mi problema. Nosotros desarrollamos, no yo, pero con mi gente, más de 40 dispositivos que son ayudas técnicas accesibles. Hacemos el prototipo, lo probamos, anda bien, ¿y? ¿Cómo hago para que la gente sepa que esto existe? ¿Cómo hago para que la gente lo use? Entonces, acá hay todo un comportamiento, vamos a llamarle de la sociedad, ya sea del mercado o ya sea de los organismos públicos, que no implementan la difusión de las cosas. Tengo que hacer de predicador, recorro los municipios, me reciben muy bien, el intendente, la gente, vienen 200 personas y hacemos la reunión con las viejitas y viejitos. Pero el tema es que no tengo fuerza para que esto se haga en todo el país. No soy autoridad competente para esto. Y no encontré la forma de que realmente en cada provincia se haga lo que se hizo en el Chaco.

**—Frente a los cambios sociales, demográficos y culturales, ¿cuál es el rol que se les asigna a las personas mayores en la sociedad?**

—Este es un tema muy serio y para abordarlo tenemos que hablar de la evolución de la vida. Y vamos a recordar que cuando nacemos no sabemos ni hablar, ni comer, ni caminar. Nos hubiéramos muerto así. Sin embargo, la sociedad resolvió el problema. No se mueren los chicos. Y esa es la primera etapa de la vida. En la segunda, nadie sabe ni escribir ni leer. Sin embargo, la sociedad lo resolvió: la gente estudia, lee, escribe, tiene conocimientos. Segunda etapa de la vida. Tercera etapa: trabajo. Trabajás, ganás dinero, te casás, tenés hijos, comprás cuadritos, comprás la bicicleta; si te da el cuero, comprás un auto. Llegaste a los 65 años y decís: "Bueno, ahora termina, ahora te jubilás". ¿Y qué hago ahora? ¿Y cómo se inventó esta jubilación? En 1900, un industrial alemán llegó a la conclusión de que la gente a esta edad ya tenía dificultades físicas, psicológicas, intelectuales, y que no tenía sentido que siguiera trabajando. Y que, además, se iba a morir en dos o tres años. La esperanza de vida en 1900 era de 40 años. Entonces, no era cierto lo de las capacidades intelectuales y qué sé yo, pero sí era cierto que se morían en dos o tres años. Ahora no nos morimos nada en dos o tres años. Somos capaces de vivir 20 o 30 años.

Yo tengo 92 años nomás y aún tengo toda la vida por delante.

La sociedad, el Estado, nosotros mismos y los propios viejos, no terminamos de sacudirnos, de darnos cuenta de que el cambio es espectacular. No solo viven 20, 30 años, que es casi tanto como lo

que trabajaste. Entonces, toda una etapa de la vida, a la cual además llegaste vos con experiencia y además de la experiencia resulta que venías trabajando diez horas por día y ahora no trabajás más. Entonces, tenés experiencia, talento acumulado, diez horas libres, y decís: "Mirá, acá hay que buscar la manera de entretenerse". Entonces vamos a jugar al dominó, vamos a jugar a las bochas. Pero ¿qué querés? ¿Que juegue 30 años de mi vida? ¿A qué querés que juegue? Viajá. Pero hay que tener guita para viajar todo el año. ¿Qué están diciendo? Entonces, esta etapa de la vida no ha sido encarada. Es una cuarta etapa en la cual tenemos la deuda todos nosotros y tenemos que pensarla seriamente.

En los congresos y reuniones a los que asisto, en relación con los viejos, escuchás preocupación, una gran preocupación. Cada vez hay más viejos y que viven más tiempo. Y así se prenden las alarmas. No hay que alarmarse por eso. Alarmate si llegás a esa edad pobre y enfermo. Pero si la gente puede vivir estos años en mejores condiciones, como está pasando, porque realmente toda la ciencia, la tecnología, la medicina están ayudando a que vos superes las deficiencias del envejecimiento, que, en última instancia, son deficiencias orgánicas, digamos que se producen en distintos momentos y distintas situaciones, pero que van siendo superadas. Vos tenés dificultades en la visión, no oís, con los anteojos lo resolvés, con un audífono mejorás, con un bastón te la rebuscás. O sea, no es que de golpe vos te volviste viejo y ya reventaste.

Entonces, ¿cómo se enfoca este tema? Si vos escuchás las conferencias, todo es asistencialismo, todo está orientado a mostrarte que estás ayudando a alguien que fue, que ya no es más, que le falta, que no tiene, que casi te diría como un descarte. Esta es la realidad de lo que se considera a los viejos. Y, además, te dijeron poco. A estos tipos hay que mantenerlos y no laburan, no hacen nada. Y además te dicen: "Mirá, se les paga la jubilación, que la pagamos entre todos". Y además te dicen: "No va a alcanzar la plata". Y, además, el sentimiento es realmente qué hacemos con este. En algunos casos, realmente las expresiones que vos ves, leés y escuchás son más o menos como que vos te sentís que estás fuera de lugar...

Entonces, el rol que les asigna la sociedad a los viejos es el de considerarlos una carga. Y lo notable es que muchos viejos viven con esta carga y se sienten una carga. Y cuando se sienten una carga, en realidad, buscan la dependencia. Y entraron en el juego este. Y sienten que ya no son más, que ya cumplieron. Pero no es así. En relación con el tema de la capacidad intelectual, se descubrió que hasta el último día de la muerte tenés producción de neuronas, lo que quiere decir que no es cierto que el viejo no tiene más neuronas. Antes sabíamos nosotros que el cerebro te ayudaba a pensar. Ahora se sabe que si vos pensás, actuás sobre el cerebro y el cerebro va a actuar sobre el



organismo. Y depende de tu pensamiento. Si el pensamiento, de gente de 80 o 90 años, es sentarte y decir: "Pucha, ahora no puedo más, ya no es como antes; si no hubiera hecho tal cosa, no me hubiera quedado así...". Si vos entrás en la nostalgia, evidentemente, tu pensamiento actúa sobre tu cerebro y tu organismo en esa dirección. Y, obviamente, tenés una vida de miércoles. Si tu pensamiento es positivo, y estás pensando y haciendo cosas nuevas, esto actúa sobre las neuronas y actúa sobre el organismo.

**—Entonces, ¿cómo cree que debería abordarse esta cuarta etapa de la vida?**

—Me parece a mí que hay que pensar que el tema de asistencialismo y entretenimiento no alcanza. Que lo mejor que le puede pasar a una persona jubilada es que trabaje. Pero, evidentemente, no se trata de trabajar como trabajabas antes. Lo que yo digo es lo siguiente: jubilarse de un trabajo contractual no tiene por qué ser jubilarse de la vida. Me jubilo del trabajo que me pagaban, pero ahora tengo que seguir trabajando, porque mi cerebro actúa. Estoy vinculado con la sociedad, estoy integrado, tengo un motivo para levantarme a la mañana y no quedarme en la cama. Es decir, el trabajo, la única cosa que sí me parece hay que aclarar, porque, evidentemente, los años no vienen en vano. Entonces, no se trata de trabajar ocho o diez horas por día reventado como hacía antes. Y tampoco se trata de trabajar en cosas que no gusten. Pero, ¿por qué no esta posibilidad?, esta inflexión en la vida. Así como 30 años trabajaste, sujeto al tiempo, sujeto al jefe, sujeto a las exigencias, y además metido con el consumismo, que tenés que comprar esto, y tenés que comprar aquello, y tenés que atender esto... Te jubilaste y te liberaste de todo eso. Yo creo que esto puede hacerse. No es tan fácil, porque mucha gente compró el viejismo.

Me pasa a mí. Recuerdo cuando capacité en Tafí Viejo a 30 chicos para que aprendan a hacer el aro magnético para las personas sordas. Al día siguiente, fuimos a instalarlo a una escuela de sordos. En el momento en el que estábamos probando, una chiquita con una cara muy iluminada le hace seña a su maestra diciéndole que estaba escuchando música por primera vez en su vida. ¿Te imaginás? La maestra nos cuenta eso llorando, y lloramos todos. Y uno de los chiquitos de la escuela técnica me tira del saco y me dice: "Don, yo nunca pensé que lo que yo sabía, que es tan poquito, puede servirle tanto a otro".

¿Vos creés que esto te lo cambio por un viaje, por una bicicleta, por cualquiera de las cosas que se suponían que tenía que hacer durante la vida de jubilado?

Entonces, si nosotros logramos esta inflexión en la vida, en la que realmente el tener da lugar al ser; es decir, si yo tengo solamente, no soy, y esto surge de la necesidad del otro. Si vos das respuesta a una necesidad del otro, esto te produce una tremenda satisfacción. Pero, además, si pensamos que no es fácil mantenerte 30 años de la vida jubilado, porque realmente los costos sociales y todo esto, si pensamos que el trabajo es, en realidad, producir bienes y servicios para la comunidad, ¿hasta cuándo tendría que trabajar un ser humano? Hasta que quiera y pueda. ¿De dónde inventaron que hasta los 60 años? ¿Por qué? Mientras quiera y pueda... Entonces, ¿qué trabajo? Porque acá se plantea una crítica que te dice: "Bueno, escúcheme, los jubilados le van a quitar el trabajo a la otra gente". No se trata de crear trabajo o de que trabajen en lo que está trabajando la otra gente. Se trata de pensar: ¿hay problemas y hay necesidades en la sociedad argentina? Sí, está lleno de problemas. ¿El trabajo qué es? Producir un bien y un servicio. Puede ser un auto para el que tiene gaita, y por qué no cosas para la gente más pobre o para los que lo necesitan.

Yo creo en la idea del envejecimiento productivo, y lo digo con más claridad: que tenga un trabajo concreto, un trabajo placentero, un trabajo que le guste y, además, el tiempo que él esté dispuesto a darle. No solo eso, la experiencia y la capacidad, y las horas puestas en un trabajo placentero, ¿te imaginás la cantidad de bienestar que pueden producir en una sociedad?

Debe revertirse esa idea que tiene la sociedad hoy de que el viejo es una carga. Es al revés: el potencial de la gente mayor, adulta, de los jubilados, en este momento de la vida humana, es un potencial que la sociedad no tiene derecho a perder. Y que tiene la gran ventaja de que, cuando vos la ejecutás, sentís una satisfacción personal, porque te produce el placer de haber hecho algo para el otro, que es un placer mayor que el de las cosas que tuviste. Las que tuviste en la vida ya pasaron, ya no estás queriendo de vuelta... No vas a querer tener hijos de vuelta a los 80 años ni querés tener de vuelta la bicicleta o el auto, o volver a comprar la heladera. Ya, digamos, tu cabeza y tu mente están en otra cosa. Y esa otra cosa es en ser, en sentir, en dar. Es el otro el que te obliga.

¿Y cómo se hacen estas cosas?

Puedo dar una noticia linda. Esto lo expuse en un congreso de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, y alguna gente escuchó y nos vamos juntando con quienes comparten esta idea.

Así, comencé a participar y ahora ya soy miembro de un organismo que se llama *International Longevity Centre* (ILC) de la Argentina, a donde llevé esta idea también, y estuvimos elaborando una especie de encuesta para darnos cuenta y entender qué hizo —vamos a llamarle "el Viejo"—, ¿de qué tiene ganas? Y descubrimos que hay gente que no se puede imaginar un trabajo placentero, porque no lo tuvo

en su vida, y como no está en el mercado ese trabajo, no tiene cómo imaginárselo. Pero existen. Es decir, hay que transformar la necesidad en el trabajo.

A partir de eso, me vinculé con la Dirección de Tercera Edad del GCBA y comenzamos a trabajar esta idea para encarar un lindo proyecto en conjunto sobre envejecimiento productivo.

### **—Dentro de este contexto, ¿cuál es el rol del Estado?**

—Por un lado, estamos viendo estas necesidades y, por el otro lado, estamos viendo capacidades. Ahí va a venir el gran dilema, el gran problema: ¿cuál sería el rol del Estado? El rol del Estado es fundamental acá, porque ubicada la necesidad y la capacidad, a lo mejor tenés que terminar esto en una empresa que produzca algo, ya que la capacidad y la necesidad pueden existir, pero no tienen por qué juntarse.

Y nosotros estamos acostumbrados a hacer estudios, encuestas, todo esto, y terminamos diciendo: "Esto es así". ¿Y a mí qué me importa que sea así? A mí lo que me interesa es que resolvamos el problema. Entonces, vas a tener que fomentar la manera en la que la gente que está dispuesta a hacer algo pueda brindar el servicio que se necesita, ya sea un servicio, ya sea por vía de una cooperativa, por vía de una empresa, y en esto tenés que involucrar a toda la sociedad. Es decir, creo que es el Estado, ayudado por la sociedad y por los propios protagonistas. Este es el desafío de la humanidad para el futuro.

La idea es que el Estado vaya contribuyendo para que cada vez haya más gente jubilada que esté en mejores condiciones de poder dar a la sociedad. O sea, no estoy pensando que los cinco millones de jubilados del país de golpe van a poder contribuir. Sin embargo, la gente más pobre jubilada también tiene posibilidad de hacer cosas que son útiles y necesarias, y no en todos los casos tenemos que decir que esto tiene que ser voluntario o gratuito. A mí me preguntan cómo tiene que ser el trabajo de los jubilados. ¿Rentado? No te contesto, no sé. Si se puede pagar por un trabajo que no lo está haciendo el otro, que contribuís con una docente. Uno de los temas que surgieron ahora es interesante: proyectos en los cuales se está educando. Se está tratando de enfocar el tema de los chicos que no aprenden, porque en la familia son corruptos, ladrones, no tienen alimentación, pero que en la práctica se sienten con una historia de vida de exclusión. Los educadores han llegado a lo que pareciera ser que si logran que el chico pueda hacer su propia historia y entender cómo fue su vida y qué le pasó, y que no tiene por qué pasarle lo mismo, puede zafar de esto, esto es importante. Entonces, una educadora amiga mía dio el año pasado varios cursos sobre esta temática. ¿A quién? A educadores.

Cuando me lo cuenta... ¿vos creés que una maestra hoy, encima de todo el laburo que tiene, de educación, social, de todo, puede tener la posibilidad de ocuparse de esto? No lo va a hacer. Pero ¿qué te parece si nosotros tenemos maestras jubiladas que trabajaron 30 años con chicos y con maestras? Que, si vos les preguntás si quieren dar clases a los chicos, lo más probable es que te digan que no; pero si vos les decís: "Mirá, acá se trata de colaborar con la maestra en la función esta de rescatar a estos chicos", creo que puede interesarle a mucha gente. Ya estamos armando una primera reunión, con una educadora y con jubiladas a ver qué les parece esta idea. Pero te das cuenta de que esto la maestra no lo puede hacer, y nadie del sector privado lo va a hacer. ¿Y quién lo va a hacer? Los jubilados.

Yo me estoy preparando para cuando sea viejito. Pero, digo, me siento muy contento con la vida que hice y con lo que estoy haciendo. Y hay mucha gente que está en estas condiciones. Mucha gente amiga que tengo me dice: "Rafael, yo quisiera hacer algo, pero no sé dónde, no sé qué". Y es mucha gente. Entonces, nosotros, desde el Estado, desde los organismos públicos, tenemos que ir encontrando esta posibilidad para que la gente que tiene ganas pueda encontrar algo para hacer. Ya hay gente que tiene ganas de hacer algo y no sabe dónde. Entonces, ese sería nuestro primer enfoque a esta gente. Y vos te das cuenta de que la gente que se pasa diez años jubilada y no hace nada, si le das la posibilidad de hacer algo en lo que se sienta útil, te cambia la vida.

Donde vos metés la mano, vas a ver que hay funciones que las cubrís vos, como jubilado en un tiempo determinado y que no la puede hacer otro. Este caso del apoyo a los docentes, del apoyo a las enfermeras, y también digamos la producción, podemos llegar a encontrar cosas así. Es un desafío. No está clarísimo todo esto. Pero si está claro el camino al que tiene que apuntar esto. El jubilado cada vez más tiene que sentir placer por hacer una cosa útil para el otro, y sentir esto como su satisfacción. Y, de esta manera, contribuir con la sociedad y contribuir con él mismo. Y hay que apuntar a eso, y esto no está resuelto. La cuarta etapa de la vida tenemos que fabricarla todos nosotros.

# Discriminación por edad

**Mónica Roqué.**

Médica. Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con especialización en Tercera Edad. Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá, España. Directora del Centro de Estudios sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social del Cono Sur.

**Juan Sebastián Amaro.**

Sociólogo. Cursó la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional en la UNMDP. Cursó el Programa de Actualización en Comunicación, Géneros y Sexualidades en la UBA. Diplomado en Derechos Humanos de las Personas Mayores en PAMI. Coautor de publicaciones. Actualmente se desempeña en el área de Monitoreo de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social.

*"En su Informe Anual del año 2003, el Defensor del Pueblo Andaluz daba cuenta de la queja de una mujer de 64 años, en la ciudad de Córdoba, a quien por razón de su edad se le había restringido el uso de las instalaciones de un polideportivo municipal, autorizándosele únicamente la participación en un grupo de gimnasia 'para la tercera edad'. En su queja al Defensor del Pueblo, esta mujer expone que lleva diez años realizando actividades deportivas en gimnasios privados sin jamás haber tenido ni causado ningún problema. Precisamente, según señala en su escrito, fue la apertura de ese polideportivo municipal lo que motivó el cierre del gimnasio al que solía acudir".*

Juan Antonio Herrero-Brasas

---

**Envejecimiento de la población**

El envejecimiento de la población trae aparejado la lucha de las diferentes generaciones por ganar espacios y conlleva a una calificación/descalificación de esos grupos etarios. La lucha por los espacios laborales y políticos, por el acceso a la salud, por la distribución de los recursos y muchas otras situaciones ponen en desventaja a las personas de 60 años y más con respecto a grupos más jóvenes. Pero es necesario plantear que esta es una

falsa dicotomía, dado que los aportes de las personas mayores a estos espacios son diferentes y complementarios a los de grupos más jóvenes.

Hoy estamos en presencia de un mundo envejecido. Las causas del envejecimiento poblacional son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad y, en menor proporción, las migraciones.

Mientras que en 1990 las personas mayores de 60 años alcanzaban el 9% de la población mundial, en 2015 alcanzaban el 12,3% (901 millones). Se estima que para 2030 este porcentaje se habrá incrementado a 16,5% (1.402 millones) y para 2050 a 21,5%, (2.092 millones), lo que superará la proporción de niños y niñas menores de 15 años (The World Population Prospects: 2015 Revision).

En la mayoría de los países del mundo, la esperanza de vida (EV) ha aumentado. Para 2015 la EV aumentó a nivel mundial a 71,4 años; para los varones, de 69,1, y de 73,8 años, en las mujeres (Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011).

La mayor esperanza de vida para las mujeres la encontramos en Japón (87 años), mientras que la mayor esperanza de vida en los varones se observa en Islandia y asciende a los 81,2 años (OMS, 2014).

El aumento de la EV es producto de la disminución de la mortalidad tanto general como la infantil (Notas de Población, CEPAL, 2015). Este cambio es producto del desarrollo económico y el mejor acceso a la salud en una población. Cuanto mayor es el nivel económico de un país, mayor será su expectativa de vida. Pero también el desarrollo en la prevención y atención de salud son factores importantes que logran que la población viva más años; el descubrimiento de los antibióticos, las vacunas y las mejoras en el sistema sanitario han producido un aumento de la expectativa de vida, aun en países pobres (OMS, 2015). Por ello en las últimas décadas encontramos un mayor aumento de la población de personas mayores en países de ingresos medios y bajos, pero con escasos recursos para el desarrollo de una vejez activa y saludable, lo que significa un problema grave y urgente de atender para los gobiernos.

**Tabla: Esperanza de vida al nacer y Esperanza de vida a los 60 años. 2011.**

Regiones	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 60 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
<b>África</b>	52	56	14	16
<b>Las Américas</b>	73	79	21	24
<b>Mediterráneo oriental</b>	64	67	16	18
<b>Europa</b>	71	79	19	23
<b>Sur de Asia Oriental</b>	64	67	15	18
<b>Pacífico occidental</b>	72	77	19	22

**Fuente:** Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

La segunda causa del envejecimiento poblacional es la caída de la fecundidad. Esto es debido a la aparición de los anticonceptivos y a los avances en los derechos de las mujeres de poder decidir (cuando los contextos socioeconómicos lo permiten) el número de hijos que desean tener. Anteriormente, las tasas de fecundidad mundial eran de 5 a 7 hijos por mujer. Observamos en 2015 que estas tasas han caído y en algunos países, incluso, por debajo del nivel de reemplazo (2,1) (OMS, 2015). La tasa global de fecundidad (TGF) en América Latina y el Caribe (ALC) bajó aceleradamente. En 1960 era de 6 hijos por mujer y en 2000 descendió a 2,5. Actualmente la TGF es de 2,1 hijos por mujer. Sin embargo, este proceso de declive de la fecundidad ha tenido distintos ritmos dentro de la región, de manera que en 2010-2015 se encuentran países como Cuba, con 1,5 hijos por mujer, y Guatemala, con 3,7 (Sandra Huenchuan, 2013).

La tercera causa son las migraciones. Algo más de 20 millones de latinoamericanos y caribeños viven fuera de su país de origen, cifra que equivale a poco más del 10% de los migrantes en el mundo (El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, 2003). Las migraciones suelen tener efecto en la estructura poblacional. Cuando los que migran son niños y jóvenes, la población que queda envejece, mientras que, si los que migran son personas mayores, la población rejuvenece.

### América Latina y el Caribe

En los últimos 60 años, el promedio de vida de la población de América Latina y el Caribe aumentó 22,5 años. La esperanza de vida promedio para la región en el período 2015-2020 es de 75,9 años; para el varón es de 72,6 y para la mujer es de 79,1 años (Observatorio Demográfico, CEPAL, 2015). Los países que presentan mayor longevidad (2015-2020) son Costa Rica con 80,1; Chile, 79,7; Cuba, 79,6, y Uruguay, 77,8 para ambos sexos. En la Argentina, la esperanza de vida (EV) alcanza los 76,8 años (Observatorio Demográfico, CEPAL, 2015).

En 2016, las personas de 60 años y más ascienden a 73,5 millones, lo que representa al 11,5% de la población regional (CEPAL, 2016). Se espera que en 2030 se alcance la cifra de 121 millones de personas y que en 2050 se llegue a los 200 millones, lo que constituiría el 26% de la

población. Esto nos muestra que a corto y mediano plazo es inevitable que aumente el número y la proporción de personas de edad, dado que es el correlato de cohortes numerosas que ya han nacido (Observatorio Demográfico, CEPAL, 2015).

### La Argentina

La República Argentina es uno de los países más envejecidos de la región. Según el INDEC, la población total en 2016 fue de 43.590.368 habitantes, y la cantidad de personas de 60 años y más ascendió a 6.555.260, lo que representa un 15% de la población total (Proyecciones Demográficas, INDEC). La mayor esperanza de vida de las mujeres nos muestra que son el grupo de mayor proporción (el 57% de las personas de 60 años y más). A medida que avanzamos en edad, el grupo de mujeres se vuelve aún más numeroso, de allí el término de feminización del envejecimiento. A su vez, la esperanza de vida promedio para ambos sexos en nuestro país alcanza casi los 77 años, en tanto para las mujeres es de 80 años y para los varones desciende a los 73 (Observatorio Demográfico. Proyección de Población, CEPAL, 2015).

### Edades

Es cierto que existe una discriminación por edad, pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de edad?

Desde la gerontología, distinguimos tres tipos de edades:

- i. **Edad cronológica.** Referida a la cantidad de años. Sobre la base de esta se define el ingreso a la vejez y, en consecuencia, la edad a partir de la cual una persona es considerada mayor. El consenso sobre la edad en que se ingresa a la vejez puede resultar conflictivo y es motivo de debates en todo el mundo, sobre todo si se tiene en cuenta que en función de ella se organizan los sistemas previsionales que asimismo atañen al mercado de trabajo. A su vez, resulta imprescindible para definir a la persona mayor como sujeto de políticas públicas orientadas a la

vejez. En esta línea, la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM. Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental) define como persona mayor a aquella que supere los 60 años, siempre y cuando un país no lo haya establecido internamente por ley. No obstante, aclara que la edad de entrada a la vejez no puede superar los 65 años.

- ii. **Edad fisiológica.** Se refiere al envejecimiento físico y se asocia al estado de salud de las personas. Suele vincularse a las capacidades funcionales para la vida cotidiana y permite establecer el grado de autonomía e independencia de las personas, razón por la cual es de gran interés para la gerontología. La información que brinda esta edad es más personal, dado que cada persona envejece fisiológicamente de modo individual y particular (Amaro y Roqué, 2015).
- iii. **Edad social.** Se asocia a comportamientos y roles sociales que se esperan de una persona en diferentes momentos de la vida. En este sentido, la edad clasifica e impone límites, expectativas y conductas sobre las que deben actuar las personas (Bourdieu, 2002). Esta edad es evidentemente una construcción sociocultural, ya que varía a través del tiempo y de los contextos. A medida que el proceso de envejecimiento avanza en la persona, esta, adquiere los atributos de ser vieja y, de esta forma, aparece la idea de vejez. La vejez ha existido a lo largo de la humanidad y se ha definido de variadas formas. Actualmente, la CIPDHPM conceptualiza a la vejez como "construcción social de la última etapa del curso de la vida" (OEA, 2015). Junto a la modificación de los atributos de ser viejo varía también la forma de nombrar al sujeto de la vejez. En este sentido, la literatura gerontológica señala que las referencias a las personas viejas se han ido modificando, por lo que se pueden registrar términos, tales como seniles, ancianos, pasivos, jubilados, personas de la tercera edad (Iacub, 2016) y la actual denominación convalidada también por la CIPDHPM

que refiere a persona mayor o persona adulta mayor (OEA, 2015).

La manera más simple de definir a una persona o a una población como envejecida es señalar una edad cronológica a partir de la cual ya se está en la vejez. En la mayoría de los países del mundo, la edad para las prestaciones previsionales es a los 60 o 65 años. Este valor numérico para definir la entrada en la vejez es concebido a fines del siglo XIX, dado que era alrededor de esas edades cuando se observaban un decaimiento en la salud y pérdida de la capacidad física y psíquica que demandaba cuidados especiales y, por lo tanto, la necesidad de retirarse del trabajo. El canciller Bismarck introduce en 1889 el primer sistema de seguridad social en Alemania, que ha servido de modelo para otros países (Chande, R. y González González, C., 2008). Desde entonces se considera los 60-65 años como la etapa de retiro en la que se le otorga una pensión y algunos otros beneficios destinados a la vejez, y se los incluye en los registros estadísticos de la población, la economía y la atención a la salud desde la perspectiva del envejecimiento. En las épocas en que se estableció esta edad, pocas personas llegaban a los 65 años y quienes la alcanzaban tenían expectativas de vida de apenas cuatro o cinco años más. Pero el siglo XX estuvo lleno de revoluciones tecnológicas, científicas y de la salud, que alteraron enormemente las tendencias demográficas y dieron paso a la longevidad y el envejecimiento demográfico.

Cierto es que la entrada a la vejez y sus significados fueron cambiando a lo largo del tiempo. En Esparta antigua, existía la Gerusia (de allí el término "geronte"), que era el órgano de gobierno integrado por 28 ancianos mayores de 60 años. En esta época, ser una persona mayor era considerado un valor, una etapa en la que se alcanzaba cierta sabiduría y poder. En la antigua Roma, se consideraba que aquellos ciudadanos con más de 60 años formaran parte del Senado (Seniles), dado que esa era la edad adecuada para aportar de forma positiva a la vida institucional. En el siglo XIX, este término pasó a tener una carga negativa al asociarse con enfermedades de la vejez (senilidad) (INADI, 2016).



## Discriminación por edad

---

### ¿Qué dice la Convención Interamericana?

En la actualidad, la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental), aprobada por la Organización de Estados Americanos en junio de 2015, y ratificada en nuestro país en 2017 a través de la Ley N° 27.360, nos aporta algunas definiciones para comprender esta etapa de la vida y sus problemáticas, en su art. 2°:

- a) Envejecimiento es "el proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio".
- b) Persona mayor: "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".
- c) Vejez: "Construcción social de la última etapa del curso de vida".
- d) 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 la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada".
- e) Discriminación múltiple: "Cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación".
- f) Discriminación por edad en la vejez: "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".

En el capítulo IV, Derechos Protegidos, el su art. 5° se plantea el Derecho a la **"Igualdad y no discriminación por razones de edad"**. En él se explicita:

**"Queda prohibida por la presente Convención la discriminación por edad en la vejez"**.

Los Estados Parte desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple, incluidas las mujeres, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza o marginación social, los afrodescendientes y las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas pertenecientes a pueblos tradicionales, las personas pertenecientes a grupos étnicos, raciales, nacionales, lingüísticos, religiosos y rurales, entre otros.

El límite de los 60-65 años de edad en la Convención sirve, por un lado, para distinguir quiénes deben recibir prestaciones gerontológicas, geriátricas y del sistema previsional como jubilación o pensión y, por otro lado, a los efectos de establecer una zona de riesgo a partir de la cual toda decisión o acción del Estado que restrinja derechos a este grupo etario se convierte en sospechosa de discriminación (IPPDH, 2012). El límite de edad funciona como una señal de alerta contra discriminaciones, y la inclusión de la edad como categoría sospechosa da lugar a la exigencia de un escrutinio riguroso para la evaluación de la legalidad de aquellas normas o actos que restrinjan el ejercicio de los derechos fundadas exclusivamente en la edad de las personas (IPPDH, 2012).

## El rol de las personas mayores en la sociedad

En las sociedades industriales, las personas mayores no tienen ningún rol significativo. Lo que importa es la producción, y son los jóvenes quienes la llevan adelante. Los mayores están, generalmente, aislados del resto del grupo o reciben ayuda de sus descendientes, mientras no pongan en peligro su nivel de bienestar estándar. Las personas mayores residen en sus propios hogares independientes del resto de la familia, siempre y cuando puedan subsistir por sí solos. Si no disponen de ingresos económicos suficientes, los familiares suelen colaborar con una pequeña parte de su dinero a los mayores para su supervivencia. Solo cuando los mayores no pueden valerse individualmente, el resto de la familia los acepta en su hogar. Los mayores no tienen poder social ni familiar en la mayoría de los casos. En estas sociedades, los mayores no juegan ningún rol familiar importante, a menos que sean los propietarios de grandes fortunas y bienes. Tampoco son los iniciadores de los jóvenes a la vida adulta ni son portadores de conocimiento. El conocimiento producto, de la experiencia deja de tener valor en un mundo globalizado, donde a través de la tecnología los jóvenes acceden a múltiples conocimientos. Cuando por diferentes motivos las personas mayores deben convivir con sus hijos u otros miembros de la familia, no tienen una posición central, sino más bien marginal, como si se tratara "de un invitado del que se espera moleste lo menos posible" (Iacub 2012) y si bien es un papel ingrato, muchos de los mayores lo van asumiendo lentamente, sufriendo un proceso de desempoderamiento progresivo. Pero en las últimas décadas se han podido revertir, en parte, estas situaciones, producto de políticas públicas que han promovido la participación social de los mayores. Hay estudios que demuestran que las personas mayores mantienen redes amplias y suficientes, desarrollan una vida muy activa y son capaces de incorporar nuevos vínculos (Arias, 2004).

Parece inevitable que la vejez se asocie a ciertas connotaciones negativas, que siempre han existido, como las enfermedades y la dependencia, más aún si consideramos que nuestra sociedad forma parte de una cultura denominada *antiaging*, en la que se valora en exceso la juventud y la apariencia. En este esquema, el envejecimiento no tiene cabida o no se lo quiere mirar de frente.

El edadismo (viejismo) o discriminación por edad aparece en un tercer lugar de incidencia entre las distintas formas de discriminación, luego del racismo y el sexismo. El viejismo es, a diferencia del racismo o sexismo, la discriminación perpetrada y propagada por personas que algún día llegarán a ser viejas. Las prácticas discriminatorias sustentadas en el edadismo-viejismo contribuyen a la propia y futura victimización.

Simone de Beauvoir en su libro *La vejez* manifiesta: "Nos negamos a reconocernos en el viejo que seremos", y este no reconocimiento hace que en edades más tempranas discriminemos a las personas mayores sin pensar que luego seremos nosotros los discriminados.

## Mitos y prejuicios en la vejez

Como desarrollamos previamente, la definición de la edad cronológica es un asunto sociocultural. En cada sociedad y en cada momento histórico, se consideraba una edad diferente para entrar en la categoría de personas mayores. El paso de la adultez a la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades y funciones para mantener la autonomía y la independencia, lo que, si bien es un asunto individual, tiene una relación directa con las definiciones normativas que en la cultura se otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social (CEPAL, 2011).

Los mitos como los prejuicios y estereotipos son atribuciones que cambian a lo largo del tiempo, la cultura y la historia. Los prejuicios sobre la vejez parten de la apariencia física, cuando canas y arrugas apartan de los ideales de juventud y belleza y llevan a imputar falta de salud, declive mental e inutilidad. "La discriminación por edad y los estereotipos influyen sobre las actitudes, y estas a su vez afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional" (HelpAge International, 2001). La discriminación por vejez también toma sutilezas, cuando esos estereotipos los adoptan los mismos viejos. No es rara una declaración sobre "lo joven" que alguien se autodeclara "a pesar de la edad", o el impacto de convertirse en abuelo, y los afeites y tintes para disimular rastros y canas en intentos de ocultar los signos visibles de la vejez.

Los prejuicios y estereotipos pueden definirse así:

Los significados atribuidos al envejeciendo y a la vejez que tienen una alta incidencia en el modo en que se representan individual y socialmente los sujetos. Supone concepciones diversas, contradictorias entre sí, dinámicas en el tiempo, con sentidos variables —positivas o negativas—, es decir que son espacios en construcción. Los prejuicios y estereotipos son significados que se sostienen socialmente aun cuando no haya criterios que lo validen científicamente. (FLACSO 2015)

El psiquiatra Robert Butler (1969) concibe el término "viejismo" para mostrar que los estereotipos y las creencias negativas sobre la vejez son una suma de prejuicios producto de la no aceptación del paso del tiempo (Iacub, 2012).

El viejismo es definido como una alteración en los compartimientos, creencias, sentimientos en respuesta a la edad cronológica de un individuo o grupos de personas, donde los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con los estereotipos negativos basados en la afiliación grupal (Iacub, 2012).

**Los estereotipos, prejuicios y mitos son falsas concepciones que pueden favorecer la aparición de conductas discriminatorias.**

## ¿Cuáles son esos mitos y prejuicios?

### 1- La vejez es igual a enfermedad y dependencia

Desde el siglo XIX, la psicología y la medicina han concebido el hecho de envejecer como el declive de la enfermedad física y psicológica. Hasta 1960 la mayoría de los reportes de los médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales estaban basados en personas mayores enfermas e institucionalizadas en residencias

de larga estadía u hospitales, pero este grupo correspondía solo al 5% de la población mayor en países desarrollados (Iacub, 2012).

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCAVIAM, 2012), solo el 9,5% en las personas de 60 años y más presentan dependencia en las actividades de la vida básica.

El hecho de que con el proceso de envejecimiento aumente la prevalencia de enfermedades no significa que la mayoría de las personas mayores estén débiles, enfermas o necesiten asistencia permanente para sobrevivir. Imaginémonos una persona de 60 o 65 años y pongamos en juego nuestros prejuicios. La mayoría de las personas mayores no son frágiles, recién a partir de los 80 años este grupo entra en lo que se denomina "vejez frágil". Según el sociólogo suizo Lalive D'Epinay, se entiende a la fragilidad como la disminución de las reservas fisiológicas, sensoriales y motrices que influyen en la capacidad del individuo para permanecer en equilibrio con su entorno. Que haya una disminución en las reservas no significa que las personas no puedan seguir activas y participando en la vida familiar y social. El concepto del entorno es fundamental para mantener la autonomía de las personas mayores. Si una persona tiene 80 años y camina por una vereda sana tiene más autonomía que una persona de 65 años con alteraciones motrices que debe usar bastón y que camina por una vereda rota. Recordemos la importancia de la edad fisiológica por encima de la edad cronológica. El incorporar el concepto de *entorno* a la definición resulta fundamental para las políticas públicas, debido a que en el entorno se puede cambiar y favorecer o entorpecer la autonomía física de las personas mayores.

### 2- Todas las personas mayores están institucionalizadas

La proporción de personas en residencias de larga estadía en nuestro país es un número muy bajo, solo el 1,3% de la totalidad de personas de 60 años y más viven en ellas, según el Censo 2010 (INDEC).

### 3- Todas las personas mayores presentan deterioro cognitivo

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de las Personas Mayores realizada en 2012, el 75% de 60 años y más entrevistadas manifestaron tener buena y muy buena memoria, y solo el 25% refirió que era regular o mala. Es cierto que, a mayor edad, la posibilidad de sufrir una demencia es mayor, pero no es cierto que todas las personas mayores padezcan demencias. A partir de los 50 años, se producen lo que se denomina *olvidos benignos* y que consiste básicamente en olvidar nombres propios, sea de familiares, vecinos o amigos. Estos olvidos no limitan nuestra capacidad intelectual. Los olvidos malignos son patológicos y lo que se pierde no es el nombre de alguna cosa, sino el significado de la cosa, lo que nos indica que hay daño o enfermedad, y no es propio del envejecimiento normal (IACUB, 2012). Es necesario tener en cuenta que hay factores que inciden en la pérdida de memoria, como el tabaco, el alcohol el estrés, la depresión y la ansiedad, entre otros. Debemos tener en cuenta que las personas mayores tienen una reserva cognitiva o plasticidad neuronal que hace que el cerebro posea un potencial muy importante que le permite seguir aprendiendo.

### 4- Los ancianos son rígidos y estructurados

En primer lugar, hablar de ancianos nos remite a un imaginario social en el que las personas mayores son frágiles, dependientes, y no puede valerse por sí misma. Ya desde la palabra "anciano" encontramos una imagen peyorativa de la vejez. Por ello preferimos utilizar la propuesta de la ONU que es hablar de personas mayores.

En cuanto a la generalidad de que todos son rígidos y estructurados puede solo tenerse presente en un grupo reducido de personas mayores. Los rasgos de personalidad se estabilizan con la edad y serán más rígidos o flexibles, según lo hayan sido siempre y según lo que hayan vivido. La persona mayor tiene una gran capacidad de transformación en cuanto a actitudes, comportamiento o estilo de vida. Presenta mucha flexibilidad para adaptarse a diferentes situaciones, dada su experiencia de vida y las estrategias de aprendizaje adquiridas a lo

largo de los años. Un ejemplo de adaptación y flexibilidad es que cada vez son más las personas mayores que usan las nuevas tecnologías, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores, algo más del 50% usan celulares.

### 5- Ser mayor significa ser menos feliz

Si bien se piensa que la juventud y la adultez son las etapas más felices en la vida de las personas, hay numerosos estudios que manifiestan que la vejez es para muchos la etapa de mayor satisfacción vital. Es así como la ENCAVIAM, 2012, realizada por el INDEC con el asesoramiento de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, en 2012, mostró como resultados que más del 90% de las personas de 60 años y más encuestadas manifestaron estar satisfechas con sus vidas. Muchas mujeres mayores refieren que la vejez es su mejor momento, porque ya están liberadas de las responsabilidades familiares, de su pareja, sus hijos, las cuestiones domésticas, el trabajo formal, etc. Y pueden dedicarse, por fin, a ser lo que realmente ellas quieren.

Para mí la vejez es una de las épocas más felices de mi vida, porque puedo hacer por fin lo que quiero. En el sentido de que puedo elegir lo que hago. Porque antes tenía obligaciones como cuidar a los hijos, con sus inconvenientes, trabajar durante la juventud. Se me pasaron los años volando, hasta que llegó un momento que dije "basta" y me dedico a mí misma, y hago lo que quiero. Y gracias a Dios ahora hago lo que quiero —Mujer de 80 años— (Arber, S. 1986).

### 6- Las personas mayores son asexuadas

En la sociedad, existe la creencia de que al llegar a una determinada edad las relaciones sexuales disminuyen hasta volverse nulas. Sin embargo, los estudios realizados en este campo demuestran cómo la sexualidad y el erotismo siguen estando presentes en gran parte de las personas mayores. La gerontología moderna demuestra

que no solo es posible tener sexo hasta el final de la vida, sino que también constituye una actividad benéfica para un envejecimiento satisfactorio, por lo que se convierte en uno de los pilares del envejecimiento activo. En la ENCAVIAM, se realizaron preguntas sobre la sexualidad de las personas mayores y los resultados mostraron que el 85% de los varones y el 73% de las mujeres de 60 años y más manifestaron que era muy importante mantener una vida sexual activa en la vejez. En México, el 60% de los varones de 60 años y más manifestaron ser sexualmente activos y tiene sexo por lo menos una vez al mes. El 53% de los hombres manifestó haber tenido sexo exclusivamente con mujeres, el 38% exclusivamente con hombres, y el 10%, con ambos (Verdugo Murúa, R., 2017).

Pensar que las personas mayores son asexuadas no deja de ser un mito y un prejuicio, tanto como el extremo de pensar que todos son "viejos verdes". El hecho de ignorarlo produce una discriminación por edad al no incorporar a este grupo en los programas de salud sexual y reproductiva. En la Argentina, la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación llega hasta los 49 años, ignorando lo que les sucede a las personas más allá de los 50 años. Sin embargo, la desprotección de este grupo hace que aumente considerablemente las enfermedades de transmisión sexual y de VIH. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas ONUSIDA, se estima que, en el mundo, hay 3,6 millones de personas de 50 años y más que viven con esta enfermedad y que la prevalencia en este grupo ha aumentado. En Nueva York, uno de cada seis casos nuevos de VIH es de una persona de 50 años y más y en México en 2017 existen 4.673 personas de 50 años y más con VIH (Verdugo Murúa, R., 2017). Esta es una clara discriminación por edad que hacen los Estados y que debería ser solucionada con urgencia.

### **7- Las personas mayores son improductivas porque no pueden trabajar**

Una de las maneras más comunes es la discriminación en el empleo; desde fijar límites de edad para la contratación, no conceder promociones con el argumento de "falta de potencial para progresar profesionalmente", procurar retiros mediante la jubilación

voluntaria, y hasta forzar despidos (Palmore, 1981; OIT, 2003 en Chande, R.; González González, C. 2008).

Como vimos anteriormente las sociedades actuales se organizan en torno a la producción como eje principal, por lo cual las personas mayores están en desventaja a partir del retiro jubilatorio, pasan a pertenecer al mal llamado *grupo de pasivos e improductivos*. Sin embargo, Gillin y Klassen luego de analizar una serie de estudios, demuestran que no se produce una pérdida de capacidad en los trabajadores de edad. Más aún, señalan: "Si es que a la larga disminuye la capacidad para cierto tipo de ocupaciones, no hay absolutamente ninguna evidencia científica de que eso ocurra a la edad de 65 años" (Herrero-Brasas, J.).<sup>1</sup> Levine<sup>2</sup> muestra que existe un ligero declive de capacidad de los trabajadores de edad para determinados puestos, pero de ningún modo un declive pronunciado y general, como habitualmente se tiende a asumir.

Por ello, es importante entender que la jubilación es un derecho de las personas mayores y no debe ser concebido como una desventaja. Pensar que a cierta edad una persona se vuelve improductiva es someterla a una desvalorización social por no cumplir con roles activo-productivos y de lucro que las sociedades modernas imponen.

### **8- Las personas mayores son niños/as**

La pérdida de la capacidad o el declive hace suponer a la sociedad que las personas mayores se vuelven niños. Nada más lejos de la realidad. Las personas mayores siguen siendo adultos con su autonomía (entendiendo por autonomía la capacidad de decidir), y su plena capacidad jurídica. El art. 7° de la CIDHPM habla sobre el derecho a la independencia y a la autonomía. Allí define:

- a) "El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos".
- b) "Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con

1. HERRERO-BRASAS, J., "La discriminación por edad y su efecto en la economía", *Claves de razón práctica*, Nº 196, España.

2. LEVINE, M. *Age Discrimination and the Mandatory Retirement Controversy*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 1988.

quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico".

c) "Que la persona mayor tenga acceso progresivamente 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".

Y el art. 30: "Igual reconocimiento como persona ante la ley" manifiesta "que la persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida".

Las personas mayores no dejan de ser adultos. Tratarlos como niños, infantilizarlos se considera un maltrato psicológico. Lamentablemente, este maltrato es socialmente aceptado y se hace evidente a través de comentarios descalificatorios hacia sus opiniones, así como en la actitud de sustituirlos en la toma de decisiones por considerar que no tienen capacidad o autonomía propia.

## **Discriminación en las políticas de Estado**

---

### **1-Discriminación en el sistema de salud**

En condiciones de crisis económica en los sistemas de salud y de la seguridad social, existe una clara preferencia por atender a la población infantil y a los sectores jóvenes y productivos. Las discriminaciones en los sistemas de salud son de hecho demasiado frecuentes; la primera discriminación surge de la falta de formación especializada que los profesionales del sistema de salud tienen en todo lo referente a los cambios ligados al hecho de envejecer, así como en los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de las enfermedades de las personas mayores. La escasa formación en las facultades de medicina sobre geriatría y gerontología es común en nuestro país. Si bien hay algunas experticias en las carreras de grado de Medicina, Psicología o Trabajo Social, no son universales, en muchas facultades son

materias optativas, y al no ser obligatorias no todos los profesionales que se reciben han pasado por esta formación. En segundo lugar, otro elemento discriminatorio que sufren las personas mayores es su exclusión de los programas de prevención y promoción de la salud. Un buen ejemplo lo constituye la exclusión de las mujeres mayores de 65 años, de los programas de prevención del cáncer de mama. Solo muy recientemente comienzan a diseñarse, en algunas áreas de salud, programas para esta población, que probablemente sea la que está en mayor riesgo.

En la urgencia hospitalaria, las personas mayores suelen ser las últimas atendidas, de las que nadie quiere hacerse cargo, y a las que más tiempo se les hace esperar. En general, una vez que han ingresado en la unidad hospitalaria no son aceptadas de buen grado por los profesionales, entre otras cuestiones, porque su recuperación puede ser más lenta y complicada por la presencia de enfermedades crónicas; además se plantea como problema la ocupación de camas que harían falta para pacientes más jóvenes.

A pesar de que suelen presentar en las urgencias enfermedades más graves que las de los jóvenes, los mayores son los últimos en ser asistidos, por considerar que las personas jóvenes tiene aún más por vivir.

Resulta muy necesario, en la mayoría de los países de la región latinoamericana, el desarrollo de unidades geronto-geriátricas para atender, de manera adecuada, a las personas mayores.

### **2-Discriminación en las instituciones rectoras**

"El Estado es el conjunto de instituciones responsables de hacer efectivas las garantías necesarias para que los sujetos puedan desarrollar su vida, lo cual solo es posible gracias a la voluntad de las personas de reunirse en una comunidad" (Huenchuan S., 2016). Lo que se observa en relación con las instituciones donde el Estado plantea sus políticas públicas suele ser muy heterogéneo dentro del país y de la región. Pasando de Direcciones Nacionales de Personas Mayores, Subsecretaría o Secretarías específicas de políticas gerontológicas a direcciones, departamentos o simples áreas dentro de áreas de mayor jerarquía que atienden a "la Familia,

los niños y adolescentes" o áreas que atienden personas con discapacidad. No otorgarles la misma jerarquía a las áreas de la política gerontológica que a las áreas de niñez, personas con discapacidad, áreas de mujer, etc., es una franca discriminación que debe ser sometida a la "categoría sospechosa" y al cuestionamiento de su importancia dentro del Estado nacional, provincial o municipal.

Si bien en la región de Latinoamérica en la última década la institucionalidad ha ido creciendo, aún falta mucho para que sean reconocidas en igualdad de condiciones que los grupos mencionados. Es frecuente en situaciones de ajuste del Estado cómo las áreas de políticas gerontológicas desaparecen o quedan subsumidas en otras áreas.

### ¿Cómo combatir la discriminación por edad?

Por una parte, la CIDHPM da un marco jurídicamente vinculante para sancionar todo hecho que se produzca por esta causa. Define claramente cuál es el significado de la discriminación por edad y la prohíbe. Se deben generar instituciones, políticas públicas y normativas que estén basadas en el respeto de los derechos humanos de las personas mayores. La toma de conciencia y la difusión de una imagen positiva de la vejez deben ser tomadas también como políticas públicas de gran impacto.

También resulta fundamental incorporar el concepto de envejecimiento activo. La Organización Mundial de la Salud define el "envejecimiento activo" como "el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo" (OMS, 2002).

Se consideró que en el término "activo" se abarcaba más inclusión que descriptores alternativos, como "saludable", "exitoso", "productivo" o "positivo". La intención fue claramente ser bandera de participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y civiles, y no exclusivamente en la actividad física o económica. Por lo tanto, el concepto establece no solo objetivos de salud,

sino también de la participación y la seguridad, porque los tres están inextricablemente unidos.

El envejecimiento activo significa:

- Dar a las personas mayores la posibilidad de participar plenamente en la sociedad.
- Permitirles contribuir activamente a través del voluntariado y de programas intergeneracionales.
- Permitirles vivir con independencia adaptando la vivienda, la infraestructura, la tecnología y el transporte.

Por otra parte, es necesario trabajar con las personas mayores en su empoderamiento. La palabra "empoderamiento" define un proceso de reconstrucción de las identidades de diversos grupos de personas, según Serge Moscovici,<sup>3</sup> aminorados socialmente, cuyo valor social no ha sido reconocido y que, a través de un proceso de transformación individual y social, están reencontrando un nuevo lugar en la sociedad (Iacub, 2012). Es así que la vejez se asocia al declive, la enfermedad y la pobreza del grupo de personas mayores de 60 años, como vimos en los párrafos anteriores. Los prejuicios en la vejez se agravan por estar en la mayoría de los casos de manera implícita. Levi y Banaji (2004) hablan de la existencia de una desvaloración implícita, que no permite asumir por la sociedad hechos que son francamente discriminatorios. No hay un odio o un rechazo profundo hacia las personas mayores, como suele haber por cuestiones religiosas, raciales y étnicas. El rechazo es más solapado, se esconde en la aceptación de sentimientos y creencias negativas de la vejez bajo el sentimiento de la lástima. Sin embargo, esta discriminación implícita socava la autonomía de las personas mayores, dado que no solo gran parte de la sociedad lo cree, sino que ellos mismos terminan por creerlo de ellos mismos. Trabajar los mitos y prejuicios forma parte del empoderamiento de las personas mayores.

Empoderarse significa atribuirse poder, pensarse capaz de poder modificar un cierto orden social y personal. Para que se produzca el empoderamiento hace falta

3. Serge Moscovici fue un psicólogo social francés, nacido en Rumania. Fue director del Laboratorio Europeo de Psicología Social, que cofundó en el año 1975, en la *Maison des sciences de l'homme*, en París.

reconocerse como parte de un grupo, distinguir cuáles son los usos de poder con que se limita o se disciplina a actuar de una u otra manera, y fundamentalmente ser capaces de promover una nueva identidad colectiva que permita reconocerse de una manera más realista y con menos prejuicios (Iacub, 2012).

Para trabajar el empoderamiento resulta fundamental la utilización de un lenguaje positivo que pueda ser utilizado como una herramienta de transformación social. El lenguaje tiene una enorme influencia a nivel de la construcción de imágenes y representaciones.

Para finalizar, es importante entender a la vejez como una construcción cultural, de este modo, aquellas falsas creencias, prejuicios y mitos pueden ser derribados y cambiados con la finalidad de desarrollar sociedades más maduras, más democráticas, más justas, que incluyan a todas las personas de todas las edades, sin discriminación alguna. Podemos concluir con la siguiente aseveración: no es la vejez la que produce la pérdida de derechos, sino la concepción social de la vejez y la manera de actuar de un grupo social sobre otro grupo en condiciones de vulnerabilidad.



## Bibliografía

ARBER, S.; GINN, J., *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Narcea Ediciones, Madrid, 1996.

BEAUVOIR, S., *La vejez*. Editorial Sudamericana, Argentina, 1970.

CARBAJO VÉLEZ, M. C., "Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante", en *Ensayos*, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Nº 24, 2009. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>

CEPAL, *Boletín n°13*, 2016. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/39876-boletin-envejecimiento-desarrollo-13>

CEPAL, *Los derechos de las personas mayores*, Módulo, Chile, 2011. Disponible en: [https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo\\_1.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf)

CEPAL, *Observatorio Demográfico. Proyección de Población*, 2015. Disponible en: <http://www.cepal.org/en/publications/type/observatorio-demografico-america-latina-demographic-observatory-latin-america>

CHANDE, R.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C., "Discriminación en las edades avanzadas en México". El Colegio de la Frontera Norte y El Colegio de México, *Papeles de Población*, Nº 55, CIEAP/UAEM, 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v14n55/v14n55a3.pdf>

FASSIO, A.; ROQUÉ, M., *Gerontología comunitaria e institucional*, Módulo 2, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Ministerio Desarrollo Social de la Nación, Argentina, 2012.

FASSIO, A.; ROQUÉ, M., *Políticas públicas sobre envejecimiento en los países del Cono Sur*, Capítulo 1, FLACSO, Chile, 2015. Disponible en: <http://www.algec.org/biblioteca/POLITICAS-PUBLICAS-VEJEZ.pdf>

FERICGLA, J., *Envejecer: una antropología de la ancianidad*, Herder, España, 2009.

HERRERO-BRASAS, J., "La discriminación por edad y su efecto en la economía", *Claves de razón práctica*, Nº 196. España.: Disponible en: <http://ceoma.org/wp-content/uploads/2016/11/clavesoctubre2009.pdf>

HUENCHUAN, S., *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe*, CEPAL. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf)

IACUB, R., *Erótica y vejez. Perspectiva de Occidente*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

IACUB, R., *El poder en la vejez*, PAMI, Buenos Aires, 2012.

INDEC, *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores*. Serie Estudios. Argentina, 2012. Disponible en: <http://www.algec.org/biblioteca/ENCAVIAM%20-2012.pdf>

Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH), (2014). *Ganar Derechos*. Lineamientos para la formulación de políticas públicas basadas en derechos. Disponible en: [http://www.algec.org/biblioteca/GanarDerechos\\_Lineamientos.pdf](http://www.algec.org/biblioteca/GanarDerechos_Lineamientos.pdf)

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). *Discriminación por edad: vejez, estereotipos y prejuicios*, Argentina, 2016. Disponible en: <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios-FINAL.pdf>

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). *Discriminación por edad: vejez, estereotipos y prejuicios*, Argentina, 2016. Disponible en: <http://www.inadi.gob.ar/biblioteca/book/discriminacion-por-edad/>

OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2014. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/)

OMS, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

OMS, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza, 2015.

ONU, *World Population Ageing*, 2009. Disponible en: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf)

ONU, *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. E/2012/51, Consejo Económico y Social, Ginebra, 2012. Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/SForum/SForum2014/E.2012.51\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/SForum/SForum2014/E.2012.51_sp.pdf)

ONU, "La mujer en el mundo, 2010 Tendencias y estadísticas", 2014. Disponible en: [https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesK/SeriesK\\_19s.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesK/SeriesK_19s.pdf)

"Envejecimiento: mitos y realidades". Ficha 9. Nacional del Adulto Mayor, *Revista Ser Mayor*, SENAMA, Santiago de Chile, 2014. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121719/Arnold\\_RI\\_009\\_2007.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121719/Arnold_RI_009_2007.pdf?sequence=1)

VERDUGO MURÚA, R., "Los derechos humanos de las personas mayores adultas mayores ante el VIH", CNDH, México, 2017.

CHOS  
ONAS  
ORES

SISTEMA  
PREVISIONAL

POLÍTICA FISCAL

SALUD

SALUD

SALUD

SISTEMA  
PREVISIONAL

SISTEMA  
PREVISIONAL

SISTEMA  
PREVISIONAL

SISTEMA  
PREVISIONAL

VIDA DIGNA

POLÍTICA FISCAL

VIDA DIGNA

# SEGURIDAD SOCIAL

SALUD

VIDA DIGNA

DERECH

VIDA DIGNA

SISTEMA  
PREVISIONAL

VIDA DIGNA

SISTEMA  
PREVISIONAL

SISTEMA  
PREVISIONAL

VIDA DIGNA

SISTEMA  
PREVISIONAL

POLÍTICA FISCAL

SALUD

SALUD

VIDA DIGNA  
ORES  
ONAS  
CHOS





**“Al envejeciente se le niega el deseo y, como consecuencia de eso, se le niega la condición de persona”.**

## Entrevista a Eugenio Semino\*

**Eugenio Semino** es gerontólogo y abogado (UBA). Docente universitario en la Argentina, España y en Italia. Presidente de la Sociedad Iberoamericana de Gerontología. Defensor de la Tercera Edad de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

\*Entrevista realizada por el equipo de la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el 12 de noviembre de 2018.

**—En primer lugar, nos gustaría que nos compartas tu experiencia en el ámbito de las personas mayores.**

—Provengo de lo que fue en la época de la dictadura el movimiento de derechos humanos y desde hace 35 años que estoy trabajando exclusivamente en el tema de la tercera edad, pero con mi propia perspectiva. Entonces, tratamos de ver mucho la cuestión en relación con cómo se generan los crecimientos, en qué condiciones, y no hacerlo extrapolado del resto de la problemática social. La sociedad moderna tiene una gran tendencia a sectorizar por edades, pero, en realidad, la sociedad actúa como el cuerpo, por lo que no podemos curar el riñón si tenemos afectado el corazón o cualquier otro órgano. Entonces, durante la dictadura, lo que vimos como primer tema, es que las áreas relacionadas con adulto mayor estaban vinculadas con discapacidad. Durante muchos años fui director general de

Discapacidad y Tercera Edad de lo que era la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Y estaban relacionadas con un concepto que tenía la dictadura de mera beneficencia. Se encargaban las damas de brindar alguna ayuda con lo que les sobraba, para "salvar sus almas en la futura resurrección". Esa era un poco la concepción.

Desgraciadamente sabemos bastante bien (a alguno le tocó ser parte y víctima) lo que fue la dictadura respecto del pobre: desaparición, extradición, cárcel. Sin embargo, ¿por qué algunos suponen que los dictadores fueron malos para un sector de la sociedad y buenos con otro sector? ¿Porque no les hicieron nada a los viejos? De esto no se habla. Nosotros hicimos varios trabajos que, en realidad, surgieron de una cuestión absolutamente empírica. A mí me tocó manejar los grandes hogares de internación, los asilos con más de 3500 personas mayores: Rawson, San Martín, Martín Rodríguez y Raimondi. ¿Sabés cuándo se crearon? En el 78. El año del Mundial. Cuando se empezó a decir: "Los argentinos somos derechos y humanos".

El Rawson fue uno de los hospitales íconos de la medicina a nivel mundial. Martín Rodríguez, que está en Ituzaingó, era un hospital, en aquel momento, de casi dos mil camas. Fue el primer hospital de geriatría de Latinoamérica. La construcción es del año 27. Y la dictadura lo convirtió en asilo.

Y lo particular era que en los hogares teníamos viejos que no tenían jubilación, eran indigentes, pero llamativamente eran muy cultos. Empezamos a ver que eran tipos que habían sido los militantes políticos y sociales de etapas anteriores; anarquistas, comunistas, socialistas, peronistas de la resistencia. Esos tipos habían estado presos, habían sido extraditados, habían vivido de lo que podían y, obviamente, no estaban en condiciones de jubilarse. Estaban interrumpidas sus propias historias laborales, por todo el drama social que habían vivido. Y eran los que teníamos ahí en los hogares.

Así, mientras la dictadura hacía lo que sabemos con los jóvenes, ¿qué ocultaba? ¿Qué metían ahí para que no viera el mundo? La memoria social. Porque esos tipos son el motor de los cambios en la sociedad, no por la acción, que la tienen que hacer otros, sino porque son el combustible que genera el darle racionalidad y parte a una historia, a una generación.

Y en ese esquema, en esa estratificación, cuando viene la democracia y demás, nosotros tuvimos otro error gravísimo y que tiene que ver, a mi criterio, con muchas de las cosas que pasan hoy. Porque creímos que habíamos recuperado la democracia. Sin embargo, mi generación nunca había vivido en democracia. Es más, nuestra militancia no creía en la democracia. Por lo cual, lo que tendríamos que haber dicho a nivel de pacto social hubiese sido "construyamos la democracia". Pero nos quedamos con lo que el sistema nos proveyó: votamos cada tres años y tenemos democracia.

Hoy, la sociedad argentina, no tiene posibilidad de dialogar. Es una sociedad que podría ser explicada por el nihilismo nietzscheano. Nietzsche decía que, en este tipo de sociedades, el diálogo está compuesto por monólogos con interrupciones. Y es lo que nos pasa todos los días: te encontrás con otro, el otro dice lo que venía a decir y vos decís lo que venías a decir, y los dos nos fuimos sin síntesis. Por lo cual, obviamente, ya llegamos al paroxismo cuando ya tampoco escuchamos el monólogo del otro, le ponemos la cara nada más.

Estamos en un problema, y simplemente lo planteo porque, en términos de muchas de las construcciones sociales, siguió y sigue esa impronta. Era el mismo criterio de las damas de beneficencia, que, en muchos casos, eran las esposas de militares y las que estaban a cargo de los temas relacionados con la discapacidad, y que organizaban eventos como fiestas y cenas. Damas de beneficencia de los 50. Ahora, como te digo, no cambiaron mucho las construcciones sociales que debieron haberse ido desarrollando, ni tampoco cambió esto en lo sustantivo. Tampoco llevó esto a que se generen políticas estructurales que tuvieran otra concepción.

**—¿Cuáles son tus consideraciones respecto del enfoque actual con el que se abordan las problemáticas de las personas mayores?**

—Desde hace muchísimos años en la Argentina, todos lo que hacemos gerontología y geriatría provenimos de la Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología,<sup>1</sup> la cual tuvo una impronta social muy fuerte en su creación, en el año 1951, cuando la funda Mario Strejilevich. En ese momento, había una concepción mucho más social, incluso de lo médico. Es decir, había una proyección de un modelo sociosanitario. Esta concepción carrillista, que si no cambiás las condiciones estructurales de vida, con el medicamento no lo resolvés.

Hoy, en eso, hemos tenido un camino totalmente regresivo. Tenemos un sistema de salud médico hegemónico, hoy más deformado, porque no tenemos sistema de salud, sino que tenemos sistema de enfermedad. Porque el negocio es la enfermedad. Y lo es en razón de que la enfermedad y la industria del medicamento financian la política. De forma muy socializante, porque compran a todos por igual en las campañas electorales.

Yo estuve en la 1ª Asamblea Mundial del Envejecimiento, en el año 82. Claro, se hizo en Viena, no se hizo en Bolivia. Es una concepción distinta de lo que es el envejecimiento. Y en Madrid, en 2002, pasó algo similar. Porque, incluso, nosotros mismos tenemos un nivel de

1. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar>

sometimiento a las mieses del Primer Mundo, donde no nos rebelamos. Con los que nos rebelamos, quedamos totalmente apartados. Si bien yo no dejé de pertenecer a ninguna de las sociedades tradicionales, hace 25 años creamos la Sociedad Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología,<sup>2</sup> que tiene esta otra impronta: no compite. Nuestro Congreso no participa en financiamiento de ningún laboratorio. Yo voy al Congreso de Geriátrica todos los años, voy al Sheraton de Mar del Plata, en el que hay 250.000 stands de medicamentos, y me pongo a hablar de la polifarmacia de los viejos, de la enfermedad, y si bien no quiero meter el dedo acusador, les resulto un resentido.

**—¿Qué observaciones podrías hacernos en relación con el ciclo vital y con el rol de las personas mayores en la sociedad?**

—La vida es parte de todo, a esto nos referimos cuando hablamos del ciclo vital. Es decir, es como las hormonas y el amor. A ciertas edades hay un contenido hormonal que te precipita a situaciones amorosas, deseos y demás. Y otras etapas de la vida, más avanzadas obviamente, en las que la reacción es menos fluorescente, pero no menos afectiva, ya que está relacionada con un deseo más pacífico. Unas y otras son válidas. Aquí entramos en un tema que es decisivo en términos de la consideración del envejecimiento. Al envejeciente se le niega el deseo y, como consecuencia de eso, se le niega la condición de persona.

"El viejo puede vivir con 8 *lucas*". ¿Vos podés vivir con 8 *lucas*? ¿Alguien puede vivir con 8 *lucas*? ¿Por qué un viejo sí? "Y bueno, pero le damos la canasta de alimentos". Y cuando esta ecuación no mide el deseo, se complica.

Para ejemplificarlo de una manera sencilla. A mí me gusta comer duraznos, toda la vida comí duraznos. Ahora, si gano 8 *lucas*, tengo que ir a comer una naranja que nunca en mi vida comí, solo porque sale más barata. Y eso es un trauma terrible, mucho más traumático que a los 30 años. ¿Por qué? Porque se desconocen tus derechos y tu historia. Vos fuiste construyendo una estructura como sujeto de derecho, y un día te dicen: "Viejo, 65 años y el rifle sanitario". Y esto es duro para cualquiera, pero más para el viejo.

Yo lo relaciono con la comida, pero con la sexualidad también se da un fenómeno complejo. "Los viejos y los ángeles no tienen sexo". Y digo la sexualidad porque ahí hay un vicio que es provocado, que es reducir sexualidad a la genitalidad. Sin embargo, la sexualidad, que es la sensualidad, muere el día en el que te morís vos. Ni un minuto

2. Disponible en: <http://www.gerontovida.org.ar/sigg.php>



antes ni un minuto después. Pero como se ha construido en términos del mito cultural en la genitalidad, se la usa como elemento de dominación. Es decir, hay un momento que vos dejás de ser porque el rol social que te asignó la sociedad desapareció.

Los hombres de mi generación éramos proveedores. Fuimos concebidos, creados y criados como proveedores. Salir a laburar era salir a cazar, llevar la presa a alguien que estaba en la casa y cocinaba la presa. Entonces, los roles sociales eran los que eran. No estoy diciendo si está bien o mal. Ahora, si no los analizamos, yo llego a mis 65 años y me dicen: "No laburás más, lo que hiciste durante 40 años, lo que era tu rol, ya no lo es más. Y encima te sacamos la guita. Y encima vas a ser asexual". Bueno, ahí te aplicaron el rifle sanitario. Y ahí construyeron esta imagen, la configuración de estas cosas es el espejo que adelanta para el joven. Si yo a mis 25 años veo ese espejo, ¡minga que quiero llegar a viejo! Agarro el coche, voy a 200 km por hora, me tomo un whisky y listo. Muchos de los comportamientos thanáticos de nuestra juventud tienen que ver con esas cosas.

**—¿Cómo se reflejan estas concepciones en el mundo del trabajo y en los modelos de seguridad social?**

—Todo esto está relacionado con la integración o no al mercado. No es una cuestión humanística. Vivimos en una sociedad hipercapitalista a nivel mundial. El capitalismo tuvo la particularidad de tener, como gran disciplinador social, al trabajo. Eso estaba relacionado con sistemas de producción donde el trabajo humano era extensivo y dependía de la fuerza. Trabajás y trabajás tantas horas, y si no trabajás, no sos.

Cuando empieza a haber grandes masas que van siendo desplazadas de este esquema, producto de la tecnología, la robótica y demás, empieza a haber un sobrante social que hay que disciplinarlo de algún modo. Porque tanto los esquemas capitalistas puros o socialistas puros te disciplinan. De distinta forma, algunas más abiertas, otras más estrictas y demás, pero hay un disciplinamiento. Y a medida que se complejiza más la sociedad, ese disciplinamiento es mayor, pero a su vez más sutil. Antes te rajaban de la fábrica y te morías de hambre. Hoy, los métodos son otros, pero existen. Y el envejecimiento ha sido un instrumento fabuloso en ese sentido, porque asocia la rémora de lo que era antes la jubilación, el sacarte del trabajo, con lo nuevo que es el cambio de los medios de producción, y los sistemas de producción y demás. Y, a su vez, incorpora la fobia o el miedo de una sociedad de consumo a no ser consumidor. Entonces, te ofrece todos los días algo a lo que no podés acceder.

¿Qué han hecho sociedades que compensaron bastante su situación frente a esto? En lugar de tomarlo como una debilidad, pensaron cómo fortalecían los mercados. Y los mercados se fortalecen con consumo y consumidores.

Hoy, en el índice Melbourne Mercer,<sup>3</sup> que mide 34 países en cuanto a la actual situación de la seguridad social y al desarrollo futuro, se encuentra primero Holanda, con 80 puntos, que sería un 8 en una escala de 0 a 10. Luego está Dinamarca, tercero Finlandia, cuarto Australia y quinto Suecia. ¿Por qué el orden? Porque hace muy pocos años atrás, Finlandia era el tercer mundo. Hace 20 años Finlandia era un cubito de hielo. Hasta que en un momento descubrieron que había petróleo abajo del hielo, empezaron a hacer la extracción de hidrocarburos y decidieron, por un pacto social, que esa renta no iba a ser utilizada por 20 años hasta tanto no se fortaleciera y cuando fuera a ser imputada a la utilización, iba a destinarse al desarrollo de educación y de seguridad social. Hoy, son la tercera potencia.

La Argentina es el país número 34 de esa medición. El último, con 3,90 o 39, es decir, un aplazo. Cuando éramos uno de los primeros que tuvo seguridad social, con la Ley N° 4.349 de 1904.<sup>4</sup>

Hay un viejo mito de la estructura tradicional, de la ley, en el que se cree que hay tantos aportantes activos por cada pasivo. Pero ya no es así, en tanto bajó significativamente la base de aportantes activos en relación con los pasivos.

Por lo tanto, ¿cómo es el financiamiento en el mundo y en nuestro país? Una parte viene del trabajo, acá más o menos la mitad. Aunque en esa mitad tenemos un problema terrible, porque hay un 35% de trabajo no registrado, por lo cual aporta cero para sí y para el sistema, y esa proyección es terrible. Y la otra mitad proviene de impuestos. En la Argentina, el impuesto que más plata pone no es ni hidrocarburos ni Ganancias, no es patrimonio, no es cigarrillos —que son los que tienen imputación directa a la seguridad social—, sino que es el IVA. Entonces, pensemos qué disparate, el más regresivo de los impuestos que existe, es decir, el que más padecen los pobres, es el que banca al pobre sistema. O sea que, es el propio jubilado quien se banca a sí mismo a partir de ese consumo. Puede discutirse mucho sobre la ley de reparación de esto, de lo otro, pongamos los nombres que queramos, pero la discusión de fondo es fiscal, y la discusión fiscal tiene que ver con las posibilidades de consumo y el desarrollo del mercado.

En Europa también envejece la pirámide. En 2002, lo que era la Comunidad de la Unión Europea tuvo que unificar la moneda. ¿Quiénes hicieron la conversión? Los viejos. Dijeron: "Tenemos que lograr que

3. Disponible en: <https://www.mercer.com.au/our-thinking/mmgpi.html>

4. Mediante esta ley se creó una Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones para los funcionarios, empleados y agentes civiles. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=213763>

todas las monedas circulen rápidamente e ir cambiando todo al euro, en poco tiempo". Entonces, el viejo es el instrumento, porque hay un factor importantísimo que es la disponibilidad de tiempo a esa edad. No tenés que criar hijos, no tenés que trabajar.

Entonces, ¿qué se hace con el viejo para convertirlo en un consumidor fenomenal? Hay que agregarle salud en el cuerpo. De ahí los sistemas de salud. Esto ya se había visto en Inglaterra, los primeros centros de atención primaria son de Inglaterra en 1920. Los ingleses son los primeros que vieron que era mejor negocio la salud que la enfermedad. Le metemos salud en el cuerpo y plata en el bolsillo. ¿Y? Una fiesta. Había viejos por todos lados. Compraban, paseaban. En las zonas menos desarrolladas de todos los países, con el flujo del consumo, los viejos vivían bárbaro.

Acá la intentó Prat-Gay con la reparación histórica y le salió mal. La reparación histórica no es una ley de seguridad social, es una ley de macroeconomía. En un momento de un consumo muy deprimido socialmente, se decide inyectar una cantidad de recursos, a través de un sector social que dinamice el consumo, pensando en aquel esquema que estoy contando. ¿Por qué le falló? Es decir, le sirvió al Gobierno para ganar una elección, pero le falló desde la reactivación de la economía. Lo que sucedió fue que no se contempló el factor subjetivo. Se entregaron 80.000 millones de mangos en un acto, en tres meses de 2016. Fue fabuloso. Pero el factor subjetivo siempre hay que tenerlo en cuenta, porque más allá de lo social, el envejecimiento siempre termina siendo subjetivo. Envejecemos como podemos, que es como vivimos. Ese factor no se contempló. El viejo que recibía cinco lucas más, no iba a comprar un televisor. Le daba una luca al hijo porque debía las expensas, le pagaba al panadero de la esquina. Por lo cual, eso ingresa en el sistema de consumo real, después de varios meses, que le sirve para la elección, pero no para lo que era el fin macroeconómico pretendido.

**—¿Qué consideraciones tenés en relación con las modificaciones que hubo en torno al sistema de seguridad social y los debates que hay sobre la suba de la edad jubilatoria?**

—Cuando se discute sobre una falacia, el resultado va a ser falaz siempre. ¿Por qué digo esto? Edad jubilatoria. Primero, porque no podemos diseccionar el problema y agarrarlo por pedazos, como se viene haciendo a través de décadas. Mientras que no lo consideres en su complejidad, no hay solución alguna. Por eso digo el rango de idiotez que hay, en términos de falta de ideas, es muy significativo.

Entonces, primero hay que salir de la segmentación y ver cómo resolver los cálculos. En segundo término, te decía que hay que analizar la cuestión fiscal. Entonces, ¿para qué vamos a empezar por la edad? Si no sabemos cuál es el financiamiento, si acá no va a haber ninguna renta que financie el sistema, como sucedió en Finlandia y va a seguir siendo el IVA, ¿para qué voy a discutir si es a los 60, a los 50? La Argentina es el país que menos envejeció de Latinoamérica. Según informes de la ONU, hace 27 años nosotros éramos el segundo país más envejecido, después de Uruguay. Teníamos 71 años de expectativa de vida. En el último informe, que es de noviembre de 2016, la OMS cambió el nombre de expectativa de vida por esperanza de vida, pero, digamos, la medición es la misma, y la Argentina tiene 76 años de esperanza de vida. Hemos envejecido cinco años. Pero ya no somos el segundo país más envejecido, sino que somos el séptimo país. ¿Y por qué nos fueron pasando todos? Bueno, lo explico groseramente. Hay un proceso en las sociedades que es de transición demográfica, donde van cambiando las tasas que determinan la conformación de la base y, a partir de ese proceso de envejecimiento natural, para mantener los ritmos de envejecimiento, hace falta fuertes políticas activas en todo esto que estamos hablando: vida social, salud, educación. Evidentemente, no las hicimos, por lo cual envejecimos solo cinco años. Digo solo cinco años porque fue el envejecimiento mundial. La tasa mundial fueron cinco años porque en ese período África duplicó su expectativa de vida, que era de 20 años. Entonces, traccionó al resto del mundo. Hoy son 40, no es para tirar manteca al techo. Ahora, ¿qué pasa? África está en esa transición demográfica, por eso creció tanto. En Latinoamérica, los países envejecieron a una tasa latinoamericana, que es de entre 8 y 12 años. Por lo cual, hoy, el país más envejecido es Chile, que era el cuarto en aquel momento. Después siguen Uruguay, Cuba, Costa Rica, Panamá, México, la Argentina. Y nos alcanzaron países que estaban 8 o 10 años debajo de nosotros. Por ejemplo, hoy están en el mismo rango que nosotros Ecuador y Perú. Esto no quiere decir que estos países después mantengan ese ritmo de envejecimiento, porque están llegando ya a la última etapa de transición muchos de ellos. Pero se acercaron, por ejemplo, muchos que tenían una expectativa de vida bajísima. Bolivia, no llegaba a los 60 años. Brasil se nos acercó muchísimo. Entonces, esto es un dato objetivo.

Entonces, evidentemente, hay un problema de base en otra consideración inconclusa, que definimos desde un sector de la gerontología, hace 25 o 30 años. La seguridad social tiene tres pilares, que son el trabajo y la previsión, que tienen la misma génesis; la salud, y uno del cual no se habla, la educación. Resulta interesante el desarrollo que tienen estos tres pilares en nuestro país. Sus avances se dan en común, al igual que lo hacen sus crisis. En los momentos de desarrollo,

se fortalecen las sociedades y, en los momentos de debilitamiento, se producen violentas crisis en los sistemas sociales.

**—Para finalizar, ¿cuáles serían las cuestiones fundamentales que deberían abordarse primero en el corto plazo? ¿Cuáles deberían continuar a largo plazo para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mayores?**

—En el corto plazo, me parece que es indispensable ver el tema ingresos, ya que es fundamental que sea modificado. Hay condiciones para hacerlo, si pensamos en que no queremos seguir enfriando la economía, sino generar consumo; si no, no hay posibilidades.

En segundo término, es importante ver cómo se va paulatinamente hacia políticas de salud que estén en relación con lo económico. Te doy un par de ejemplos. Nosotros hacemos la canasta de jubilados desde hace diez años, dos veces por año, pero no la lee ni un solo político de la Argentina. La canasta de jubilados es una canasta que, al ser más chica que sobre consumos particulares, es más complicada, está más sometida a los cambios en el mercado, en la economía, que lo que a veces muestra la inflación a nivel general. Pero, a su vez, te denuncia que, al no haber criterios, termina siendo costosísima para el Estado y nada para el jubilado. Por ejemplo, la hipertensión la padecemos el 90% de los que tenemos un exceso de juventud acumulada. En esos casos, el médico le indica al paciente que camine tanta cantidad de cuadras por día y que consuma sal baja en sodio. La sal baja en sodio es 80% más cara, sale 150, 170 *mangos*. El jubilado va y compra sal común, que cuesta 15 *mangos*. Además, si yo le digo que no consuma sal, va a ser más hipertenso por el tema del deseo. La prohibición es para ser violada. Esto lo deberíamos tener en claro en los hogares de internación. Mi compañero de gestión era el Dr. Alberto Cormillot y me insistía todos los días en el tema de la comida en los hogares. Y en los casos que se sacaba la sal, los viejos iban a la esquina y se compraban anchoas, jamón. Entonces, la prohibición no sirve. Pero los que no saben de qué se trata no lo consideran. Continuando con el ejemplo, el tipo va al otro mes al médico y se encuentra con que los resultados de los análisis dieron el doble. "Camino un montón, doctor. Estuve buscando precios por todos lados. Y no le pongo tanta sal". Entonces, ¿qué le va a dar? Unos Sertal. Hablando de la droga básica. Son 1300 *mangos* por mes para el sistema. Pero no se haga problema, porque usted tiene la excepción del PAMI. No lo paga, o lo va a pagar con un 80% de descuento. Si no lo paga de su bolsillo, lo paga indirectamente desde el sistema.

Vamos a cosas que están en la canasta de jubilados y no saben los políticos que existen, y que tienen que ver con la calidad de vida y con

la vida misma. El protector para incontinencias urinarias no patológicas, el prolapsos femenino, problemas de próstata masculinos, pero que tienen nada más que pérdidas, que están controlados desde el punto de vista médico y demás. Usarlos cuesta entre 50 y 100 pesos por día. Y es la diferencia en que esa persona tenga una vida plena, integrada, vaya a las reuniones, o se quede en la pieza del fondo de la casa. Con lo cual, lo que en la primera etapa va a ser tristeza, después va a ser una patología de depresión, que es de las más extendidas. Alrededor del 70% de los psicofármacos que se producen en la Argentina son consumidos por adultos mayores. Más allá de que es una fortuna, después cuando hablamos de adicción, hablamos de los pibes. Cuando el pibe hace el cuadro florido en la esquina, con la birra y qué sé yo, lo vemos todos. El viejo está falopeado en la última pieza de su casa y no lo ve nadie. Y para todo esto, para que vean este círculo patológico, para generar estas enfermedades, gastamos una fortuna. Otro ejemplo sobre este tema se puede ver desde la comida. Los viejos comen. Las dentaduras que hacen las obras sociales y el PAMI son para mirar televisión, por lo cual tienen que usar adhesivos si quieren comer hasta un yogur. Usar Corega te sale entre 20 y 30 mangos por día. No lo puede hacer un tipo que gana 8 lucas. Ahora, ¿cómo vive el tipo de 8 lucas, si necesita todo esto? Vive explotado. Hablamos de trabajo infantil, pero no sobre la explotación laboral del adulto mayor. Los viejos trabajan en las peores condiciones, en negro, en tareas riesgosas y penosas, vas a encontrar serenos de 80 años, que hacen seguridad, manejando remises *truchos* a los 80 años, un peligro para sí y para terceros. Tienen que completar de alguna forma. O con algo peor que le puede pasar, que no pueda laburar y tenga que pedirle guita al hijo. Eso lo fusila.

# Avances y desafíos en la protección social de personas adultas mayores en el caso argentino (2003-2017).

## Giuseppe M. Messina

Economista (Universidad Bocconi), Doctor en Ciencias Sociales (Universidad Complutense de Madrid) y Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales (UBA). Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales A. L. Gioja - UBA e integrante del Grupo de Trabajo Interdisciplinario Derechos Sociales y Políticas Públicas.

## 1. Introducción

---

Este trabajo aborda las transformaciones observadas en el sistema argentino de protección social para personas adultas mayores en el período posterior a la crisis económica y social de 2001-2002. En este arco de tiempo, la Argentina ha estado gobernada por presidencias que han intervenido en el sistema previsional, aun desde posiciones ideológicas contrapuestas. A una larga etapa bajo la gestión denominada popularmente *kirchnerismo* (Néstor Kirchner 2003-2007 y Cristina Fernández 2007-2015), ha seguido la gestión de signo político opuesto de Mauricio Macri. En este campo, los gobiernos kirchneristas han implementado medidas que han logrado incrementar la cobertura del sistema previsional contributivo a sectores previamente excluidos, principalmente a través de una mayor flexibilidad en las condiciones de acceso, por medio de una moratoria de los aportes de carácter transitorio, y cierta recuperación en términos reales del monto de los haberes. La gestión del presidente Macri ha intervenido en este sector apuntando a una reafirmación de la lógica contributiva del sistema previsional público, a la vez que renovando el pilar no contributivo del sistema. Por otra

parte, estas medidas se inscriben en contextos de política económica bien distintos: a un enfoque centrado en el mercado interno y marcado por el intervencionismo estatal en la política cambiaria y comercial, ha seguido un claro viraje hacia la apertura a los flujos de bienes y capitales del exterior, un significativo endeudamiento externo y, finalmente, un nuevo acuerdo con el FMI, doce años después de que la Argentina saldara la deuda existente con el Fondo.

Con este contexto general de fondo, este trabajo discute las políticas de protección social destinadas a la población en edad legal de retiro del mercado laboral (65 años para los varones y 60 años para las mujeres). Por sistema de protección social se hace referencia a los mecanismos institucionales que ordenan el acceso a un conjunto de bienes y servicios esenciales y a provisión de ingresos monetarios en correspondencia con determinadas contingencias vitales (o riesgos sociales), que presuponen una pérdida de estos. En el caso de la Argentina, tradicionalmente la Seguridad Social contributiva ha cubierto riesgos como el desempleo, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, el retiro del mercado laboral y la cantidad de dependientes a cargo del trabajador asalariado. En este artículo se discutirán, en particular, las reformas que afectaron al componente de la Seguridad Social de protección contra los riesgos asociados a la vejez bajo la gestión del gobierno federal (Sistema Integrado Previsional Argentino, SIPA), pues es el sistema de mayor cobertura y mayor presupuesto.<sup>1</sup> En otras palabras, el foco del trabajo estará en los mecanismos de seguro social que protegen de la pérdida de ingresos asociados al cese de la vida laboral activa, para las personas adultas mayores que hayan alcanzado la edad

legal de jubilación (Uthoff, 2017).<sup>2</sup> En términos generales, el SIPA cubre al trabajo asalariado formal, pero también alcanza al trabajo autónomo y regímenes especiales como el del trabajo doméstico, habiendo alcanzado aproximadamente los 10 millones de afiliados a fines de 2017 (datos del Ministerio de Producción y Trabajo, MPT).<sup>3</sup>

Como se irá mostrando a lo largo del artículo, en la etapa bajo análisis se produjo un incremento considerable del gasto social, que fue el reflejo tanto de un fuerte incremento de la cobertura del sistema, por medio de la inclusión de categorías previamente excluidas, como de la recuperación de los haberes previsionales. Este objetivo fue perseguido con una estrategia institucional que reapropió para el Estado componentes de la Seguridad Social que habían sido cedidos al sector privado en la década anterior (se hace referencia a la reestatización del sistema previsional en 2008). Además, se relajaron las condiciones de acceso al sistema para las personas mayores excluidas, con trayectorias marcadas por informalidad y acceso intermitente al mercado laboral, gracias a una moratoria previsional. También se favoreció la afiliación de los trabajadores de sectores afectados por elevada informalidad gracias al fortalecimiento de la inspección laboral<sup>4</sup> y la consolidación de la estrategia de simplificación y regularización tributaria para los trabajadores autónomos<sup>5</sup> y del servicio doméstico. Por último, se aumentó de manera considerable el monto de transferencias monetarias erogadas, lo que permitió

1. El sistema previsional está en realidad altamente desintegrado, ya que funcionan aproximadamente 140 regímenes independientes del SIPA: 13 cajas provinciales no transferidas durante la década del 90, 22 cajas de empleados municipales, 75 cajas profesionales, 24 cajas complementarias o compensatorias, regímenes especiales para las fuerzas de seguridad provinciales y federales y para las Fuerzas Armadas, etc. (Bestard, Carrasco y Pautassi, 2015). En términos generales, estos regímenes ofrecen condiciones privilegiadas en cuanto a la determinación del monto de la prestación y condiciones de acceso (edades de retiro, más o menos años de aporte). Los desequilibrios que sufren son frecuentemente cubiertos por fondos nacionales. En el caso de las cajas provinciales, por ejemplo, parte del déficit agregado que registraron en 2017 (0,28% del PIB) fue cubierto por transferencias del presupuesto nacional por 0,14% del PIB (Cetrángolo y Folgar, 2018).

2. El sistema previsional también incluye pensiones por sobrevivencia y jubilaciones relacionadas con retiro por invalidez. Disponible en: <https://www.anses.gob.ar/prestaciones/>. Este último caso representa el 3,8% del total de jubilaciones, mientras que las pensiones son el 23% del total de beneficios erogados por el SIPA (datos del MPT, marzo de 2018).

3. Los trabajadores inscriptos en el Régimen General de Autónomos tienen cobertura previsional (no así otros componentes de la Seguridad Social, como la cobertura por desempleo, riesgos de trabajo, obras sociales, etc.). A esta cobertura se le agrega la brindada por las mencionadas cajas profesionales de nivel provincial en el que estarían afiliados alrededor de 800.000 personas (datos de 2013, Casali *et al.*, 2018).

4. Puede mencionarse el Sistema Integral de Inspección del Trabajo y de la Seguridad Social de 2004.

5. Se hace aquí referencia al régimen tributario simplificado para pequeños contribuyentes, denominado *Monotributo*, en el que los pagos mensuales fijos, según la categoría, incluyen todos los aportes a la Seguridad Social. Tales aportes son aún más reducidos en el caso del monotributo social, para trabajadores independientes (o en cooperativas de trabajo) en situación de vulnerabilidad social.



cierto grado de recuperación de su poder adquisitivo, pese a los fuertes fenómenos inflacionarios que caracterizaron estos años.

Estos y otros cambios parecen marcar un verdadero cambio de paradigma respecto de las políticas neoliberales de los 90, en un proceso que ha sido observado en numerosos países de la región (Rofman *et al.*, 2014). El caso argentino, no obstante, por su trayectoria histórica y por el contexto actual que experimenta el país, presenta numerosas peculiaridades que serán destacadas a lo largo del texto. La cuestión general radica en si una determinada política social logra su objetivo de protección frente al riesgo social que justificó su implementación, es decir, en qué grado los titulares de una prestación son salvaguardados frente a las pérdidas de ingreso que derivan del retiro del mercado laboral por razones de edad. En general, en los sistemas de pensiones contributivos solo los trabajadores del sector formal reciben protección al término de la vida laboral, por lo que quedan excluidos todos aquellos que no tienen ese estatus. En casos como el argentino, en los que los niveles de informalidad laboral son muy elevados, es necesario entonces adoptar estrategias de inclusión que cierren esa brecha o instrumentar políticas de transferencia no contributivas, si se acepta como objetivo central el de garantizar un piso de protección universal para todas las personas al final de su vida laboral y dar solución, en particular, al riesgo de pobreza en la vejez.<sup>6</sup>

A lo largo del texto se examinará la mejora de la cobertura del sistema previsional argentino, es decir, su extensión horizontal, consecuencia de las reglas de acceso al mismo (por ej. la cotización del trabajador o determinadas características sociodemográficas del individuo). También se analizarán los desafíos pendientes para garantizar su extensión vertical, es decir, la suficiencia de las prestaciones respecto a determinados parámetros normativos. Solo a partir de un análisis de las dos dimensiones es posible discutir cómo evolucionó la brecha entre sistemas contributivos y no contributivos, es decir,

entre las personas con y sin acceso a la Seguridad Social contributiva (Gamallo, 2015). Para ello, se analizará cómo evolucionó la financiación del sistema previsional, el valor relativo de las transferencias (respecto de salario mínimo, salarios promedio y canastas de pobreza)<sup>7</sup> y los efectos en términos de reducción o incremento de la brecha contributivo-no contributivo.

A partir de estas consideraciones, en este trabajo, se utiliza como parámetro de comparación la línea de pobreza argentina, denominada *canasta básica total* (CBT), cuyo monto supone una aproximación, por la manera en cómo se calcula, de los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades mínimas de un individuo. Este indicador permite evaluar el objetivo de proteger a las personas mayores del riesgo de pobreza. Además, se estimará el grado de aseguramiento promedio frente a la pérdida de salarios al final de la vida laboral, lo que, en términos técnicos, se denomina *tasa de reemplazo*, para el conjunto de los receptores de una prestación. Para ello, se comparan la evolución de los haberes respecto del salario mínimo vital y móvil (SMVM) y al salario promedio del sector formal (aproximado por la remuneración imponible promedio de los trabajadores estables).

En el artículo se presentará una breve reflexión en torno a la trayectoria histórica reciente del sistema previsional argentino y las transformaciones que sufrió en los años 90, a causa de las reformas estructurales que la afectaron y el empeoramiento de la situación laboral (sección 3). En las secciones sucesivas (4 y 5), se presentan las principales reformas implementadas entre 2003 y 2015 (etapa kirchnerista) y las principales medidas adoptadas por el gobierno de Mauricio Macri, y sus efectos en términos de cobertura, suficiencia de la prestación y brecha entre sistema contributivo/no contributivo, utilizando estos elementos como clave interpretativa de

6. Se trata de un compromiso que el gobierno argentino ha tomado en el marco de la implementación de pisos de protección social promovida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2012a y 2012b), para garantizar el derecho a la seguridad social sancionado por el régimen internacional de derechos humanos, con rango constitucional a partir del art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional.

7. Se utilizará a este efecto la canasta básica total (CBT), cuyo monto supone una aproximación de los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades mínimas de un individuo, representa el valor monetario de la canasta de bienes y servicios utilizada como base de comparación en el cálculo de los indicadores de pobreza e indigencia en las estadísticas oficiales argentinas (INDEC, 2016). La serie de CBT utilizada en las estimaciones se basa en la serie calculada por Diego Born para el período 2000-2017, extendiendo hacia atrás la nueva metodología del INDEC de 2016 (se agradece el autor). Por simplicidad se utiliza la CBT relativa al Gran Buenos Aires (GBA).

las continuidades, contradicciones y debilidades estructurales que atraviesan todo el período en el campo del sistema previsional.

Este trabajo constituye una continuación de un artículo precedente, en el que se trazaba un primer balance de la etapa kirchnerista (ver Messina, 2014). Se adopta un marco teórico similar en esta ocasión, que se nutre principalmente de la literatura sobre regímenes de bienestar (ver discusión en la sección 2), en cuanto ofrece un esquema interpretativo para analizar las interacciones entre las instituciones económicas, sociales y políticas, y sus resultados en términos de acceso a bienes y servicios básicos y a la protección frente a riesgos sociales (Esping-Andersen, 1993 y 2000; Adelantado *et al.*, 1998, entre otros). En particular, las políticas sociales del Estado de Bienestar tradicional producen un cierto grado de desmercantilización de la fuerza de trabajo (Esping-Andersen, 1993), al desligar el bienestar de las personas de su capacidad de generar un ingreso laboral que les permita acceder a bienes y servicios en el mercado. Estas instituciones debilitan de hecho el nexo monetario-mercantil en el proceso de satisfacción de las necesidades básicas de los individuos, en un grado que depende de las condiciones de acceso y del monto de las transferencias que erogan.

A la vez, las instituciones de tipo contributivo tienden a generar un efecto de estratificación, ya que el acceso a derechos sociales es reflejo de la situación laboral de cada trabajador, dependiendo de su capacidad de aporte a la Seguridad Social a lo largo de su trayectoria vital. Estos efectos no son neutrales respecto de otros ejes persistentes de desigualdad (en el sentido de Tilly, 2000) como el género, ya que las categorías más afectadas por desempleo, informalidad, precariedad, como en el caso de las mujeres, tenderán a una menor cobertura (y a niveles de prestación más bajas), a la vez que estarán sobrerrepresentadas en las prestaciones de tipo no contributiva, que generalmente garantizan un grado de cobertura menor.

## 2. Transformaciones en el régimen de bienestar argentino bajo el proyecto político neoliberal

Como se anticipó, el análisis que se presenta a lo largo del artículo se apoya en un marco teórico que hace referencia a la literatura sobre regímenes de bienestar, entendidos como la matriz institucional (arreglos, políticas y prácticas institucionales) conformada por los mercados, el Estado, las familias y organizaciones de la sociedad civil, cuya configuración genera efectos en términos de bienestar y de estratificación social. En particular, las instituciones clásicas del Estado de Bienestar utilizan el poder organizado de la autoridad estatal para modificar los resultados sociales que derivan de la propiedad de los medios de producción y del funcionamiento de los mercados (principalmente el laboral) en, por lo menos, tres direcciones:

[...] para garantizar a individuos y familias un ingreso mínimo independientemente del valor de mercado de su trabajo o sus propiedades; en segundo lugar, para reducir el nivel de su inseguridad al permitir que los individuos y sus familias puedan enfrentarse a determinadas 'contingencias sociales' (por ejemplo, enfermedades, vejez o desempleo) que, de lo contrario, conducen a crisis familiares o individuales; en tercer lugar, asegurando a todos los ciudadanos sin distinción de estatus o clase los estándares más elevados de acceso a un rango convenido de servicios sociales (Briggs, 2006: 16).

El principio que regula las condiciones de acceso a una determinada prestación o provisión de bienes y servicios determinará, en términos muy generales, el grado de desmercantilización y de estratificación que producen, según los tipos ideales propuestos por Esping-Andersen (1993).<sup>8</sup> En los países históricamente cercanos al tipo ideal conservador como la Argentina, en el que se conformó un mecanismo de seguro colectivo (la Seguridad Social de tipo contributivo), la redistribución se resuelve de forma horizontal, a lo largo de categorías

8. Para una adaptación al caso de los países latinoamericanos cfr. Martínez Franzoni (2008).

ocupacionales, y las condiciones de acceso pasan a depender del estatus laboral del receptor e, indirectamente, de los vínculos familiares con este. El efecto final es un acceso a bienes y servicios estatales que es determinado por el estatus laboral de los individuos (y que se extiende a sus familiares a cargo), pese a existir cierto grado de solidaridad intraocupacional. Por ende, tanto el grado de desmercantilización como el de estratificación son intermedios.

Naturalmente, en el caso concreto de cada país, lo que se manifiesta son configuraciones híbridas a nivel de cada sector de políticas públicas (salud, pensiones, asistencia social, etc.), tanto en términos de los principios que las regulan, como de las entidades que gestionan su funcionamiento y la erogación de bienes y servicios, así como de su financiación (Goodin y Rein, 2001). En concreto pueden coexistir otras instituciones que responden a otros principios, como el liberal en el que el Estado asume una responsabilidad residual a favor de las personas necesitadas que quedan excluidas del mercado de forma involuntaria, los "pobres merecedores", quienes tienen que demostrar su estado de necesidad, o bien instituciones universalistas, que se rigen por el principio de la titularidad de los derechos de ciudadanía. Si un ejemplo de estas últimas pueden ser el sistema público de salud y la educación pública, ya en campo previsional las pensiones no contributivas representan un ejemplo de política residual, ya que se erogan a personas en situación de necesidad y garantizan una prestación situada al nivel de subsistencia. Por otra parte, como se dijo, observando el régimen de bienestar en su conjunto, habrá otras instituciones no estatales interviniendo en la provisión de bienestar, como los seguros privados de salud, o, en su momento, las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP), las cuales funcionan según otras lógicas (el de la ganancia privada).

Pese a que las instituciones que componen un régimen de bienestar se desarrollan sobre la base de trayectorias históricas<sup>9</sup> y tienden a mostrar cierta resiliencia frente a los cambios de corto plazo en el contexto que las rodea (Pierson, 1996), las transformaciones demográficas y de la economía capitalista han puesto

en entredicho los fundamentos de los Estados de Bienestar (Esping-Andersen, 2000; Taylor-Gooby, 2004). En particular, la crisis de la sociedad de pleno empleo debilitó a la principal fuente de financiamiento, y a la vez de consenso político, que alimentaba a sus instituciones, es decir, las clases trabajadoras asalariadas y organizadas (Korpi, 2003). Al tiempo que el mercado laboral se fue fragmentando, excluyendo a cada vez más trabajadores del acceso a empleos con derechos sociales plenos, se vio afectado el equilibrio de los regímenes de bienestar en dirección de un mayor peso del mercado, más allá de que las estructuras y los principios rectores de las políticas sociales fueran reformados solo parcialmente (Clayton y Pontusson, 1998).

En el caso argentino, el régimen de bienestar alcanzó a mediados de los años 70 un grado significativo de madurez y extensión de cobertura en torno a las instituciones de la Seguridad Social, aún marcadas por una fuerte estratificación de las prestaciones según el estatus ocupacional (Filgueira, 1998), lo que aportó a un proceso que, sin lograr nunca el grado de institucionalización de los Estados de Bienestar europeos, produjo una real "democratización del bienestar" (Torre y Pastoriza, 2002). Este proceso se vinculó de forma estricta con la naturaleza del crecimiento económico, basado en el fomento y la protección de la industria interna abastecida por recursos públicos, y en el desarrollo del mercado interno a partir del consumo de las clases populares urbanas, sostenido en el pleno empleo y en una "red de seguridad laboral" para los trabajadores asalariados (Lo Vuolo y Barbeito, 1994).

En los eventos que se desarrollan a partir de la dictadura militar de 1976-1982, se produce el abandono de ese proyecto de industrialización en favor de la financiarización de la economía y su apertura a los flujos de bienes y capitales del exterior, proceso que se consolida en los años 90. El motor del proceso de acumulación del capital pasa a ser la extracción de rentas (empresas privatizadas, oligopolios y monopolios) y su valorización en el exterior (fuga de capitales), mientras los sectores caracterizados por una elevada rentabilidad (como la agroindustria) orientan su producción a la demanda internacional, a la vez que la desindustrialización, la desocupación y la precarización del empleo acompañan

9. Algo que los autores anglosajones denominan *dependencia del sendero* (*path dependence*).

una redistribución regresiva del ingreso del trabajo al capital (Basualdo, 2011).

Es la época de la hegemonía del proyecto político-económico de ideología neoliberal (Harvey, 2005) y de las denominadas *reformas estructurales* impulsadas por las organizaciones financieras internacionales como el FMI, que introducen mecanismos de mercado en las instituciones de la Seguridad Social (como la reforma previsional de 1994, ver siguiente sección). En la misma línea, hay que leer las consecutivas reformas laborales que apuntaban a la reducción de los costos laborales para las empresas y la flexibilidad en la contratación de la fuerza de trabajo, para hacer frente al crecimiento del desempleo y la informalidad. Como es sabido, esa etapa desembocó en la crisis económica y social de 2001-2002, en la que se registraron tasas récord de desempleo y pobreza, caída de la actividad económica y de los salarios reales y una fuerte crisis de deslegitimación del sistema político. La exclusión del mercado formal para amplios sectores de la fuerza de trabajo significó la pérdida de los derechos sociales garantizados por instituciones de tipo contributivo en el marco de la Seguridad Social (Hintze, 2007), al tiempo que los procesos de individualización del ahorro, tanto en el ámbito previsional como para el seguro de salud, expandieron el peso del sector privado entre las clases medias. Por lo demás, la acción del Estado mantuvo un rol residual, por medio de programas asistenciales que estuvieron focalizados a atender a las necesidades de los sectores más vulnerables (Barrientos, 2009).

### 3. Privatización y exclusión en el sistema previsional argentino de los años 90

En el campo del sistema previsional, el gobierno de Carlos Menem (1989-1999) intervino en el funcionamiento de la Seguridad Social para hacer frente a las dificultades de financiación que el sistema arrastraba desde la década de los 80. Estas dificultades derivaban principalmente de la grave crisis económica que afectó al país en esos años, con consecuente pérdida de afiliados, más que de las transformaciones demográficas observadas. La Argentina es en efecto uno de los países donde la transición demográfica está más avanzada, pero la

proporción de personas mayores de 65 años se mantiene en niveles relativamente sostenibles, aunque crecientes, pasando del 8,2% en 1980 al 10,2% en 2010, con una proyección del 11,04 para el año 2017 (datos del INDEC -ver Tabla 1 - Apéndice).<sup>10</sup> Estimaciones internacionales indicarían que la Argentina disfrutaría del bono demográfico hasta aproximadamente el año 2030 (OIJ/CEPAL, 2012: 30).<sup>11</sup>

Frente a los proyectos impulsados desde los foros internacionales que propugnaban la adopción de un modelo con un pilar de capitalización individual sobre la base del ejemplo chileno (por ej., Banco Mundial, 1994), la reforma del sistema previsional argentino finalmente implementada a mediados de los años 90 se decantó por un sistema mixto que no afectaba a los derechos adquiridos por los trabajadores que lograran mantenerse en el sector regulado. Así, la sanción de la Ley N° 24.241<sup>12</sup> de 1994 creó dos subsistemas dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP): un pilar público de reparto bajo la gestión de la ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social), en continuidad con el régimen anterior; y un sistema de capitalización individual de los aportes administrado por entidades privadas, las ya mencionadas Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). La libertad de optar por uno de los dos sistemas estaba sesgada a favor del régimen de capitalización, ya que era posible pasar del sistema público al sistema privado, pero no viceversa (Curcio, 2011:37-38).<sup>13</sup>

En lo que respecta a las pensiones erogadas, el sistema establecía una prestación básica universal (PBU), a cargo del sistema público, que garantizaba una transferencia monetaria de monto mínimo similar para todos

10. En la misma tabla se observa que si se tiene en cuenta que la edad de retiro para las mujeres se sitúa en los 60 años, el porcentaje de la población en edad de retiro es del 13,2% según las proyecciones del INDEC para 2017.

11. Se trata del período durante la transición demográfica en el que se registra una proporción creciente de personas en edades de trabajar (potencialmente productivas) en relación con las personas en edades potencialmente dependientes (personas de menos de 15 años o de 60 años y más). Esta proporción, denominada *relación de dependencia*, disminuye en esta etapa, lo que permite financiar de manera más holgada el gasto social (educación, salud, sistema previsional) destinado a esas franjas etarias.

12. Toda la legislación argentina a la que se hace referencia a lo largo del texto está disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/>.

13. Además, los trabajadores que no declararon su opción fueron traspasados al sistema privado.

los asegurados que cumplieran con los necesarios requisitos de edad y de aportes realizados. Debe decirse que la reforma endureció estos requisitos, pues elevó la edad de jubilación de 60 a 65 años para los hombres y de 55 a 60 años para las mujeres, a la vez que incrementaba los años mínimos de contribución de 20 a 30. Naturalmente, esto significó excluir de la prestación a las personas que hubieran tenido una vida laboral irregular, con largos períodos de inactividad o trabajo informal, de modo que la densidad de sus contribuciones<sup>14</sup> era insuficiente. Huelga decir que las mujeres fueron la categoría más afectada por esta medida, tanto que Massa y Fernández Pastor (2007) calculan que en 2004 cerca del 72% de los más de dos millones de personas adultas mayores sin protección eran mujeres (en ese año, la ANSES erogaba solo 1,65 millones de jubilaciones).

Regresando a la arquitectura de la reforma de 1994, la nueva ley establecía que a la PBU se sumara una prestación diferenciada según el subsistema que la persona hubiera elegido: una prestación adicional por permanencia, en el caso del régimen de reparto, o una jubilación ordinaria, en el caso del nuevo régimen de capitalización. Todos los trabajadores que hubieran aportado al antiguo sistema previsional recibían además una prestación compensatoria, en proporción a las contribuciones acumuladas en el régimen anterior (Curcio, 2011: 37-38).

La institución de un sistema mixto público-privado con estas características tuvo una serie de efectos negativos ya en el corto plazo sobre la sostenibilidad y, como se anticipó, sobre la cobertura del sistema previsional argentino. Respecto de la primera cuestión, la reforma provocó un incremento del déficit fiscal del Estado, ya que el sistema público perdió los aportes de los afiliados que decidieron optar por el nuevo sistema privado, pero al mismo tiempo el Estado mantuvo la erogación de las pensiones para las clases pasivas existentes, lo que provocó que la liquidación de los haberes fuera cubierta con el recurso a la fiscalidad general. En cuanto a la financiación del sistema debe añadirse que se amplió la carga contributiva directa sobre los salarios de los trabajadores afiliados, ya que la reforma redujo los aportes patronales en casi un 60%, con el objetivo de promover

la creación de nuevos puestos de trabajo al reducir los costos laborales para las empresas. Además, en el caso del sistema privado, los trabajadores tuvieron que pagar comisiones superiores al 30% de sus aportes a cambio de los servicios proveídos por las AFP para gestionar sus cuentas de capitalización, algo que en el largo plazo significaba prestaciones de menor cuantía.

Por lo que concierne a la cobertura, la reforma no logró incrementar significativamente el número de los aportantes, principalmente a causa de la precarización e informalidad de los ocupados y el desempleo, y, en consecuencia, la cobertura del sistema disminuyó a lo largo del período. Según los datos de Cetrángolo y Grushka (2004), a fines de la década más de un tercio de las personas mayores de 65 años estaban excluidas de cualquier tipo de cobertura previsional, contra un valor inferior al 25% en 1994. En relación con el grado de afiliación de la población activa, a fines de la década solo un tercio de esta estaba cotizando al sistema, contra una cifra cercana a la mitad del total en 1994. En los hechos, la situación afectaba los derechos previsionales futuros de buena parte de la población. Frente a esta situación, el Estado argentino se vio obligado a garantizar un nivel mínimo de ingresos para los mayores de edad, a través de programas de pensiones no contributivas asistenciales (como la pensión por vejez para mayores de 70 años sin otro ingreso). Además, el hecho de que los sistemas de capitalización garantizaran una pensión bastante inferior al último salario llevó al Estado argentino a tener que financiar, como se dijo, la institución de una prestación mínima universal, la PBU, con el objetivo de garantizar un nivel mínimo de haberes para todos los beneficiarios del sistema contributivo.

En conclusión, la reforma de 1994 intentaba corregir el funcionamiento de un sistema de reparto que, ya en los años 80, mostraba signos de agotamiento: aun con niveles elevados de contribución, los aportes no cubrían las erogaciones, y el Estado financiaba el sistema recurriendo a otros fondos de variada naturaleza (impuestos específicos, otros fondos fiscales, etc.), manteniendo, no obstante, una nutrida deuda respecto de los beneficiarios por incumplimiento de pagos (Cetrángolo y Grushka, 2004). Por otra parte, el gasto en previsión social tendía a ser regresivo, ya que, como se vio, estaba ligado de forma directa al empleo registrado y al flujo de contribuciones

14. Es decir, el cociente entre el tiempo cotizado efectivamente y el tiempo potencial de su vida laboral activa.

aportadas a lo largo de la vida laboral. Con frecuencia, una historia laboral irregular, conformada por períodos de empleo no registrado intercalados por episodios de desempleo, impedía que muchos trabajadores pudieran reclamar una prestación al momento del retiro de la vida laboral,<sup>15</sup> al mismo tiempo toda la población estaba financiando el sistema a través de sus impuestos, en particular, los impuestos indirectos al consumo. Frente a estos problemas, la reforma fracasó en cuanto no logró incrementar significativamente el número de los afiliados, ni la cobertura del sistema, ni mucho menos reducir el gasto del Estado o la regresividad del sistema previsional.

#### 4. Políticas de expansión de la protección social de personas adultas mayores entre 2003 y 2015

El período posterior a la crisis de 2001-2002<sup>16</sup> constituye la contracara de ese proceso (Danani y Hintze, 2011), ya que la coyuntura económica positiva produjo una expansión del empleo registrado, a la vez que se observó una "reregulación" de la relación salarial (Palomino, 2007). Este proceso se concentró en una primera etapa (hasta 2007, aproximadamente), en la que se observó una fuerte recuperación tanto de la financiación como de la cobertura de la seguridad social contributiva, en un proceso que benefició a aquellos sectores que pudieron acceder al mercado de trabajo formal, como puede observarse en los datos de aportantes al SIPA en relación de dependencia (ver Figura 1 del Apéndice). En una segunda etapa, más compleja desde el punto de vista económico<sup>17</sup> y laboral (Lindenboim, 2015), se observa una expansión de las políticas de transferencia de ingresos, gracias a un incremento del presupuesto invertido y a una atenuación de las condiciones de acceso (con modalidades no contributivas). Medidas como la denominada *mortuoria previsional* y la implementación de la asignación

universal por hijo permitieron extender de forma considerable a la población cubierta por el sistema previsional y de asignaciones familiares.

Pese a estas medidas, se consolida la brecha entre sistemas contributivos y no contributivos (cfr. la discusión en Gamallo, 2015), ya que la política social recupera y consolida un enfoque trabajo-céntrico (Arcidiácono, 2012), reinstalando a la inserción laboral formal como vía maestra de la integración social. Sin embargo, este objetivo choca con una realidad en la que persisten fenómenos de elevada precariedad e informalidad (vinculados a episodios frecuentes de desocupación) que afectan a amplios sectores de los ocupados (Salvia *et al.*, 2008; MTEySS, 2013; Lindenboim, 2015), con las consecuencias que se mencionaron en términos de acceso al sistema de protección social.<sup>18</sup> Así a la recuperación de la clase media se acompañó el mantenimiento de un porcentaje elevado de hogares en situación de vulnerabilidad o pobreza,<sup>19</sup> asociada a una incorporación laboral inestable y precaria de sus componentes activos. En particular, las mujeres sufrieron la carga de mayores niveles de pobreza, salarios más bajos, una más alta incidencia del desempleo, la informalidad y la precariedad laboral, en el contexto de fuerte crecimiento de su participación en el mercado laboral, en las últimas décadas.<sup>20</sup> Estos fueron los sectores objeto de políticas de inclusión social, sobre la base de modalidades híbridas en las que las fronteras entre lo contributivo y lo no contributivo se han hecho borrosas, aun situándose en el marco de una reafirmación simbólica del ideal trabajo-céntrico.<sup>21</sup>

18. Por ejemplo, se registra a lo largo de todo el período tasa de informalidad superiores al 30% en el caso de los asalariados (y del 40% en el total de los ocupados, según las estimaciones de MTEySS, 2013, ya que los trabajadores por cuenta propia están más afectados por este problema).

19. Según PNUD (2014), la clase media argentina representaría más de la mitad de la población en 2012 (el 54,4%), mientras que la población vulnerable (con probabilidades de caer en situación de pobreza) o pobre estaba todavía en torno al 40%, en descenso respecto del 57% calculado para el año 2000.

20. Las mujeres, por ejemplo, sufren una tasa mayor de desocupación: en promedio, el 10,8% contra el 7,4% (es decir, un 46% más). Así, las mujeres representaron alrededor del 51,6% de la población desocupada (en promedio), pese a ser solo el 41,5% de la población económicamente activa (Datos promedio de los años 2006-2017. Fuente: Elaboración propia de datos del MTP).

21. Una discusión más desarrollada de esta hipótesis se ha realizado en un artículo anterior (Messina, 2017).

15. Se trataba principalmente de mujeres cuyo trabajo de cuidados, no remunerado, ejercido dentro del hogar, no estaba reconocido por el sistema previsional.

16. La etapa caracterizada por los mandatos del presidente Néstor Kirchner (2003-2007) y de la presidenta Cristina Fernández (2007-2015).

17. Los datos de crecimiento del PBI revisados por la nueva gestión del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) muestran una caída de la actividad en 2009, 2012, 2014, 2016 y en 2018.

En el caso del sistema previsional, las medidas impulsadas en esta etapa incrementaron en forma considerable la cobertura del sistema previsional, que tanto la reforma previsional de 1994 como la situación en el mercado laboral habían reducido de forma significativa, como se vio en la sección anterior. Los datos muestran que el total de prestaciones erogadas por el sistema público se duplicaron (e incluso más) en el período bajo examen pasando de 3,34 millones en 2003 a 6,54 millones en 2015. Puede anticiparse que este número se incrementó en 300.000 prestaciones más a fines de 2017. En particular, las jubilaciones pasaron de 1,97 millones en 2001 a 5,01 millones en 2015 y 5,26 a fines de 2017 (datos del MPT, mes de diciembre). Estos números fueron el resultado de una estrategia que combinó un renovado compromiso del Estado, en términos de recursos invertidos, una recuperación de su centralidad en la gestión de la previsión social y, finalmente, la implementación de medidas de inclusión que redujeron los requerimientos (de tipo contributivo) para acceder al sistema. Respecto del primer punto, el gasto del sistema previsional nacional prácticamente dobló entre 2004 y 2015, pasando de un 4,58% a un 9,13% del PIB (si se consideran todos los niveles del Estado, pasó del 5,85% al 10,28%, según datos del Ministerio de Economía).

Respecto del segundo punto, se trató de un proceso que se desarrolló por etapas. Un primer paso en la modificación del sistema mixto centrado en las AFJP, fue la eliminación de la norma que impedía el retorno al sistema público de los afiliados del sector privado (Ley N° 26.222 de 2007 de Libre Opción del Régimen Jubilatorio). A continuación, en 2008, con la Ley N° 26.425, se procedió a la renacionalización del sistema previsional: de esta forma, se unificaron los dos sistemas preexistentes (privado de capitalización y público de reparto) en un sistema público único, denominado *Sistema Integrado Previsional Argentino* (SIPA), que pasó a recibir todos los aportes, por lo que absorbió los fondos administrados por las AFJP. Los activos de las AFJP fueron traspasados por el Decreto N° 897 de 2007 al llamado *Fondo de Garantía de Sustentabilidad* (FGS) del régimen público, bajo el control de la ANSES, que fue acumulando activos que totalizaron a fines de 2017 (antes de la devaluación de 2018) un valor de 64.000 millones de dólares (datos del FGS). El efecto de las medidas mencionadas fue, por lo

tanto, el de incrementar notablemente la financiación del sistema previsional público, tanto por el crecimiento del número de afiliados, gracias a la recuperación del mercado laboral, como por la incorporación de los trabajadores situados en el régimen de las AFJP, como por la adquisición de reservas que habrían de garantizar la sostenibilidad futura del sistema.

También cabe recordar que, en términos generales, una parte considerable de los recursos del sistema contributivo no proviene de aportes y contribuciones, sino de la propia fiscalidad general.<sup>22</sup> En este sentido, la ampliación de la cobertura a favor de los no aportantes ha producido una mayor progresividad del régimen previsional. Otro de los efectos positivos de este proceso ha sido el incremento de la cobertura del seguro de salud para personas adultas mayores. Dentro del sistema de las obras sociales, las personas mayores que reciben una prestación previsional contributiva pasan a recibir la cobertura sanitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – INSSJP (más conocido como PAMI - Programa de Atención Médica Integral). En este sentido, existe una correlación directa entre el incremento de la cobertura previsional y la cobertura del seguro social de salud para los trabajadores retirados.

Dicho esto, a continuación se discutirán con más detalle las medidas que ampliaron la cobertura del sistema previsional. En particular, deben mencionarse la "moratoria previsional" (Decreto N° 1454 de 2005), denominada oficialmente *Plan de Inclusión Previsional*, para permitir que las personas en edad de jubilación, con un número insuficiente de años de cotización, pudieran ingresar en el sistema de reparto público;<sup>23</sup>

22. Entre el año 2000 y 2009, el sistema previsional nacional fue financiado, en promedio, solo en un 46,7% por aportes de los trabajadores activos mientras el resto estuvo financiado por otros ingresos dentro de la fiscalidad general, donde tuvo lugar predominante el Impuesto al Valor Agregado (IVA), impuesto esencialmente regresivo (GESS, 2011: 11), aunque la recuperación del mercado laboral ha hecho que la financiación vía contribuciones cubra actualmente una parte mayoritaria del gasto (MECON, 2012). Según IDESA, en 2017 aproximadamente el 40% de las prestaciones del sistema previsional se financiaba mediante impuestos y transferencias del Tesoro. (Disponible en: <https://idesa.org/40-de-las-jubilaciones-se-paga-con-impuestos/>).

23. Más precisamente, las personas que se inscribieron a la moratoria aceptaron planes de amortización de las contribuciones faltantes, hasta un máximo de 60 cuotas, que son descontadas de las prestaciones que reciben mensualmente, convirtiéndose en cierto sentido

la prejubilación de los trabajadores en situación de desempleo (Ley N° 25.994 de 2004); el régimen de tributación simplificado para trabajadores autónomos (monotributo), en particular aquellos en situación de vulnerabilidad (monotributo social); la protección social de las trabajadoras domésticas a raíz de la consolidación de un régimen laboral y previsional especial (Ley N° 26.063 de 2005 y Ley N° 26.844 de 2013).

Entre estas medidas, el impacto de la moratoria fue muy significativo. Hasta 2012, más de 2 millones y medio de personas adhirieron a la moratoria (el 45% de los afiliados), mientras el régimen ordinario de jubilación mantenía alrededor de 3 millones de titulares a lo largo de todo el período. De esta forma, y como resultado de esta medida, la cobertura del conjunto de la previsión social argentina alcanzó a fines de 2011 una cobertura cercana al 95% de la población mayor de 65 años (MTEYSS, 2012). También debe decirse que cerca del 72% de los beneficiados por esta medida fueron mujeres. En este sentido, no solo se reconoció el derecho a una pensión a los trabajadores informales, sino también a las personas que trabajaron prioritariamente de forma no remunerada en tareas de cuidado, esto representó un avance importante en el reconocimiento de los derechos de las mujeres (Pautassi, Giacometti y Gherardi, 2011).

En todo caso, la moratoria de 2005 no modificó la arquitectura contributiva del sistema, sino que más bien constituyó una solución de emergencia frente a la baja cobertura del sistema, resultado de las vidas laborales irregulares, precarias e informales de millones de personas. En este sentido, el efecto de la moratoria fue temporal y de breve período, pero muy significativo. De hecho, una segunda moratoria fue implementada en 2014 (Ley N° 26.970), lo que produjo un flujo de altas anuales de jubilaciones por moratoria de 611.000 personas en 2015 (el 87% del total). Esto produjo un total de altas en el SIPA de casi 800.000 prestaciones en ese año frente a las 300.000 de 2013 (datos del MPT). Si se observa el impacto de la moratoria previsional en el tiempo, puede observarse (Tabla 2 del Apéndice) como entre 2010 y 2017 el promedio de altas anuales de jubilaciones del SIPA fue del 67,9% y del

56,9% total de altas, si se tienen en cuenta las altas por pensiones.

Por otra parte, puede señalarse cómo al tiempo que la moratoria previsional progresaba, se redujo el número de titulares de pensiones no contributivas por vejez para mayores de 70 años sin recursos, pues en diciembre de 2015 quedaban solo 13.887 titulares (eran 92.517 en 2006) y menos de 3.000 en marzo de 2018. Al contrario, la pensión no contributiva por invalidez creció de manera exponencial de alrededor de 80.000 titulares en 2003 a 1.065.518 a fines de 2014 (estos números se mantienen hasta marzo de 2018). No existen datos sobre cuántos de ellos serían mayores de 65 años, pero sí se sabe que el valor medio de las prestaciones erogadas es inferior a la que garantiza el sistema previsional contributivo, que en marzo de 2018 era de 5560 pesos contra un haber mínimo de 7660 pesos (datos del MPT).

En términos generales, la moratoria previsional representó entonces la modalidad que el gobierno adoptó para aliviar las consecuencias que tiene la extensión de la informalidad laboral sobre la cobertura del sistema previsional. En ese sentido, la moratoria no representó una reformulación del sistema contributivo en sentido universalista, es decir que, reorientara esta política independientemente de la calidad de la inserción laboral de los hogares. Al contrario, se mantuvo inalterada la estructura básica contributiva del sistema y se extendió su cobertura a las personas (principalmente mujeres) cuyas trayectorias laborales habían estado marcadas por informalidad, desocupación, salida del mercado laboral por el peso de las tareas de cuidado, etc. Para estas categorías de trabajadores, incluidos tanto en la moratoria como en los regímenes previsionales especiales (monotributo y trabajo doméstico), el Estado se hizo cargo, figurativamente, de suplir a la evasión contributiva de parte de los empleadores o subsidiar la formalización de sus actividades independientes.<sup>24</sup>

en deudores del sistema, a cambio de ver cumplido su derecho a una protección de los riesgos asociados a la vejez.

24. Para los críticos, la existencia de regímenes subsidiados como el del trabajo doméstico lleva a una contracción de la base de financiación de la Seguridad Social, ya que los aportes establecidos (mínimos y máximos) no guardan relación con la evolución de los salarios ni con los compromisos futuros hacia los nuevos afiliados (véase Grushka, 2014). Un ejemplo de ello es la incorporación en 2016, bajo el nuevo gobierno, de los trabajadores en el régimen subsidiado del monotributo en el sistema contributivo de asignaciones familiares.



Debe tenerse en cuenta, en todo caso, que por medio de estas medidas se privilegió la extensión de un piso mínimo de protección social a la población en edad de retiro en vez de enfrentar el gasto que habría supuesto incrementar de forma significativa el valor real de todas las prestaciones. En particular, las prestaciones de las personas que ingresaron gracias a la moratoria se situaron en un nivel promedio cercano al mínimo. Además, las pensiones mínimas incrementaron su valor relativamente a la línea de pobreza, salario mínimo (SMVM) y salarios medios (RIPTE). Ambos factores explican el achatamiento de la distribución de las prestaciones, lo que redujo la brecha entre el haber mínimo y el medio (ver Figura 2 del Apéndice). Por otra parte, la Ley de Movilidad Previsional de fines de 2008 (Ley N° 26.417), que vinculaba el incremento de las prestaciones previsionales a un índice combinado de los salarios reales y los recursos de la Seguridad Social, resguardó en cierta medida los haberes mínimos y medios en términos relativos respecto de la CBT, el SMVM y el RIPTE, en los años posteriores en los que el incremento de los precios al consumo de este período fue acelerándose, aunque son visibles las caídas relacionadas con episodios de devaluaciones bruscas como en 2014 y en 2016 (ver Figuras 3 y 4 del Apéndice).

## 5. Viraje macroeconómico y principales medidas en el campo previsional bajo la nueva gestión política

Al margen del presunto debate interno entre "gradualistas" y "ortodoxos", con los segundos victoriosos en estos últimos meses de 2018 al son del FMI, la nueva gestión de Mauricio Macri marcó un claro viraje de política económica respecto de la etapa anterior (especialmente los últimos años de la presidenta Cristina Fernández), con efectos redistributivos que favorecieron principalmente el sector privado concentrado y los hogares de mayores ingresos, en forma de subsidios, deducciones fiscales, recortes de impuestos sobre el capital y las rentas más altas, etc. Entre las medidas de política económica que van en esa dirección pueden mencionarse:<sup>25</sup> la liberalización de los movimientos de capital y de

la compraventa de divisas, lo que produjo una primera fase de devaluación del peso argentino cercana al 60% en 2016 (anterior a la de 2018); el pago de la deuda con los "fondos buitres", lo que permitió acceder masivamente al mercado privado internacional de capitales; vinculado a este último punto, se generaron fuertes incentivos al ingreso de capitales especulativos a raíz de una política de tasas de interés elevadas y una tasa de cambio que se mantuvo relativamente estable (atrasada en términos reales) desde mediados de 2016 hasta fines de 2018); el conjunto de estas medidas resultó en un incremento considerable de la deuda externa en dólares, a la par que se observó una intensificación de los procesos de fuga de capitales. Desde el primer momento, también se decidió la eliminación de las retenciones (impuestos a la exportación) para un conjunto de productos primarios (trigo, maíz, carne, productos regionales, petróleo y productos mineros) y su reducción progresiva para el caso de la soja;<sup>26</sup> una desregularización del precio de los combustibles y una política de incremento tarifario con el objetivo de reducir el gasto en subsidios económicos y, supuestamente, incentivar las inversiones de las empresas concesionarias.

Los resultados no han sido los anunciados ni en términos de crecimiento (con caídas del PIB en 2016 y en 2018 estimado) ni de moderación de la tasa de inflación.<sup>27</sup> En consecuencia, se ha observado una caída de los salarios reales entre noviembre de 2015 y mayo de 2018 estimada en el 5,7% para los trabajadores formales del sector privado, del 12% para los empleados públicos y de aproximadamente el 14,3% para el salario mínimo,

26. Posteriormente al acuerdo con el FMI, el gobierno dispuso de forma transitoria un derecho de exportación generalizado de 4 pesos por cada dólar para un conjunto de bienes primarios y de 3 pesos para bienes elaborados (Decreto N° 793 de 2018). En todo caso, representando una tasa de suma fija, una eventual devaluación licuaría el peso del impuesto sobre el total exportado.

27. Por otra parte, el déficit de cuenta corriente ha superado los 30.000 millones de dólares (contra 17.000 en 2015), esto empeoró la tendencia negativa que venía arrastrándose desde la etapa anterior. Esta restricción externa afecta de forma persistente a la economía argentina, a causa de la baja competitividad (al margen de la producción agropecuaria), la extranjerización y dependencia, y la concentración del sistema productivo (Gaggero, Schorr y Wainer, 2014; Graña y Kennedy, 2015). El resultado es que la reproducción del capital requiere en la Argentina de crecientes fuentes de financiamiento, en tanto el incremento de la deuda externa fue el elemento que permitió financiar ese abultado déficit externo en la etapa de Macri.

25. Este párrafo se basa en Constantino *et al.* (2017) y CIFRA (2018).

tendencias que, probablemente, empeorarán una vez que impacte sobre los precios el efecto de la última devaluación (estimaciones de CIFRA, 2018). Respecto de la situación del mercado laboral tampoco se observan mejoras, ya que la tasa de informalidad se ha mantenido en niveles elevados (superiores al 33% de los asalariados) y la tasa de desocupación ha mostrado una tendencia creciente (al margen de cierta reducción en 2017), ya que llegó a tocar un promedio de 9,35% en el primer semestre de 2018 (contra un valor de 6,8% en el primer semestre de 2015).<sup>28</sup>

En el campo previsional, la medida más significativa es el denominado Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados (Ley N° 27.260 de 2016), financiado inicialmente vía blanqueo fiscal (denominado eufemísticamente *régimen de sinceramiento fiscal*), en el marco de una reducción del impuesto patrimonial (Bienes Personales). El objetivo de esta medida es el de poner remedio a la "emergencia en materia de litigiosidad previsional" por medio de acuerdos de reajuste de los haberes y cancelación de las deudas previsionales. Según el mensaje de presupuesto para 2019, se habrían actualizado los haberes de más de un millón de titulares de una prestación previsional, con un aumento promedio del 31% (p. 37). En razón de esta medida, si en diciembre de 2015 el 70,6% de las prestaciones se situaban en el nivel mínimo, en diciembre de 2017 ese porcentaje había bajado hasta el 62,8%. Por otra parte, la progresiva recuperación del haber medio respecto al haber mínimo es una tendencia que se observa a partir de 2008, lo que implica un empeoramiento del potencial desmercantilizador y redistributivo del sistema previsional, pese a la amplia cobertura del sistema (ver Figuras 2 a 4 del Apéndice). A esto se debe añadir que la Ley de Reforma Tributaria N° 27.430 de 2017 establece una alícuota única del 19,5% para las contribuciones sociales (que entrará en vigor el 1° de enero de 2022), lo que significará a futuro un desfinanciamiento del sistema previsional (como en el caso de medidas similares realizadas en la década de los 90).

En el marco de la misma Ley N° 27.260, se instrumentó la Pensión Universal para el Adulto Mayor de tipo no contributivo (PUAM) para todas las personas de 65 años o más (sin aportes suficientes para ingresar en

el sistema previsional contributivo). Entre las principales características de esta medida están: su compatibilidad con la realización de actividades económicas (cuyos aportes asociados podrían conducir en un segundo momento a una pensión contributiva); la cobertura de salud del PAMI; el pago de una prestación mensual equivalente al 80% del haber mínimo previsional. Esta nueva prestación pretende absorber parte de las pensiones no contributivas existentes (la casi extinguida pensión por vejez —la cual cubre el 70% del haber mínimo— y los receptores de pensiones por discapacidad mayores de 65 años, ver sección anterior), a la vez que previene la posibilidad de realizar una nueva moratoria previsional.<sup>29</sup> En este sentido, permite un ahorro presupuestario, ya que los ingresantes a las moratorias previsionales, por medio de un plan de pago en cuotas de los aportes adeudados, entran al sistema previsional contributivo de forma vitalicia recibiendo, por lo menos, el haber mínimo, mientras que en el caso del PUAM reciben una prestación que es un 20% inferior. Por el momento esta medida ha alcanzado un número pequeño de personas (68.000 en diciembre de 2017, datos del MPT) por un gasto de 2970 millones de pesos (0,11% del gasto total de la Administración Nacional, según las Cuentas de Inversión de 2017 - CGN). Además, en el proyecto de presupuesto para 2019 se prevé la incompatibilidad con una actividad laboral, lo que restringiría el acceso a la PUAM o, por lo menos, eliminaría su potencial como vía de ingreso al sistema contributivo, esto blanquearía a sus titulares en la situación de receptores de la asistencia pública.<sup>30</sup>

En la misma línea, se puede mencionar la reforma previsional de fines de 2017 (Ley N° 27.426), a partir de la cual se sustituye la fórmula de movilidad preexistente por otra en la que un 70% del incremento deriva del índice de precios al consumo y el residual 30% del índice RIPTTE (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables), lo que reduce la posibilidad de que los haberes recuperen valor en términos reales (la anterior fórmula dependía de los recursos tributarios del Estado

29. Cabe recordar que, con la misma lógica, a partir del Decreto N° 746 de 2017, las pensiones no contributivas (con excepción de las pensiones por invalidez) pasaron bajo la órbita de la ANSES.

30. Ver "Presupuesto 2019: el Gobierno busca restringir el acceso a la pensión universal para adultos mayores", *Ámbito Financiero*, 18 de septiembre de 2018.

28. Fuente: SEDLAC, julio de 2017 (2003-2015); INDEC (2016-2018).

y del andamio de los salarios). También se prevé que los titulares del sistema contributivo que puedan acreditar por lo menos 30 años de aportes tengan un "haber mínimo garantizado" de por lo menos el 82% del salario mínimo, vital y móvil. El requerimiento de los aportes, por lo tanto, tendería a discriminar a las personas que entraron al sistema contributivo con la moratoria, cuyo haber mínimo crecería con la nueva fórmula de movilidad. Como se ve en la Figura 5, en marzo de 2018 ya se observa cómo las personas que recibían una prestación por moratoria se situaban en el haber mínimo de 7.660,42 pesos (aproximadamente 3 millones de beneficios), mientras casi un millón de prestaciones que recibía el nuevo haber mínimo garantizado (7.790 pesos) no estaba vinculado a la moratoria. Si se consideran los haberes más altos, se observa, además, cómo las prestaciones por moratoria tienen un peso cada vez menor: representan el 27,6% de las prestaciones superiores a 7.790 pesos y hasta 15.000 (dos haberes mínimos aprox.); el 4,8% de las prestaciones entre dos haberes mínimos y cuatro haberes mínimos; y el 1,01% de las prestaciones de mayores a los cuatro haberes mínimos (más de 30.000 pesos en marzo de 2018).

## 6. Reflexiones finales

El propósito de este trabajo fue realizar un análisis de las principales medidas de reforma del sistema previsional adoptadas por los gobiernos argentinos en un largo período que va desde la década de los 90 (sección 3), incluye la etapa de la gestión de Néstor Kirchner y Cristina Fernández (sección 4) y analiza de forma preliminar las principales medidas tomadas bajo la presidencia Macri (sección 5), a partir de un enfoque que se nutre de la literatura sobre regímenes de bienestar (sección 2). En particular, se tomaron en cuenta aquellas medidas que extendieron la cobertura del sistema previsional contributivo a sectores previamente excluidos del sistema previsional, aunque también se hizo referencia a las pensiones de tipo no contributivo. Entre las medidas examinadas, las más significativas fueron la moratoria previsional y la consolidación de regímenes especiales para determinadas categorías de trabajadores (monotributistas y trabajadoras domésticas); la ley de movilidad

previsional de 2008; y ya en la última etapa, la ley de reparación histórica, la institución de la PUAM, y el cambio de la fórmula de actualización de los haberes.

La discusión se centró en la financiación del sistema previsional, en el valor relativo de las transferencias (respecto de salario mínimo, salarios promedio y canastas de pobreza) y en los efectos en términos de reducción o incremento de la brecha contributivo-no contributivo. Los datos apuntan a que en la etapa posterior a 2003 se privilegió la extensión de la cobertura del sistema previsional a favor de las personas adultas mayores, respecto al gasto que habría supuesto incrementar de forma significativa el valor real de las prestaciones. Así las cosas, las prestaciones recibidas por los millones de nuevos receptores que ingresaron gracias a la moratoria se situaron en un nivel cercano al mínimo. La ley de movilidad previsional de fines de 2008 permitió cierta protección de los haberes frente al incremento considerable de los precios al consumo a partir de 2007. En particular, parece cumplirse el objetivo de garantizar a toda persona mayor unos niveles de ingreso suficientes para mantenerla fuera de la pobreza, ya que los haberes mínimos se han mantenido holgadamente por encima de la línea de pobreza (CBT). Menos éxito habría tenido el objetivo de garantizar una tasa de sustitución de las prestaciones coherente con los niveles salariales predominantes en el mercado laboral, aunque se observa cierta estabilidad en este indicador, gracias a los efectos de la ley de movilidad.

En referencia a la situación actual y de forma preliminar, teniendo en cuenta el corto plazo y los datos disponibles, se pueden señalar los siguientes elementos: el relativo mantenimiento del presupuesto destinado al sistema previsional, por lo menos en la primera etapa del gobierno de Macri (antes del acuerdo con el FMI); al mismo tiempo, se observa una reafirmación de las fronteras entre lo contributivo y lo no contributivo, estableciendo programas diferenciales entre las personas según su estatus ocupacional (y su capacidad de hacer aportes), lo que naturalmente desfavorece, por ejemplo, a las mujeres que sufren, por diferentes causas, peores trayectorias y condiciones laborales. Este rasgo es evidente en algunos cambios en el sistema previsional, como el establecimiento de una nueva prestación no contributiva, el PUAM, en un nivel un 20% inferior al ya

magro haber mínimo, a la vez que la nueva fórmula de cálculo apunta a mantener el poder adquisitivo de este último.

Esto significa que no existe el objetivo de permitir una recuperación de la tasa de reemplazo de los haberes mínimos respecto a los salarios (esa sí es una deuda histórica), a la vez que se garantizaría a las personas que hayan hecho el número suficiente de aportes un haber mínimo más elevado ligado al SMVM (el nuevo "haber mínimo garantizado"). Sin embargo, eso tampoco garantiza su incremento en el tiempo, ya que el SMVM ha perdido su valor relativo respecto a los salarios medios,<sup>31</sup> de la misma forma que los haberes mínimos han perdido valor relativo respecto de los haberes medios, restando potencial redistributivo al sistema previsional.

Por otra parte, en este mismo período se observó un claro viraje a nivel de políticas económicas, con marcado carácter neoliberal, y un abandono de todo discurso de protección del mercado interno y de los niveles de demanda de las clases populares, quienes habrían vivido "por encima de sus posibilidades" en años anteriores. Este discurso augura que los problemas que se observan en el mercado laboral (informalidad, desocupación, etc.) no serán solucionados en el corto plazo, afectando en consecuencia la capacidad de aporte de sectores muy amplios de la población. Por otra parte, los acuerdos con el FMI, a raíz de la crisis financiera desencadenada por los propios desequilibrios creados por el gobierno frente a problemas estructurales de largo plazo como la "eterna" restricción externa, hacen prever un incremento de las presiones para recortar el gasto social, en general, y el gasto previsional, en particular. También es fácil prever el resurgimiento de los discursos en torno a la insostenibilidad e inequidad del sistema previsional y la necesidad de reformarlo según el modelo de los tres pilares, con la inclusión de un componente privado para los sectores de mayores ingresos complementario al sistema contributivo, ya que la pata no contributiva fue implementada con el PUAM.<sup>32</sup> En este sentido, el contexto político-económico debe ser tenido muy en cuenta a la

hora de analizar la dirección que está tomando la política social en un determinado momento, ya que el primero determinará tanto los niveles de ingreso, como las modalidades de inserción laboral, las capacidades de financiación de la propia política social y las direcciones que tomarán las reformas que modifiquen su estructura e instituciones.

31. Entre 2006 y 2009, el SMVM se mantuvo en valores cercanos al 48% del RIPTE, luego fue reduciéndose en términos relativos hasta valores cercanos al 34% a fines de 2017 (elaboración propia de datos del Ministerio de Hacienda).

32. Cfr., por ejemplo, Colina y Giordano (2012).

## Bibliografía

---

ADELANTADO, José; NOGUERA, José A.; RAMBLA, Xavier, y SÁEZ, Lluís, "Las relaciones entre estructura y política sociales: una propuesta teórica", *Revista Mexicana de Sociología*, N° 60(3), 1998, pp. 123-56, s/d.

BARRIENTOS, Armando, "Labour markets and the (hyphenated) welfare regime in Latin America", *Latin American Economy and Society*, N° 38, 2009, pp. 87-108, s/d.

BASUALDO, Eduardo, *Sistema político y modelo de acumulación - tres ensayos sobre la Argentina actual*, Atuel, Buenos Aires, 2011.

BESTARD Ana María; CARRASCO, Maximiliano y PAUTASSI, Laura, "La cuestión federal pendiente: sistemas previsionales locales y brechas contributivas", en PAUTASSI, Laura y GAMALLO, Gustavo (dirs.), *El bienestar en brechas - Las políticas sociales en la Argentina de la posconvertibilidad*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2015, pp. 91-133.

CASALÍ, Pablo; JIMÉNEZ, Maribel; LÉPORE, Eduardo; ORTEGA, Lucía y ÁLVAREZ, Mariana, "Seguridad social para los trabajadores independientes en la Argentina: diseño, cobertura y financiamiento", Serie *Documentos de Trabajo*, N° 19, OIT, Buenos Aires, s/d.

CETRÁNGOLO, Oscar y FOLGAR, Julián, *Las cajas previsionales de las provincias y el Pacto Fiscal*, CECE, Buenos Aires, 2018.

CGN, Contaduría General de la Nación, *Cuenta de inversión*, Ministerio de Economía, Buenos Aires, 2017.

CIFRA, *Informe de coyuntura*, N° 28, Buenos Aires, agosto de 2018.

CLAYTON, Richard y PONTUSSON, Jonas, "Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies", *World Politics*, N° 51, 1998, pp. 67-98, s/d.

COLINA, Jorge y GIORDANO, Osvaldo, "El sistema previsional avanza hacia una nueva crisis", Serie *Informes de la Economía Real*, N° 34, UCA, Buenos Aires, 2012.

COSTANTINO, Agostina; ARELOVICH, Sergio; SABBATELLA, Ignacio; BELLONI, Paula; WAINER, Andrés y BARRERA, Facundo, "La economía del primer año de Cambiemos", *Análisis*, N° 18, Friedrich-Ebert-Stiftung, Buenos Aires, 2017.

CURCIO, Javier, "Descripción del Sistema de Seguridad Social: componentes al cabo de la década del '90 y de la primera década del siglo XXI". En C. Danani y S. Hintze (Eds.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*, Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires, 2011, pp. 33-60.

DANANI, Claudia y HINTZE, Susana, *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*, UNGS, Buenos Aires, 2011.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta, *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*, Ariel, 2000.

---, *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Alfons el Magnanim, Valencia, 1993.

FILGUEIRA, Fernando, *Tipos de Welfare y Reformas Sociales en América Latina - Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*, LASA, Chicago, 1998.

FONDO DE GARANTÍA DE SUSTENTABILIDAD, *Presentation FGS - Argentina Public Pension Fund*. Disponible en: <http://fgs.anses.gob.ar/FGS-English.pdf>. [Fecha de última consulta: 7/9/2018].

GAGGERO, Alejandro; SCHORR, Martín y WAINER, Andrés, *Restricción eterna - El poder económico durante el kirchnerismo*, Futuro Anterior Ediciones, Buenos Aires, 2014.

GAMALLO, Gustavo, "Aproximación al concepto de brecha de bienestar", en PAUTASSI, Laura y GAMALLO, Gustavo (eds.), *El bienestar en brechas: las políticas sociales en la Argentina de la posconvertibilidad*, Ed. Biblos, Buenos Aires, pp. 31-50.

GESS (Gerencia de Estudios de la Seguridad Social), *Análisis de la cobertura previsional del SIPA: Protección, Inclusión e Igualdad*, Administración Nacional de la Seguridad Social, Buenos Aires, 2011.

GOODIN, Robert E. y REIN, Martin, "Regimes on Pillars: Alternative Welfare state logics and dynamics", *Public Administration*, n° 79, 2001, pp. 769-801, s/d.

GRAÑA, Juan M. y KENNEDY, Damián, "Límites del nuevo desarrollo de América Latina: la vigencia de los determinantes estructurales de la economía argentina". III Congreso, FLACSO. Quito, 2015.

GRUSHKA, Carlos, "Evaluación y perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino", en DANANI, Claudia y HINTZE, Susana, *Protecciones y desprotecciones (II) - Problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*, UNGS, Los Polvorines, Buenos Aires, 2014, pp. 129-172.

HARVEY, David, *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press, Oxford, 2005.

HINTZE, Susana, *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo: conjeturas sobre lo posible*, Espacio, Buenos Aires, 2007.

INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos, "La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina". *Metodología INDEC*, N° 22, Buenos Aires, 2016.

## ARTÍCULOS

KORPI, Walter, "Welfare-State Regress in Western Europe: Politics, Institutions, Globalization, and Europeanization", *Annual Review of Sociology*, N° 29, 2003, pp. 589-609, s/d.

LO VUOLO, Rubén y BARBEITO, Alberto C., *La nueva oscuridad de la política social - Del Estado populista al neoconservador*, CIEPP - Miño y Dávila, Buenos Aires, 1994.

MARTÍNEZ FRANZONI, Juliana, "Welfare Regimes in Latin America: Capturing Constellations of Markets, Families, and Policies", *Latin American Politics and Society*, N° 50, 2008, pp. 67-100, s/d.

MECON, Ministerio de Economía, *Gasto público consolidado (2004-2015)*, Buenos Aires.

MESSINA, Giuseppe M., "La ilusión trabajo-céntrica: contradicciones del régimen de bienestar argentino bajo el kirchnerismo", *Trabajo y Sociedad*, N° 29, 2017, pp. 583-610, s/d.

---, "Transformaciones y reformas en el sistema de pensiones argentino entre 2003 y 2013. Evaluando las políticas de inclusión más allá de lo contributivo", *Gestión y análisis de políticas públicas*, N° 11, 2014.

MinHacienda, Ministerio de Hacienda, *Datos de empleo e ingresos*. Disponible en: <https://www.minhacienda.gob.ar/datos/>

MPT, Ministerio de Producción y Trabajo, años varios. *Estadísticas sobre Seguridad Social (ESS), 4° T. de 2015-1° T. de 2018*, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/seguridadsocial/estudios>

MTEySS, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, "Diagnóstico de la informalidad laboral, a partir de los datos relevados por la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS)". Jornadas sobre Análisis de Mercado Laboral, OIT, Buenos Aires, 2013.

---, *Boletín Estadístico de la Seguridad Social*, Buenos Aires, 2012.

OIJ, Organización Internacional de la Juventud / CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. Madrid, 2012.

OIT, Organización Internacional del Trabajo, "Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa", *Informe IV*, 101ª Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, 2012a.

---, "Avances en la consolidación de la protección social en Argentina", *Notas OIT – Trabajo decente en la Argentina*, Buenos Aires, 2012b.

PALOMINO, Héctor, "La instalación de un nuevo régimen de empleo en la Argentina: de la precarización a la regulación", *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo (RELET)*, vol. 12, N° 19, 2007, pp. 121-144.

PAUTASSI, Laura; GIACOMETTI, Claudia y GHERARDI, Natalia, *Sistema previsional en la Argentina y equidad de género. Situación actual (2003-2010) y perspectivas futuras*, ELA, Buenos Aires, 2011.

PIERSON, P., "The New Politics of the Welfare State", *World Politics*, N° 48, 1996, pp. 143-179.

PNUD, *Perfil de estratos sociales en América Latina: pobres, vulnerables y clases medias*, Nueva York, 2014.

ROFMAN, R.; APELLA, I. y VEZZA, E., *Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina*, Banco Mundial, Buenos Aires, 2013.

SEDLAC, *Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean*, (CEDLAS y Banco Mundial). [En línea]. Disponible en: <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/en/estadisticas/sedlac/>.

TAYLOR-GOOBY, P., *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare States* Oxford University Press, Nueva York, 2004.

TILLY, Charles, *La desigualdad persistente*, Ediciones Manantial, Buenos Aires, 2000.

TORRE, J.C. y PASTORIZA, A., "La democratización del bienestar", en TORRE, J.C. (dir.), *Los años peronistas (1943-1955)*, Sudamericana, Buenos Aires, 2002.

UTHOFF, Andras, "Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina", en MARTÍNEZ, Rodrigo (ed.), *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 2017, pp. 167-218.



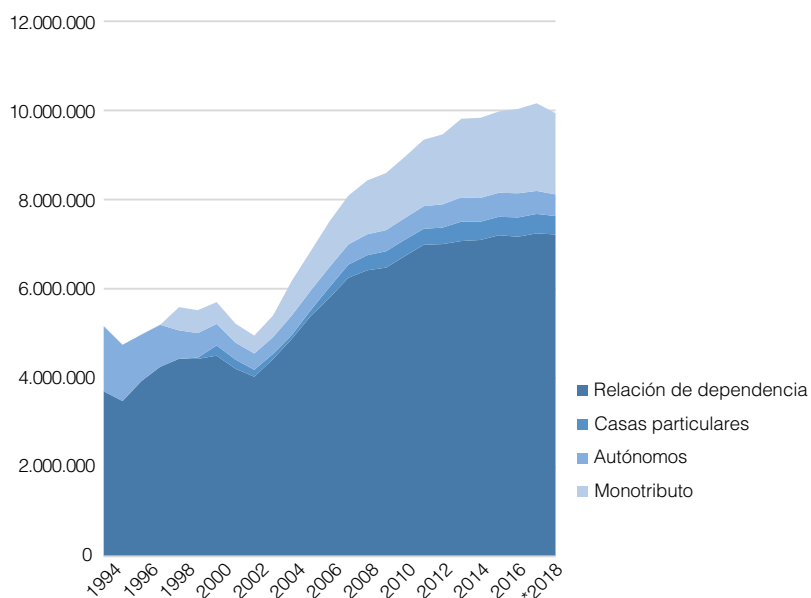
## Apéndice

**Tabla 1 - Censos y proyecciones de población. Argentina**

Población mayor a 65 años	
Proyecciones 2017	4.863.479
% Total	11,0%
Censo 2010	10,2%
Censo 1980	8,2%
Población en edad de retiro año 2017	
Varones 65+	2.006.871
Mujeres 60+	3.827.686
Total	5.834.557
% en edad de retiro	13,2%
Composición de la población en edad de retiro	
Varones 65+	34,4%
Mujeres 60+	65,6%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC.

**Figura 1 - Aportantes al SIPA según régimen (1994-2018)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MPT.

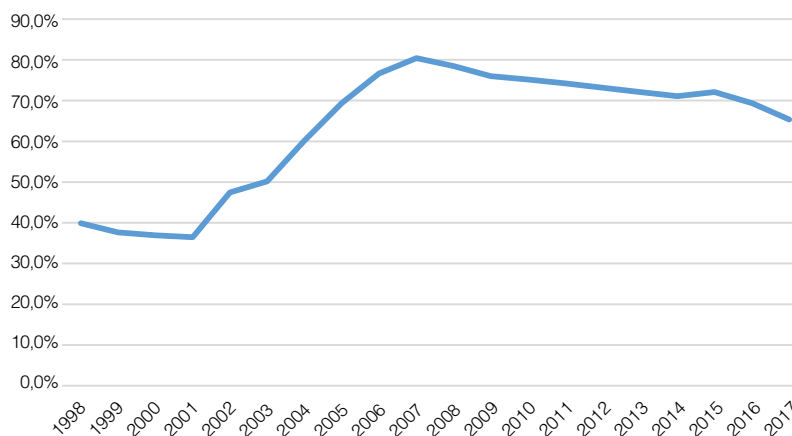
\* Datos de diciembre de cada año, excepto para 2018 cuyo dato se refiere al mes de marzo.

**Tabla 2. SIPA - Altas por moratoria (2010-2018)**

	<b>% Altas en jubilaciones</b>	<b>% Altas en pensiones</b>	<b>% Altas totales</b>
<b>2010</b>	73%	35%	62,8%
<b>2011</b>	65%	33%	54,9%
<b>2012</b>	60%	25%	49,1%
<b>2013</b>	56%	17%	43,8%
<b>2014</b>	72%	12%	59,4%
<b>2015</b>	87%	15%	78,3%
<b>2016</b>	72%	17%	60,4%
<b>2017</b>	58%	16%	46,6%
<b>promedio</b>	<b>67,9%</b>	<b>21,3%</b>	<b>56,9%</b>

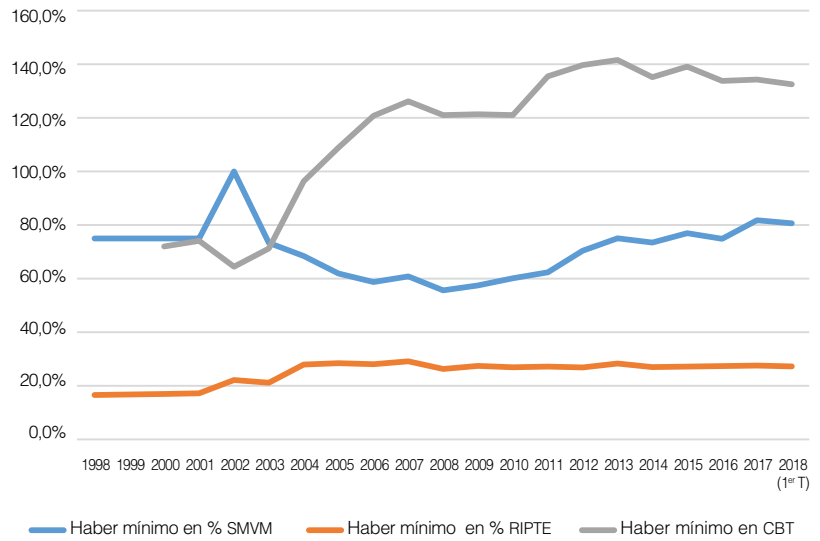
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del MPT.

**Figura 2. Relación entre haber mínimo y haber medio del SIPA (%)**



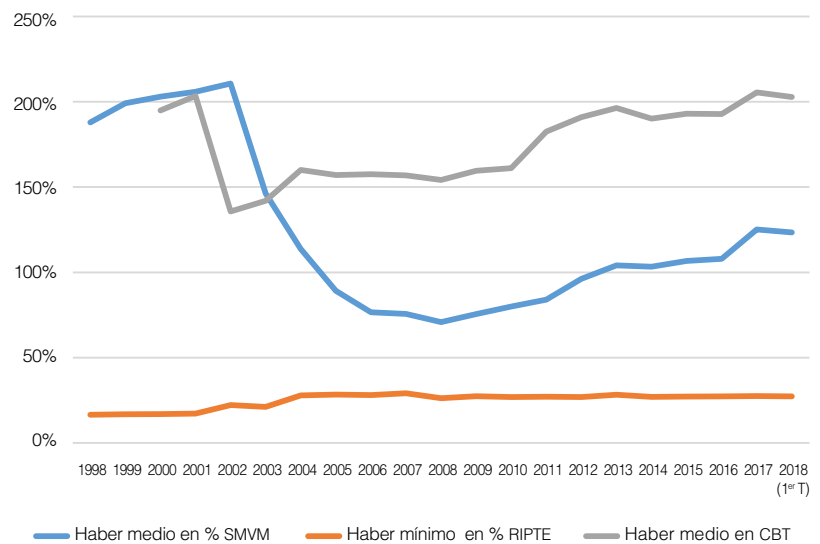
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del MPT; Ministerio de Hacienda, Datos Económicos - Empleo e Ingresos.

**Figura 3. Alcance del haber mínimo (SIPA)**



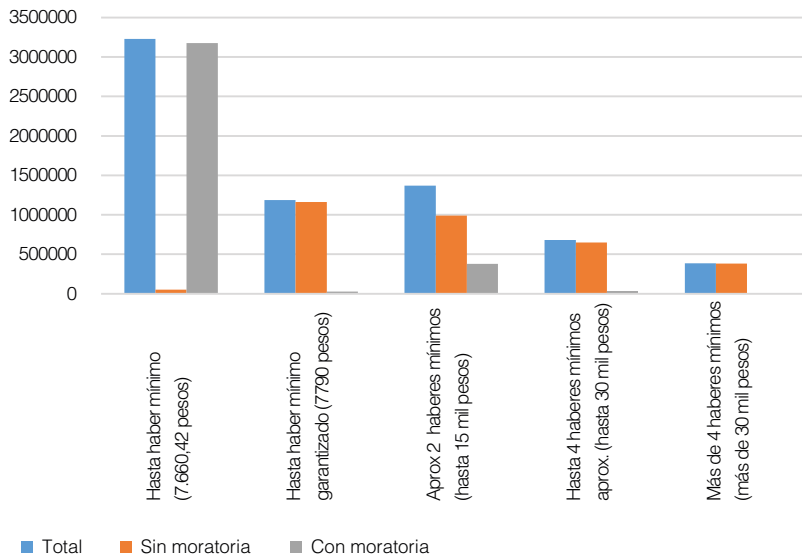
**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de datos del MPT; Ministerio de Hacienda, Datos Económicos - Empleo e Ingresos.

**Figura 4. Alcance del haber medio (SIPA)**



**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de datos del MPT; Ministerio de Hacienda, Datos Económicos - Empleo e Ingresos.

**Figura 5. N° de beneficios del SIPA por intervalo de haberes (marzo de 2018)**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del MPT

CHOS  
ONAS  
ORES

DEBIDA  
DILIGENCIA

TRATAMIENTO  
PREFERENCIAL

DEBIDA  
DILIGENCIA

CONVENCIÓN  
INTERAMERICANA

CONVENCIÓN  
INTERAMERICANA

FACTOR TIEMPO

DEBIDA  
DILIGENCIA

DEBIDA  
DILIGENCIA

DEBIDA  
DILIGENCIA

TRATAMIENTO  
PREFERENCIAL

TRATAMIENTO  
PREFERENCIAL

FACTOR TIEMPO

TRATAMIENTO  
PREFERENCIAL

CONVENCIÓN  
INTERAMERICANA

CONVENCIÓN  
INTERAMERICANA

# ACCESO A LA JUSTICIA

DEBIDA  
DILIGENCIA

TRATAMIENTO  
PREFERENCIAL

FACTOR TIEMPO

FACTOR TIEMPO

CONVENCIÓN  
INTERAMERICANA





**“La región de las Américas es la primera en consolidar en un solo instrumento de orden vinculante los derechos y libertades de las personas mayores”.**

## Entrevista a Elena Highton de Nolasco\*

**Elena Highton de Nolasco** es abogada, procuradora, escribana y doctora en Derecho y Ciencias Sociales. Actualmente es vicepresidenta de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Se encuentra a cargo de la Comisión Nacional de Acceso a Justicia, la Oficina de la Mujer y la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Anteriormente fue defensora oficial de Incapaces y Ausentes ante la Cámara Nacional de Apelaciones y Juzgados Nacionales de Primera Instancia Especial en lo Civil y Comercial. Jueza Nacional de Primera Instancia Especial en lo Civil y Comercial. Jueza Nacional de Primera Instancia en lo Civil y magistrada de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal. Es profesora emérita de la Universidad de Buenos Aires. Miembro de numerosas organizaciones.

\*Entrevista realizada vía correo electrónico por la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos, recibida el 21 de diciembre de 2018.

**—En primer lugar, nos gustaría que nos comparta su experiencia, ya que ha sido la primera mujer en integrar la Corte Suprema durante un gobierno democrático.**

—El ejercicio de la vicepresidencia del Tribunal implica un gran honor. A veces me conmueven las muestras de reconocimiento recibidas por parte de la comunidad en su conjunto, y de las mujeres, en particular. A su vez, me da satisfacción tener la posibilidad de mejorar la realidad cotidiana de la gente, tal como la situación de un jubilado,

cuando se decide que su haber debe ser actualizado, la toma de decisiones en cuanto mejoran la vida de las comunidades de los pueblos originarios o la concerniente a la de los ciudadanos, en particular los chicos que viven en los alrededores del Riachuelo y padecen una contaminación ambiental severa con daño para su salud y su calidad de vida, el otorgamiento de una vivienda digna a un niño discapacitado, por dar algunos ejemplos de casos que tenemos que tratar y decidir cotidianamente en la Corte y que me han impactado por la necesidad que resuelven. Además es reconfortante cuando se siente que se hizo justicia: esto es darle a cada uno lo que le corresponde y configura un mínimo intento de colocar a los argentinos en mayor pie de igualdad. A mi cargo se encuentran la Comisión Nacional de Acceso a Justicia, la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte (único caso en el mundo en el que una oficina de atención a la violencia doméstica depende de un máximo tribunal) y la Oficina de la Mujer. Durante 2018 nos hemos propuesto profundizar las políticas de género en el Poder Judicial. La violencia hacia la mujer afecta la vida cotidiana de todas las personas, y como es de público conocimiento está conmocionando a la sociedad entera.

En el Poder Judicial argentino, hay buenas señales, sin embargo, las estadísticas son claras: a los puestos de jerarquía llegan pocas mujeres. Al tiempo de asumir yo en la Corte, fue designada la Dra. Carmen Argibay y ahora, desde su muerte, nombraron a dos varones —excelescentes magistrados—, pero quedé de nuevo sola, soy la única mujer.

En nuestro Poder Judicial, si bien las mujeres son mayoría en casi todos los ámbitos que lo componen, a medida que se asciende en los puestos de máxima autoridad, el número de mujeres desciende significativamente. El Estado tiene que generar nuevas culturas organizacionales con prácticas más acordes con las necesidades de las familias.

**—¿Cuáles considera que son los desafíos en términos de igualdad de género dentro del Poder Judicial tanto en la Corte como en las altas esferas de la vida pública? ¿Qué opina del proyecto que establecería un cupo femenino dentro del Poder Judicial?**

—El principal desafío es remover las barreras que impiden que haya más mujeres en los cargos de mayor jerarquía. Dentro del Poder Judicial no tenemos otros problemas, que sí aparecen en la actividad privada, como la de cobrar menos por igual cargo o tarea, pero sí hay una subrepresentación en los puestos de decisión.

Según el mapa de género que publica la Oficina de la Mujer, en la base de la pirámide y hasta los cargos de secretaria incluidos



—dentro de lo que es la carrera judicial—, las mujeres estamos en paridad o somos mayoría.

El problema de la menor representación en los cargos de la Magistratura se da cuando el proceso de selección depende de otros factores: presentarse a concursos, tener los antecedentes para los puntajes, ingresar en una terna, luego la selección por parte del Ejecutivo y lograr el acuerdo del Senado. Es más difícil para las mujeres que para los varones. Necesitamos equiparar las condiciones, quizás acciones afirmativas pueden ayudar a ello, porque lo cierto es que las mujeres seguimos teniendo a cargo las tareas no remuneradas, las tareas de cuidado, y si se delegan en otras personas o instituciones, siempre somos las mujeres quienes seguimos teniendo en cuenta la administración y gestión de estas tareas delegadas. Esto, muchas veces, conspira con la carrera académica, por lo que a la misma edad las mujeres quizás tengan menos antecedentes que los varones o, quizás, tampoco se presenten porque consideran que los tiempos que se requieren para cargos de mayor decisión son incompatibles con las tareas familiares. En fin, necesitamos seguir investigando y actualizando la información, dado que es cierto que las nuevas generaciones, en los estratos sociales culturales más altos, presentan algunos cambios, las tareas se comparten más, se organiza el tiempo de otra manera.

**—¿Cómo fue el proceso de creación de la Oficina de Violencia Doméstica? ¿Se enfrentó a barreras institucionales o culturales durante el proceso? ¿Cuáles considera que han sido los principales avances en estos años en términos de violencia de género y cuáles son los retos que persisten en cuanto al acceso a justicia de las mujeres? ¿Cómo es la intersección de vulneración de derechos que afectan a mujeres y hombres mayores?**

—El proyecto de creación de una oficina para la atención de casos de violencia doméstica se remonta a 2004, cuando la Corte Suprema convocó a juezas y jueces —de diferentes instancias y fueros—, funcionarias y funcionarios del Poder Judicial, y representantes de los Ministerios Públicos Fiscal y de la Defensa para elaborar el diseño de una oficina, dependiente de la máxima autoridad del Poder Judicial, que permitiera la racionalización de los recursos y facilitara el acceso a justicia de las personas afectadas por esta problemática. La convocatoria efectuada por la Corte se debió, por un lado, al requerimiento de quienes integraban la Magistratura en el ámbito civil con competencia en asuntos de familia de contar con los elementos

exigidos por la ley para estar en condiciones de decidir acerca de la adopción de medidas de protección.

A su vez, era común constatar que la persona que se acercaba a la dependencia judicial lo hacía luego de transitar un largo recorrido por diversas instituciones sin que existiera un registro de ese camino. Por otra parte, en 2003, una investigación realizada por la Asociación de Mujeres Jueces de Argentina (AMJA) dio cuenta del subregistro de los casos de violencia doméstica en la justicia ordinaria de la Capital Federal.

Para constatar tal situación, se llevó a cabo un relevamiento de cada expediente en trámite en un juzgado civil de familia y en dos juzgados del fuero penal, uno correccional y uno de instrucción.

Esta investigación arrojó, además, una característica particular: el claro sesgo de discriminación de género en la investigación de estos hechos. Así, se conformó un grupo de trabajo integrado por miembros de la justicia civil y penal, representantes de la rama ejecutiva del gobierno local y organizaciones no gubernamentales, quienes elaboraron el proyecto de creación de la OVD, que fue aprobado por la Corte Suprema en diciembre de 2006.

Luego se lanzó la convocatoria pública para integrar los equipos profesionales de la Oficina.

Finalmente, en septiembre de 2008 abrió sus puertas la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) con el objetivo de facilitar el acceso a justicia de las personas que, afectadas por hechos de violencia de este tipo, se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

En 2016, el Máximo Tribunal amplió las funciones de la Oficina —a través de la Acordada 21/2016—, y comenzó a atender casos de trata de personas con fines de explotación sexual y de explotación de la prostitución.

Los objetivos y funciones de la OVD son:

- ofrecer información vinculada con las problemáticas de la violencia doméstica y la trata de personas con fines de explotación sexual y explotación de la prostitución en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires;
- recibir el relato de las personas afectadas que concurren y labrar las actas correspondientes; informar acerca de los cursos de acción posibles según el conflicto que manifiesten padecer, efectuando en cada caso las derivaciones pertinentes;
- seguir el funcionamiento de las redes de servicio y derivación que se establezcan; disponer la realización de los exámenes médicos, psicológicos, psiquiátricos o sociales que sean necesarios;
- seguir la actividad desplegada por los servicios jurídico, médico, psicológico y de trabajadores sociales pertenecientes a la oficina;

- facilitar el traslado de las personas desde y hacia la Oficina y los servicios de atención médica, asistenciales, de patrocinio jurídico u otros existentes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y dependencias de las fuerzas de seguridad.

La dinámica de atención de la OVD contempla un trabajo interdisciplinario durante las 24 horas todos los días del año. Los profesionales pertenecen a las áreas del derecho, la medicina, la psicología y el trabajo social. Este diseño permite que en una única entrevista se labre el acta que dará inicio —si corresponde— a un proceso judicial (civil y/o penal), se evalúe la situación de riesgo de la persona afectada, se constaten las lesiones que existieran, se confeccione el correspondiente informe médico y se brinde toda la información necesaria para continuar el trámite en la Justicia. Luego se procede a la derivación correspondiente (tanto judicial como no judicial).

Este diseño posibilita seguir el funcionamiento de los recursos gubernamentales y el tratamiento de los casos en el Poder Judicial, así como elaborar estadísticas completas acerca de la situación de los casos de violencia doméstica en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Con respecto a las personas mayores, según datos de la OVD, las principales personas denunciadas por mayores de 60 años son los hijos e hijas. Y las situaciones se incrementan después de los 74 años.

Si bien la tercera edad no es el grupo más afectado (representó el 5% del total de las personas afectadas entre enero y diciembre del año pasado), en lo atinente al género, las más afectadas son las mujeres (60%) adultas y el 16% niñas. En el caso de los varones, los más afectados son los niños (15%), solo el 9% fueron varones adultos.

Lo cierto es que, en los casos que involucran a personas mayores, las más afectadas también son las mujeres (4%), mientras que el 1% restante corresponde a denuncias de varones.

Otro dato interesante que surge de las estadísticas de nuestra Oficina es la frecuencia de la violencia. En mayores de 74 años, las situaciones se dan: de manera diaria (33%), esporádica (27%), semanal (20%), mensual (6%) y quincenal (4%). El 5% de los casos correspondió al primer hecho de violencia entre las personas involucradas.

La violencia de tipo económica en este grupo de edad tuvo una frecuencia mayor (49%), así como la simbólica (43%) y la social (15%) que los de menor edad. Estos datos permiten al Estado corregir y profundizar sus políticas públicas.

La Oficina trabaja en articulación con el Programa "Proteger" del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Asimismo, se ofrece permanente información y se realizan derivaciones a instituciones de distintas áreas de atención social, de

justicia, salud, entre otras, a efectos de facilitar la accesibilidad de las personas adultas mayores a los servicios de los organismos estatales.

**—¿Cuáles son los desafíos y escenarios jurídicos que plantea este cambio demográfico? ¿A nivel social y cultural qué cambios debería atravesar la sociedad?**

—La Corte Suprema diseñó políticas de Estado para la resolución alternativa de disputas que se canalizaron a través de tres ejes centrales: acceso a justicia, género y violencia doméstica. Cada una de estas problemáticas presenta situaciones particulares y, por consiguiente, requiere soluciones específicas acordes con la naturaleza de las cuestiones involucradas.

Por esta razón, este tribunal decidió conformar grupos de trabajo especializados, y así se crearon, mediante Acordadas dictadas entre los años 2006 y 2009, la Comisión Nacional de Acceso a Justicia (CNAJ), la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) y la Oficina de la Mujer (OM). Las tres, como ya mencioné, a mi cargo.

Las políticas para erradicar la violencia doméstica son muy importantes. Teniendo en cuenta que la expectativa de vida al nacer en la Argentina es de 74 años para un hombre y de 80 para una mujer, sumemos a ello los años de calidad de vida que se llevó la violencia, cada día en esta situación es un día de sobrevivencia.

Estudios efectuados por la OMS indican que los adultos mayores que sufren maltrato tienen dos veces más posibilidad de morir que los que no lo sufren.

El desafío futuro para el Poder Judicial es la creación de nuevas oficinas de violencia doméstica en cabeza de los superiores tribunales de justicia provinciales. En estos diez años de existencia de la OVD, se ha replicado este modelo en cinco provincias: Tucumán, Santiago del Estero, Salta, Santa Cruz y La Pampa. La Corte Suprema ha firmado convenios marco de colaboración con los 23 altos tribunales provinciales a fin de brindarles todo el apoyo y acompañamiento para la apertura de nuevas oficinas.

**—Con la aprobación de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que la Argentina ha firmado y ratificado, ¿cuál fue el impacto en el derecho interno argentino? ¿Usted cree que nuestro país está encaminado a poner en marcha de manera efectiva esta Convención?**

—La aprobación de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de los Adultos Mayores (Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental) establece un nuevo paradigma positivo en torno a la vejez. Su ratificación permite que la Convención tenga jerarquía superior a las leyes; obliga a los jueces a aplicar su contenido en toda decisión vinculada a personas mayores, así como al compromiso del Estado argentino de poner en marcha políticas públicas que concreten los derechos contemplados en ella; y permite que cualquier ciudadano argentino pueda interponer una petición individual para denunciar la violación de sus derechos ante la Comisión Interamericana. Es temprano para medir otros impactos, dado el escaso tiempo transcurrido desde su ratificación en 2017. La región de las Américas es la primera en todo el mundo que ha logrado, después de cinco años de trabajo, consolidar en un solo instrumento de orden vinculante los derechos y libertades de las personas mayores. Su adopción no debe considerarse un objetivo final, sino el inicio del proceso de transformación. Esta transformación incluye la adopción de medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a los sistemas de impartición de justicia a fin de garantizar a la persona mayor agilidad y eficacia en este acceso, así como un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), consideran que constituye un marco unificador, conceptual y legal para desarrollar e implementar estrategias universales, regionales, nacionales y locales sobre el envejecimiento activo y saludable. El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

**—Teniendo en cuenta que las personas mayores requieren políticas públicas con un enfoque diferencial, ¿qué materia pendiente existe en términos de acceso a la justicia y protección legal de este sector de la población desde un enfoque de derechos humanos?**

—La política institucional de la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sido la creación y fortalecimiento de todos los mecanismos necesarios para facilitar el acceso a la justicia de las personas sea cual sea su edad. El acceso a la justicia implica llevar a cabo una gestión rápida y eficaz de las situaciones, así como brindar información a la ciudadanía. Desde hace 20 años la justicia argentina trabaja en eso. Más de veinte provincias asumieron el compromiso de trabajar en el acceso a la justicia y la resolución alternativa de conflictos. La Corte Suprema y todos los jueces argentinos tienen la política actual que fomentan estas alternativas para dar distintas opciones y soluciones a los conflictos de los ciudadanos con la menor lentitud posible. El acceso a la justicia también se logra mediante acciones concretas de todos los poderes públicos. Las personas siempre tendrán el acceso a la jurisdicción, pero además pueden contar con toda una amplia gama de alternativas como son la mediación, la negociación, la conciliación, el arbitraje, las casas de justicia, las oficinas de atención al ciudadano, las oficinas de violencia doméstica, entre otras posibilidades. Y todo esto es acceso a la justicia. Esta Corte Suprema y todos los jueces argentinos estamos a la vanguardia en el mundo en materia de "acceso a la justicia".

**—¿Qué reflexión podría hacer en torno a la celeridad procesal en casos vinculados a la seguridad social, donde los afectados son personas mayores?**

—El tiempo de demora que sufre un jubilado entre el momento en el que formula su reclamo administrativo y el momento en el que se cumple totalmente la sentencia que reconoce su derecho es demasiado largo. Hay una situación de colapso en los tribunales que atienden estos casos. Eso se originó, desde hace ya décadas, por dos factores. Uno es la pérdida de valor de las prestaciones por efecto de la inflación, que lleva a los beneficiarios a litigar, y otro, fundamental, fue que el Estado trató de contener o acotar el gasto en materia previsional, por lo que dio un cumplimiento defectuoso a la Constitución Nacional y las leyes en la materia. Puede comprenderse la enorme dificultad que pueden padecer los jubilados, pero el Poder Judicial solo está en condiciones de dar apenas una solución parcial a esos problemas.

**—Nos gustaría conocer su opinión respecto de la capacidad y la autonomía de las personas mayores y del debate entre el derecho al retiro y el derecho al trabajo.**

—La edad legal del retiro se fija, entre otros aspectos, atendiendo al momento en que la continuidad de las tareas pueda convertirse en una carga muy pesada para los trabajadores. Obviamente, se mira la generalidad, ya que esto varía de persona a persona y también ha cambiado por las mejores condiciones de vida y cobertura de salud a lo largo del tiempo. La capacidad y la autonomía son cuestiones más personales. Puede darse ese debate entre el derecho a trabajar y el retiro a ese nivel individual. Pero no hay que olvidar que los sistemas legales tienen que ponderar muchos otros elementos que afectan este tema, como la tasa de ocupación laboral, la facilidad de acceso al mercado de trabajo, especialmente de los jóvenes, las conveniencias no solo de los trabajadores, sino también de los empleadores, las expectativas de vida, la incidencia sobre el gasto previsional que debe afrontar la economía, etc. Es un tema que debe ser analizado con el aporte de muchas especialidades.

# Derecho de acceso a la justicia de las personas mayores

## María Virginia Gorosito

Abogada (UCA). Maestranda en Problemáticas sociales infanto-juveniles (UBA). Secretaria letrada a cargo de la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos del Ministerio Público de la Defensa de la CABA.

## 1. Introducción

Las personas mayores conforman un grupo poblacional marcado por la discriminación y la marginación.

La construcción social que se ha dado en torno a la vejez asocia a las personas mayores principalmente con la noción de abuelidad<sup>1</sup> y, a partir de ello, se les asigna un rol absolutamente pasivo, cargado de prejuicios, carencias y debilidades.

Esta mirada ha abonado y sostenido por años prácticas y discursos meramente asistencialistas, que han invisibilizado a las personas mayores como sujetos de derechos.

De un tiempo a esta parte, ha comenzado un interesante desarrollo normativo en relación con los derechos de las personas mayores. Sin embargo, ello no se tradujo en políticas adecuadas que favorezcan el ejercicio de sus derechos, en tanto siguen latentes las nociones estigmatizantes en torno a la vejez.

Así, pues, observamos que no basta con que existan solemnes declaraciones de derechos, sino que resulta

1. Sobre esta noción, ver entrevista a Eva Giberti. Disponible en la p. 47.



necesario contar con métodos eficaces que puedan garantizar su ejercicio.<sup>2</sup>

Para ello, el primer paso será visibilizar la cuestión de la vejez, dimensionar su importancia y ponerla en agenda,<sup>3</sup> con miras a que pueda avanzarse en el diseño de políticas públicas que den respuestas adecuadas y sean desarrolladas desde un enfoque de derechos humanos.

Para contribuir con ello, me propongo desarrollar en este trabajo el alcance del derecho de acceso a la justicia de las personas mayores, entendiendo, por un lado, que la administración de justicia se configura como "la última frontera donde los ciudadanos perciben si sus derechos son efectivamente respetados"<sup>4</sup> y, en un sentido aún más amplio, el acceso a la justicia representa un verdadero derecho al Derecho.<sup>5</sup>

De este modo, realizaré un repaso sobre el concepto de acceso a la justicia en general, para luego abordarlo específicamente desde la óptica de las personas mayores.

Asimismo, indagaré en las barreras y obstáculos sociales, económicos y culturales que dificultan e incluso impiden el acceso a la justicia de la población mayor, para luego efectuar una aproximación normativa y jurisprudencial en relación con los principios más salientes que deben regir el acceso a la justicia de las personas mayores.

Por último, presentaré las conclusiones y algunas propuestas que podrían coadyuvar con la resolución de las problemáticas que afectan a la población mayor e impiden su acceso efectivo a la justicia.

## 2. Acceso a la justicia

Con el objetivo propuesto y ya delimitado, será necesario analizar, aunque sucintamente, el concepto de acceso a la justicia.

2. BOBBIO, Norberto, *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991, p. 64.

3. OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo, *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*, CEDES, Buenos Aires, 1981, pág. 18.

4. MÉNDEZ, Juan E., "El acceso a la Justicia, un enfoque desde los derechos humanos", en: *BID, IIDH, Acceso a la Justicia y Equidad. Estudio en siete países de América Latina*, IIDH, San José, Costa Rica, 2000, pág. 17.

5. CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto, "El derecho de acceso a la justicia internacional y las condiciones para su realización en el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos", en: *Revista IIDH N° 37*, San José, Costa Rica, Enero-Junio 2003, pág. 73.

La idea de acceso a la justicia ha sido desarrollada en numerosos instrumentos internacionales. Podemos mencionar, sin pretensión de exhaustividad, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que prescribe en su art. 10º: "Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal"; o bien el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos que reza en su art. 14: "Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para la determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil".

Por otro lado, a nivel interamericano, se ha previsto en el artículo XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que "toda persona puede ocurrir a los tribunales para hacer valer sus derechos. Asimismo debe disponer de un procedimiento sencillo y breve por el cual la justicia lo ampare contra actos de la autoridad que violen, en perjuicio suyo, alguno de los derechos fundamentales consagrados constitucionalmente".

Posteriormente, la Convención Americana sobre Derechos Humanos ha establecido en su art. 8º: "Toda persona 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". Y en su art. 25 añade: "[T]oda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales".

Ahora bien, en un sentido considerablemente más amplio ha sido definido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Así, el acceso a la justicia es entendido como la capacidad de las personas de solicitar y obtener un remedio a través de instituciones

de justicia formales o informales y de conformidad con los estándares de derechos humanos.<sup>6</sup>

Por su parte, el actual juez de la Corte Internacional de Justicia, Dr. Antônio Cançado Trindade,<sup>7</sup> lo ha definido con una gran agudeza, al sostener que el derecho de acceso a la justicia no se reduce al acceso formal, *stricto sensu*, a la instancia judicial, sino que, dotado de contenido jurídico propio, significa, *lato sensu*, el derecho a obtener justicia.

En atención a ello, el acceso a la justicia es concebido como un verdadero **derecho al Derecho**.<sup>8</sup>

### 3. Personas mayores y acceso a la justicia

De acuerdo con lo descrito, el acceso a la justicia es aceptado en las sociedades modernas como un derecho social básico.<sup>9</sup> Su evolución ha permitido importantes desarrollos con miras a garantizar su ejercicio por parte de grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Ello se observa en los avances en torno al acceso a la justicia por parte de mujeres, niños y niñas, y personas con discapacidad.

Sin embargo, el desarrollo del derecho de acceso a la justicia de las personas mayores ha sido considerablemente menor. Cabe mencionar que, a nivel global, aún no existe un instrumento legal de derechos humanos específico para abordar las necesidades de las personas mayores.

Distinto ha sido el desarrollo interamericano a nivel normativo. En 2015 se ha adoptado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y ha entrado en vigor en enero de 2017, lo que constituye el primer instrumento específico que aborda la vejez desde un enfoque de derechos

humanos y reconoce a las personas mayores como titulares de derechos.

No obstante este importante avance, la necesidad de que sigan llevándose adelante procesos de visibilización, inclusión y respeto de la población mayor es imperiosa. Resulta paradójico que, pese a que todos envejecemos a diario, sostenemos miradas negativas, abonadas por prejuicios en torno a la vejez.

Asimismo, la urgencia por abordar esta temática responde a datos demográficos muy contundentes. Ya en 1995 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) había advertido sobre la existencia de una "revolución silenciosa" en su Observación General N° 6 dedicada a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.<sup>10</sup>

Así, según un informe elaborado por la división de Población de las Naciones Unidas,<sup>11</sup> para 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, esto alcanzará al 16% de la población. Actualmente esa cifra asciende al 9%, en tanto una de cada 11 personas tiene más de 65 años.

Además, se proyecta que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará entre 2019 y 2050 en África septentrional, Asia, y América Latina y el Caribe. Por su parte, en Europa y América del Norte, se estima que, para 2050, una de cada cuatro personas podría tener 65 años y más.

Incluso, en 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más a nivel mundial superaron en número a los niños menores de cinco años. Se proyecta que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.

Por otra parte, cabe mencionar que las personas mayores no conforman un grupo homogéneo, en tanto sus características difieren de acuerdo con las diversas circunstancias que se les han presentado durante el transcurso de su vida. Así, varían las situaciones y necesidades de acuerdo con factores sociales, económicos,

6. PNUD, *Programming for Justice: Access for All: A Practitioner's Guide to Human Rights-Based Approach to Access to Justice*, 2005, p. 5. "The ability of people to seek and obtain a remedy through formal or informal institutions of justice, and in conformity with human rights standards".

7. CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto, "El derecho de acceso a la justicia internacional y las condiciones para su realización en el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos", en: *Revista IIDH N° 37*. San José, Costa Rica, Enero-Junio 2003, pág. 73.

8. CANÇADO TRINDADE, Antônio, *op. cit.*

9. MÉNDEZ, Juan E., "El acceso a la Justicia, un enfoque desde los derechos humanos", en: *BID, IIDH, Acceso a la Justicia y Equidad. Estudio en siete países de América Latina*. IIDH, San José, Costa Rica, 2000, pág. 17.

10. COMITÉ DESC, Observación General N° 6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, Párrafo 2. Disponible en el Anexo documental de esta publicación, p. 371.

11. "Perspectivas de la Población Mundial 2019: Aspectos Destacados", informe publicado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el 17 de junio de 2019.

culturales, ambientales y políticos. En este sentido, las personas llegan a la vejez de modo diferente, dependiendo del grado de educación, empleo al que hayan accedido, recursos económicos, seguridad social, género, salud, discapacidad, composición familiar, entre muchos otros componentes.

En efecto, debido a las múltiples barreras sociales, a los cambios en la salud, a la pérdida de ingresos, entre otros factores, las personas mayores presentan importantes dificultades para ejercer plenamente sus derechos y, en última instancia, para acceder a la justicia en condiciones de igualdad.

Resulta claro entonces que las personas mayores forman parte de un grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad y que, en tanto sujetos de derecho, se les debe brindar una protección especial.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha hecho cargo de ello y ha destacado en su Opinión Consultiva sobre "Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados"<sup>12</sup> lo siguiente:

[L]os Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que, bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias.

Por su parte, en la Observación General N° 20, sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales,<sup>13</sup> el Comité DESC estableció que la edad es un motivo prohibido de discriminación. En este sentido, ha subrayado "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 de más edad como resultado de su lugar de residencia".<sup>14</sup>

Por otro lado, las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad<sup>15</sup> han establecido que serán consideradas en condición de vulnerabilidad aquellas personas que por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas o culturales, encuentren especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico.

Puntualmente, la Regla N° 6 está dedicada específicamente al envejecimiento y establece que este puede constituir una causa de vulnerabilidad para acceder efectivamente a la justicia.

En otro orden, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe<sup>16</sup> ha reconocido al acceso a la justicia como "un derecho humano esencial y el instrumento fundamental por medio del cual se garantiza a las personas mayores el ejercicio y la defensa efectiva de sus derechos".

Por último, la citada Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aborda específica y sustantivamente el derecho de acceso a la justicia de las personas mayores. Así, ha establecido en su artículo 31:<sup>17</sup>

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

12. CORTE IDH, Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03, Serie A N° 18, Párrafo 104, del 17 de septiembre de 2003.

13. COMITÉ DESC, Observación General N° 20 sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, Párrafo 29.

14. Para profundizar sobre este tema, véase el artículo de Mónica Roqué y Sebastián Amaro sobre "Discriminación por edad". disponible en esta obra, p. 107.

15. Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, Brasilia, 2008.

16. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, adoptada en la III Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, San José de Costa Rica, del 8 al 11 de mayo de 2012.

17. Cfr. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. art. 31. Disponible en la p. 261.

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.

Hasta el momento hemos podido delimitar el marco normativo en torno al acceso a la justicia de las personas mayores. Sin embargo, no podemos quedarnos meramente con ello.

Definitivamente creemos que, para garantizar el acceso a la justicia de las personas mayores, será necesaria la identificación de las barreras existentes que impiden o restringen su acceso efectivo.

En cuanto a ello, es dable destacar que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece tres categorías de discriminación que deben ser tenidas en cuenta, en tanto las barreras a las que haremos mención resultan muchas veces en prácticas discriminatorias.

Así, de acuerdo con la Convención citada, se considerará discriminación a "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".

Por otra parte, "cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación" será valorada como discriminación múltiple.

Por último, se estimará discriminación por edad a "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".

En atención a ello, expondré las distintas barreras a las que las personas mayores se enfrentan, para poder ensayar estrategias que permitan eliminar esos obstáculos y favorezcan el acceso a la justicia en condiciones de igualdad.

#### **4. Barreras que enfrentan las personas mayores para acceder a la justicia**

---

##### **a. Barreras económicas**

Una de las primeras barreras que se identifica para el acceso a la justicia de las personas mayores es la económica. En este sentido, cabe destacar que los ingresos que percibe este grupo por jubilaciones y pensiones resultan absolutamente magros. Sobre todo si se tiene en cuenta que tanto la atención médica como el acceso a medicamentos y alimentos implican erogaciones altísimas, que muchas de las personas mayores no están en condiciones de afrontar.<sup>18</sup>

Asimismo, se advierte que cualquier gasto vinculado con el acceso a la justicia, ya sea de transporte o movilidad, por más pequeño que parezca, puede estar por fuera del alcance de un importante porcentaje de la población mayor. Sin contar los casos en que tienen que afrontarse gastos por patrocinios, documentación, entre otros.

<sup>18</sup>. Sobre este tema, ver la entrevista realizada a Eugenio Semino, disponible en la p.123 de esta publicación.

Resulta sustancial destacar que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su "Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas",<sup>19</sup> ha resaltado que la pobreza representa el principal obstáculo para el goce efectivo de los derechos humanos de las personas mayores. Y, al mismo tiempo, ha advertido que esta población se encuentra especialmente vulnerable a la pobreza, en tanto su capacidad de generación de ingresos suele ser menor con el avance de la edad.

### **b. Barreras físicas y mentales**

Tal como podemos percatarnos, producto del paso del tiempo, muchas personas mayores sufren limitaciones cognitivas y físicas que se constituyen como barreras a la hora de acceder a la justicia.

Así, las personas viven limitaciones en su movilidad física en tanto presentan dificultades para caminar, para ascender y descender de transportes públicos, para transitar por veredas con desniveles.

Por otra parte, el deterioro cognitivo importa una serie de dificultades que, en muchos casos, obstan el ejercicio de derechos por sí.

En esas situaciones, muchas personas mayores asisten a procesos de pérdida de autonomía, en los que comienzan a depender de familiares y cuidadores. Debido a ello, será necesario fortalecer los mecanismos de garantía de derechos, para evitar situaciones de mayor vulnerabilidad.

### **c. Barreras sociales y culturales**

Existe un enfoque estereotipado, absolutamente negativo, en torno a la vejez que se configura como una barrera social para acceder a la justicia. En este sentido, ciertas nociones vinculadas con el edadismo se cristalizan en las prácticas discriminatorias que sostienen algunos operadores de justicia.

Por su parte, las personas mayores pertenecientes a pueblos o comunidades indígenas e incluso las personas

mayores migrantes enfrentan barreras lingüísticas, culturales, prejuicios étnicos, e incluso xenofobia y racismo.

Asimismo, se destaca que la falta de adecuación de procesos judiciales y su larga duración ponen de manifiesto la invisibilización de la vejez y sus particularidades en el diseño de políticas públicas sobre acceso a la justicia.

En otro orden, la existencia de barreras arquitectónicas dificulta e incluso impide el acceso de las personas mayores a los edificios públicos.<sup>20</sup>

Por último, pero no menos importante, debe destacarse que —además de las barreras sociales y culturales que enfrentan los varones— las mujeres mayores y personas mayores LGBTI enfrentan además barreras de género, en tanto prevalecen patrones culturales discriminatorios, prácticas ciegas al género y conductas estigmatizantes.

### **d. Barreras de comunicación**

Las personas mayores, muchas veces, encuentran obstáculos para comunicarse y manifestar de manera eficaz sus necesidades, debido a disminuciones cognitivas o físicas que se van dando con la edad. Al mismo tiempo, estas particularidades sumadas a factores sociales y educativos, tales como el nivel de alfabetización, pueden tornar la comunicación muy dificultosa y constituirse como barreras para el ejercicio de derechos.

Asimismo, el alto grado de tecnicismo y la falta de empatía de muchos operadores de justicia a la hora de dirigirse a las personas mayores tornan la comunicación excesivamente compleja, aunque fácilmente podría sortearse con la utilización de un lenguaje claro y sencillo.

### **e. Barreras tecnológicas**

No quedan dudas de que el desarrollo de la tecnología ha traído innumerables beneficios a la población. Me refiero al desarrollo y evolución impensados de internet, celulares e incluso de la robótica. En el campo del acceso

19. CIDH. OEA, "Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas", Párrafo 459, 2017.

20. Ver art. 26 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Disponible en el Anexo, p. 261.

a la justicia, nos encontramos con herramientas muy provechosas, tales como las diversas iniciativas de modernización de la justicia, de digitalización de archivos y expedientes, firma digital, entre otras.

Sin embargo, es sabido que muchas personas mayores no acceden al uso de estas herramientas tecnológicas, no solo por motivos económicos, sino porque tampoco cuentan con la formación y el desarrollo de habilidades para utilizarlas. La evolución en los últimos años ha sido muy grande y no ha podido ser asimilada por todos.

De acuerdo con ello, deberían implementarse políticas de capacitación e integración para poder incluir a las personas mayores en el nuevo mundo tecnológico antes apuntado. En este ínterin de adaptación, deberán mantenerse ciertas estructuras y modos analógicos a fin de lograr una transición integradora, que garantice el ejercicio de derechos por parte de todas las generaciones.

Por otro lado, el desarrollo de tecnologías para la inclusión de personas mayores y personas con discapacidad es bien interesante y resuelve muchas barreras comunicacionales y de acceso a la información. A pesar de ello, la mayoría de las personas mayores no alcanza a beneficiarse con estos avances, pues las tecnologías resultan extremadamente costosas e inaccesibles para el gran universo de personas mayores.

Así, al repasar las barreras que dificultan e impiden el acceso a la justicia por parte de las personas mayores, se observa que estas no impactan separadamente. Por el contrario, unas barreras se acumulan con otras, esto genera situaciones de discriminación múltiple, que colocan a las personas mayores en una situación de mayor vulnerabilidad. Específicamente, no serán iguales las barreras para un hombre mayor, profesional, blanco y rico, que para una mujer mayor, pobre, analfabeta y migrante.

## 5. Casos reconocidos y algunos criterios jurisprudenciales

---

### a. Nociones sobre el principio de igualdad y no discriminación, la protección reforzada y la adopción de medidas positivas en relación con las personas mayores

Para abordar este apartado, quisiera repasar al art. 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establece: "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".

Sin embargo, Norberto Bobbio,<sup>21</sup> al interpretar el citado artículo, sostuvo que la expresión de la Declaración no es la descripción de un hecho, sino la prescripción de un deber, pues no es cierto que los seres humanos nazcan libres e iguales, sino que deben ser tratados como si fuesen libres e iguales.

De esta manera, será tarea del Estado compensar las desigualdades que se generan por las múltiples situaciones de vulnerabilidad que atraviesan, en este caso, las personas mayores.

Por su parte, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores prevé específicamente el acceso a la justicia de las personas mayores en condiciones de igualdad. Para ello, establece: "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".<sup>22</sup>

En el mismo sentido se ha pronunciado la Corte IDH en el caso "Furlán vs. Argentina", al sostener: "[E]l derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de

21. BOBBIO, Norberto, *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991, p. 40.

22. Cfr. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. art. 31. Disponible en la p. 261.

igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados".<sup>23</sup>

Asimismo, en el caso "Poblete Vilches vs. Chile", la Corte IDH ha recalcado que **"la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo"**.<sup>24</sup>

Análogamente se había manifestado en el citado caso "Furlán", al afirmar que en "casos de personas vulnerables (...) es imperante tomar las medidas pertinentes como, por ejemplo, la priorización en la atención y resolución del procedimiento por parte de las autoridades a su cargo (...)".<sup>25</sup>

En otras palabras, se advierte que la Corte, en consonancia con la citada Convención, reafirma a las personas mayores como categoría protegida y, al mismo tiempo, hace un verdadero llamamiento a los Estados para que adopten medidas afirmativas que permitan el ejercicio de derechos por parte de las personas mayores en condiciones de igualdad.

## **b. Nociones sobre la debida diligencia excepcional, la celeridad procesal y el plazo razonable en los casos que involucran a personas mayores**

Sobre este tema, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores también se pronunció y ha establecido específicamente que los Estados deberán "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".<sup>26</sup>

Asimismo, ha previsto: "La actuación judicial deberá ser particularmente expedita en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor".

En relación con ello, el juez Antônio Cançado Trindade ha advertido que "las soluciones jurídicas no pueden dejar de tomar en cuenta el tiempo de los seres humanos", es decir, "el tiempo existencial".<sup>27</sup>

Por su parte, el Tribunal Interamericano ha destacado, en el caso "Muelle Flores vs. Perú", la obligación del Estado de actuar con **"especial diligencia y celeridad"** en relación con el cumplimiento de sentencias internas". Ello debido principalmente "al carácter de la prestación en juego y a las necesidades de celeridad, simplificación procesal y efectividad"<sup>28</sup> en casos en los que el contenido del reclamo ante los órganos jurisdiccionales se refiere a la seguridad social, especialmente la de una persona mayor".<sup>29</sup>

Además, ha señalado en el caso "Hilaire, Constantine y Benjamin y otros vs. Trinidad y Tobago" que "el derecho de acceso a la justicia implica que la solución de la controversia se produzca en tiempo razonable, ya que una demora prolongada puede llegar a constituir, por sí misma, una violación de las garantías judiciales".<sup>30</sup>

Por su parte, el juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, en su voto razonado del caso "Muelle Flores vs. Perú", se hizo eco de la obligación de **"debida diligencia"**

23. CORTE IDH, Caso "Furlán y Familiares vs. Argentina", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 246, Párrafo 267, sentencia del 31 de agosto de 2012.

24. CORTE IDH, Caso "Poblete Vilches y otros vs. Chile". Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 349, Párrafo 123, sentencia del 8 de marzo de 2018. Disponible en la p. xxx.

25. CORTE IDH, Caso "Furlán y Familiares vs. Argentina", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 246, Párrafo 196, sentencia del 31 de agosto de 2012.

26. Cfr. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. art. 31. Disponible en la p. 261.

27. CORTE IDH, "El derecho a la información sobre la asistencia consular en el marco de las garantías del debido proceso legal", Opinión Consultiva OC-16/99 del 1º de octubre de 1999, Serie A Nº 16. Voto concurrente del juez Antônio Augusto Cançado Trindade, Párrafo 5.

28. Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Christian Courtis el 30 de agosto de 2018 (expediente de prueba, folio 1833). Como resalta el perito, el art. 31 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, referido al derecho de acceso a la justicia, subraya: "[l]os 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".

29. CORTE IDH, Caso "Muelle Flores vs. Perú", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 375, Párrafo 148, sentencia del 6 de marzo de 2019.

30. CORTE IDH, Caso "Hilaire, Constantine y Benjamin y otros vs. Trinidad y Tobago", Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 94. Párrafo 148, sentencia del 21 de junio de 2002.

**excepcional**,<sup>31</sup> pues "si el paso del tiempo incide de manera relevante en la situación jurídica del individuo, resultará necesario que el procedimiento avance con mayor diligencia a fin de que el caso se resuelva en un tiempo breve".<sup>32</sup>

Del mismo modo, el citado magistrado sostuvo<sup>33</sup> que, a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, se acentúa la obligación de las autoridades de actuar con "**excepcional diligencia**", en los casos que involucran afectaciones de una persona que se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Y, en lo que a las personas mayores respecta, el Tribunal Europeo ha considerado que "**la edad avanzada de los peticionarios requiere una especial diligencia de las autoridades para la resolución de sus procesos**".<sup>34</sup>

Asimismo, es preciso señalar que en el mencionado caso "Muelle Flores" han quedado demostrados los perjuicios que ha sufrido el señor Muelle Flores por la excesiva dilación en la ejecución de su sentencia. Así "la vulneración generada por la falta de pago de la pensión se extendió más allá del plazo razonable debido y, al ser este el único ingreso de la víctima, la ausencia prolongada del pago generó indefectiblemente una precariedad económica que afectó la cobertura de sus necesidades básicas, y, por ende, también su integridad psicológica y moral, así como su dignidad".<sup>35</sup>

De acuerdo con lo expuesto, queda demostrado que el derecho de acceso a la justicia de una persona mayor no se agota con la interposición de una acción judicial, sino que además requiere de una tramitación especialmente célere y de la aplicación del principio de debida diligencia excepcional. Ello, en razón de la situación de especial vulnerabilidad que presentan las personas mayores y de la urgencia que revisten muchas veces los reclamos que se efectúan en la última etapa de la vida.

## 6. Conclusiones y algunas propuestas

A lo largo de la presente propuesta hemos podido definir al derecho de acceso a la justicia como un derecho social básico, cuyo alcance ha evolucionado con el tiempo y ya no se limita únicamente al derecho a la tutela jurisdiccional efectiva. Pues, como ha sostenido Cançado Trindade, se configura como el derecho a la propia realización de la justicia.

Asimismo, ha resultado necesario abordar el derecho de acceso a la justicia de las personas mayores desde un enfoque de derechos humanos. Con esto me refiero a que hemos partido de la premisa de que las personas mayores forman parte de un grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad y que por su condición de sujetos de derecho deben recibir una protección especial.

Por otra parte, al analizar este derecho en el plano normativo y, desde la óptica de las personas mayores, se advierte que su desarrollo ha sido considerablemente menor si se lo compara con el que se ha dado en relación con otros grupos en situación de vulnerabilidad, como mujeres, niños y niñas y personas con discapacidad. Ello, principalmente, porque no se ha implementado a nivel global un instrumento vinculante que aborde las necesidades específicas de la población mayor.

En este sentido, resulta sumamente necesario que los Estados avancen hacia la adopción de un instrumento legal que tenga carácter universal y específico, para la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

No obstante ello, se ha puesto de relieve los valiosos aportes que ha traído, a nivel interamericano, la adopción de la Convención Interamericana sobre la

31. CORTE IDH, Caso "Muelle Flores vs. Perú", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 375, Párrafo 59, sentencia del 6 de marzo de 2019. Voto razonado del juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot.

32. Cfr. Corte IDH, Caso "Valle Jaramillo y otros vs. Colombia", Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C Nº 192, Párrafo 155, sentencia del 27 de noviembre de 2008 y Caso "Pacheco León y otros vs. Honduras", Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 342, Párrafo 120, sentencia del 15 de noviembre de 2017.

33. CORTE IDH, Caso "Muelle Flores vs. Perú". Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C Nº 375, Párrafo 60, sentencia del 6 de marzo de 2019. Voto razonado del juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot.

34. TEDH, Caso "Jablonská vs. Polonia" (Nº 60225/00), Párrafo 43, sentencia del 9 de marzo de 2004. Final, el 9 de junio de 2004; Caso "Codarcea vs. Rumania" (Nº 31675/04), Párrafo 89, sentencia del 2 de junio de 2009. Final, el 2 de septiembre de 2009; Caso "Styranowski vs. Polonia" (Nº 28616/95), Párrafo 57, sentencia del 30 de octubre de 1998; y Caso Krzak vs. Polonia (Nº 51515/99), Párrafo 42, sentencia del 6 de abril de 2004. Final, 7 de julio de 2004.

35. CORTE IDH, caso "Muelle Flores vs. Perú", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C Nº 375, Párrafo 207, sentencia del 6 de marzo de 2019.



Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en tanto se constituye como el primer instrumento internacional vinculante en la materia y su desarrollo ha sido realmente muy sustancioso.

Por otra parte, al observar las numerosas y variadas barreras que deben atravesar las personas mayores para acceder a la justicia, tanto de índole económica, comunicacional, tecnológica, arquitectónica, social, cultural, no podemos más que interpelarnos como sociedad y cuestionarnos sobre el trato que le estamos brindando a la población mayor. Es verdaderamente angustiante que una persona que ha llegado a la última etapa de la vida se encuentre con innumerables obstáculos, que hemos ido construyendo y manteniendo entre todos, para ejercer nada más y nada menos que sus derechos.

Asimismo, han resultado de enorme valor para este trabajo los criterios jurisprudenciales que ha establecido la Corte Interamericana de Derechos Humanos en lo que respecta al derecho de acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, en especial de las personas mayores. Principalmente, destacamos la importancia del caso "Poblete Vilches y otros vs. Chile" y del caso "Muelle Flores vs. Perú", en tanto permiten visibilizar ampliamente la problemática que atraviesan las personas mayores.

De acuerdo con ello, hemos delineado los avances centrales en torno a las nociones del principio de igualdad y no discriminación. Así, pudimos destacar que, de acuerdo con la Convención Interamericana y a la valoración de la Corte IDH, cabe a los Estados una **obligación reforzada de adoptar medidas afirmativas** que garanticen el ejercicio de derechos por parte de las personas mayores en condiciones de igualdad.

Además, hemos mostrado los criterios específicos desarrollados por el Tribunal en torno al acceso a la justicia de las personas mayores. Puntualmente, destacamos las obligaciones de actuar con **debida diligencia excepcional** en los casos que intervienen personas mayores, brindando una **tramitación especialmente célere**, que permita arribar a una solución en un tiempo más breve.

Tal como puede advertirse, consideramos que los criterios mencionados resultan de suma importancia, tanto por su originalidad como por su progresividad.

Consecuentemente, deberán constituirse como fundamentos clave para prevenir y sancionar situaciones de vulneración de derechos de las personas mayores.

Al mismo tiempo, serán nudos neurálgicos para el diseño de políticas públicas integrales, respetuosas de los derechos humanos de las personas mayores.

Frente a todo lo apuntado, creemos que sería adecuado y necesario empezar a ensayar respuestas que promuevan cambios en este ámbito y permitan superar las problemáticas que atraviesan las personas mayores a la hora de acceder a la justicia.

Si bien en muchos casos las propuestas pueden resultar obvias y evidentes, requerirán de un arduo trabajo, ya que las políticas públicas destinadas a este sector de la población son realmente escasas y el camino que queda por recorrer es muy largo.

De acuerdo con ello, deberíamos empezar por **brindar atención prioritaria** a las personas mayores. Esta iniciativa no es novedosa, pues incluso así lo dispone en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley N° 2982<sup>36</sup>, sancionada en 2008. Sin embargo, dista de ser una práctica generalizada de atención en los organismos públicos, incluidas las diferentes áreas del Poder Judicial.

Por otra parte, deberían fortalecerse las campañas de **difusión de derechos**, mediante el dictado de charlas y talleres en espacios a los que concurren habitualmente personas mayores, tales como centros de jubilados, clubes, hospitales, entre otros. Estas actividades son fundamentales para empoderar a las personas mayores, pues la información que allí reciben les permite conocer sus derechos y ejercerlos efectivamente.

Asimismo, resulta imperioso que las personas mayores cuenten con **asesoramiento jurídico gratuito** que les permita abordar sus problemáticas e inquietudes de un modo sencillo. Para ello, los operadores y operadoras de justicia deberán brindar atención con enfoque de derechos humanos y perspectiva intergeneracional. Al mismo tiempo, será absolutamente necesaria la utilización de lenguaje claro, sin tecnicismos

36. Establece atención prioritaria para mujeres embarazadas, personas con necesidades especiales o movilidad reducida transitoria y personas mayores de sesenta y cinco años.

y la simplificación a la hora de efectuar asesoramientos o derivaciones.

Por otro lado, se debería ofrecer un **servicio de atención y asistencia jurídica gratuita telefónica**, pues resultaría una herramienta muy útil para las personas mayores. No solo para quienes tienen limitaciones en su movilidad o bien no cuentan con recursos económicos para trasladarse hasta las oficinas de atención, sino también para aquellas personas mayores que son víctimas de violencia en sus hogares y muchas veces la llamada telefónica es la única posibilidad con la que cuentan para pedir ayuda.

En el camino señalado, resulta vital observar el tratamiento que se ha dado a la temática en otros países. En este caso, resultaría importante estudiar las políticas desarrolladas en Costa Rica y Perú, con miras a que sus avances y propuestas puedan resultar una fuente de inspiración para el diseño de políticas en nuestro país.

En este sentido, tanto Costa Rica<sup>37</sup> como Perú<sup>38</sup> han desarrollado políticas en el ámbito jurisdiccional, cuya finalidad ha sido brindar un **servicio diferenciado de justicia** a la población mayor para garantizar la celeridad en los procesos judiciales en los que participan personas mayores.

Así, con sus variantes, han implementado un **sistema de alertas judiciales** mediante el cual se advierte a los operadores de justicia sobre la existencia de procesos judiciales en los que participan personas mayores, con el fin de garantizar la celeridad.

De este modo, los magistrados y secretarios reciben un correo electrónico o bien un mensaje en su teléfono celular, por medio del que se los pone al tanto de lo mencionado.

Asimismo, el expediente judicial, sea físico o digital, cuenta con una carátula de color especial que identifica la participación de una persona mayor en el proceso.

Puntualmente, han establecido un color de carátula —ámbar o marrón— para señalar los expedientes correspondientes a las personas mayores de 60 años y menores de 75 años, para indicar entonces que esas causas deben tener **"atención preferente"**.

Además, se ha previsto identificar a los expedientes en los que participa una persona de 75 años o más con otro color representativo —por ejemplo, rojo—, lo que significa que esa actuación debe tener **"prioridad en la atención preferente"**. Esta prioridad también se les dará a las personas mayores de 60 años que tengan alguna discapacidad.

Otra de las medidas implementadas ha sido la emisión y entrega de un **carné** que contiene los datos de la persona mayor, número de expediente, carátula y juzgado interviniente. Asimismo, incluye los datos de contacto del juzgado, con el objetivo de facilitar la atención a las personas mayores en todas las instancias del proceso.

Por otra parte, tanto en Costa Rica como en Perú se han incorporado adecuaciones procesales para la realización de **audiencias especiales en el domicilio de las personas mayores** que se encuentren en condición de vulnerabilidad grave o extrema, sea por discapacidad, imposibilidad de desplazamiento, hospitalización, entre otras.

Estas adecuaciones también se efectuaron en relación con las **notificaciones**. Así, han previsto que las notificaciones deben realizarse en términos y estructuras sencillas, de modo tal que las personas mayores puedan comprenderlas. Además, se prevé una modalidad de **notificación personal**, oportunidad en la que el oficial notificador debe transmitir verbalmente a la persona mayor el contenido de la resolución.

En otro orden y de acuerdo con lo desarrollado en relación con las barreras arquitectónicas, será indispensable la adopción de medidas para la adecuación de los edificios y oficinas públicas, a fin de garantizar el acceso, movilidad, seguridad y privacidad de las personas mayores.

37. ROJAS RODRÍGUEZ, Cristina (Comp.), "Políticas institucionales de acceso a la justicia". Comisión de Acceso a la Justicia; Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales, Escuela Judicial, Costa Rica, 2012, pp. 49-51. Disponible en: <https://accesoalajusticia.poder-judicial.go.cr>

38. Cfr. Resolución Administrativa N° 090-2016-CE-PJ, del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial de la República del Perú, que aprueba el Plan Nacional de Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad-Poder Judicial del Perú 2016-2021, y la Resolución Administrativa N° 134-2016-CE-PJ, del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial de la República del Perú, que aprueba el Sistema de Alerta Judicial para Personas Adultas Mayores. Mayor información, disponible en: <https://www.pj.gob.pe>

No debemos olvidar que el diseño de políticas integrales que promuevan el acceso a la justicia de las personas mayores en condiciones de igualdad representará un enorme desafío y requerirá de voluntades políticas dispuestas a poner sus esfuerzos en esta labor y, fundamentalmente, a destinar partidas presupuestarias suficientes que hagan posible y efectiva su implementación.

De acuerdo con todo lo expuesto en este trabajo, no podemos dejar de destacar que las personas mayores son un pilar fundamental de nuestra sociedad, por lo que será necesario que todos los ciudadanos y ciudadanas tomemos conciencia de ello y contribuyamos para que sus trayectorias de vida sean puestas en valor y respetadas. En el mismo sentido, los Estados deben promover y proteger sus derechos humanos y garantizar las condiciones necesarias que permitan su desempeño en condiciones de igualdad y dignidad.





CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

DIGNIDAD

DIGNIDAD

INTIMIDAD

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

RESPECTO

INTIMIDAD

INTIMIDAD

RESPECTO

CALIDAD DE VIDA

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

DIGNIDAD

INTIMIDAD

INTIMIDAD

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

INTIMIDAD

CALIDAD DE VIDA

**CUIDADO**

CALIDAD DE VIDA

RESPECTO

INTIMIDAD

DIGNIDAD

CONSENTIMIENTO  
LIBRE E INFORMADO

CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA





**“Aquí todos son artistas y tienen la posibilidad de compartir sus saberes, de ayudarse, de enseñar y aprender del otro, como hacemos en la familia. Ese es realmente el espíritu de La Casa del Teatro”.**

## Entrevista a Linda Peretz\*

**Linda Peretz** es egresada de la Escuela Nacional de Bellas Artes y la Escuela Nacional de Arte Dramático. Actriz. Actualmente es presidenta de La Casa del Teatro.

\*Entrevista realizada por el equipo de la Secretaría Letrada de Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el 26 de noviembre de 2018.

**—En primer lugar, nos gustaría que nos cuente cómo se ha gestado La Casa del Teatro y con qué objetivos ha sido creada.**

—La Casa del Teatro fue fundada por Regina Pacini de Alvear. Ella era una cantante lírica portuguesa que tenía mucho amor por su marido, Marcelo Torcuato de Alvear, pero también mucho amor por su profesión. Ellos eran propietarios de este solar y en el año 27 se empezó a construir este lugar para que sea una residencia para adultos mayores vinculados con la actividad teatral. Ya sea de ópera, baile, ballet, canto, actores. Cualquier persona vinculada con la actividad teatral tiene el derecho de habitar en este lugar, en tanto reúna ciertos requisitos. Por ejemplo: que no tenga propiedades, que cuente solamente con la jubilación, que tenga más de 65 y menos de 80 años. También deben hacer un test psicofísico y tienen que ser autovaledores, autosuficientes.

Hay una anécdota que dice que a Regina se le ocurrió esto, porque un día se encontró con un cantante lírico que estaba viviendo en una

plaza y dijo: "No, esto no lo vamos a permitir". Ella, que estaba casada con un presidente de la Nación, no utilizaba ese beneficio de ser la esposa de un presidente, sino que quería ayudar al otro. Esa era Regina Pacini, que es nuestra fundadora y nuestro ángel de la guarda. Así fue como en el año 1938 su sueño se hizo realidad e ingresaron los primeros residentes a La Casa.

Y, en algún lugar, siento que estaba destinada a seguir el sueño de Regina y completarlo en el siglo XXI. Ella, a lo mejor, nunca pensó que en el siglo XXI iba a existir La Casa del Teatro, sin embargo, mientras yo esté viva y sana, voy a preservar y resguardar esta Casa, porque estoy totalmente consustanciada con este trabajo. Es la primera vez en mi vida que estoy atrás de un escritorio. Soy actriz y pintora y puedo cantar, puedo bailar, pero nunca pensé que podía estar atrás de un escritorio, trabajando para el otro. Estoy totalmente convencida de que tenía que terminar así mi vida y que realmente estoy destinada a esto.

**—Entonces, el espíritu de La Casa del Teatro se mantiene desde su creación, que es brindar un lugar de acogida para las personas relacionadas al mundo del teatro que están en una situación de mayor necesidad...**

—Sí, claro. Esta residencia es única en el mundo. Porque aquí pueden vivir sin pagar casi nada. Los residentes pagan un monto muy pequeño, que sacan de su jubilación y tiene que ver, fundamentalmente, con la dignidad de la persona, ya que es un monto absolutamente simbólico. Hay una casa que se llama *Giuseppe Verdi*, que es un pensionado de artistas para cantantes líricos en Milán, Italia, pero allí tienen que pagar. Y esto es absolutamente en beneficio del personaje que quiere entrar acá: del actor, del artista, del teatrero. Es un teatrero. Actualmente hay cantantes, bailarines, está Nelly Vázquez, que es una cantante de tango. Estuvo Ricardo Bauleo, actor, pero ya falleció. Estuvo Nélica Romero, que también falleció, que era una actriz de las películas de Saslavsky de los años 50.

**—¿En qué se basa el trabajo que llevan adelante en La Casa del Teatro? ¿Cuáles son sus consideraciones en relación con el derecho al cuidado?**

—Trabajo absolutamente en beneficio de los residentes. Creo que es obligatorio sentir que el otro tiene tanto derecho como vos. La



otredad tiene que ser importante. Yo pienso en el otro, me pongo en sus zapatos. También pienso permanentemente en qué me gustaría que me dieran a mí si yo estuviera viviendo en La Casa del Teatro y, a partir de ello, ofrezco mi servicio con todo el amor, toda la dedicación y toda la empatía que pueda tener con la gente.

Trato de que estén sanos, que tengan buena calidad de vida, o bien la parte psíquica y la emocional también, porque no te olvides que, cuando una persona está sola, se deteriora psíquicamente, por la falta de afecto, la falta de contacto físico con su amor, con su familia es perjudicial para la persona; entonces, acá, les damos una calidad de vida distinta, tratamos de que se sientan acompañados. Nosotros incorporamos una dinámica para que los días viernes, después del almuerzo, tengan un espacio de charla y de motivación, para que cuenten sus problemas, sus cosas, sus inquietudes, sus sugerencias, sus críticas, sus protestas. Y yo, junto a dos psicólogas, tratamos de que se puedan agotar esas preguntas, esas inquietudes, porque está muy bien que ellos saquen para afuera, ¿no? Las psicólogas están totalmente de acuerdo conmigo. Consideran que es bueno que expresen, que saquen para afuera sus emociones, que incorporen experiencias, que se abracen. Bueno, eso es lo que tratamos: que esta población sea una población rica, bien alimentada, una población contenta, con recreación también. Han filmado una película y ahora estamos preparando una obra de teatro, creo que es muy auspicioso para ellos.

En cuanto al derecho al cuidado, me parece muy buen término, es la primera vez que lo oigo por ustedes, pero sin poner las mismas palabras nosotros entendemos que tienen el derecho, todo el derecho del mundo, a lo que justamente te estoy contando. Derecho al cuidado, a la salud, a la recreación, a la educación y, en definitiva, a la buena calidad de vida.

Tratamos de que, desde el olor de la casa, el perfume que le echamos, desde eso hasta lo más profundo, el tratamiento y la atención que se les da desde todo punto de vista... Y eso es muy importante para que ellos terminen bien su vida acá, físicamente y clínicamente también: tienen que estar sanos, cuidados y atendidos. Esto no es un geriátrico, lo aclaro siempre porque tienen que ser autoválidos para vivir en La Casa del Teatro. No tenemos infraestructura para que sea un geriátrico: no lo es, es una residencia, como querían Regina Pacini e Iris Marga. Iris Marga, desde los años 60 hasta los 70 y pico, 80, más o menos, estuvo y me parece que también ella seguía las premisas y la ideología social de Regina Pacini, y me parece que yo también tengo que seguirlo: tengo que resentirlas a ellas dos como un gran ejemplo, las mujeres somos muy madres, intrínsecamente, y me parece que es nuestro lugar acá, en La Casa del Teatro.

**—Siguiendo con el rol de las mujeres, ¿cómo ha sido la composición a lo largo de la historia de la Comisión Directiva y Presidencia de La Casa del Teatro, y cuál es el lugar que ocupan las mujeres?**

—Esta es una Comisión Directiva que tiene distintos cargos: presidente, vicepresidente, tesorero, secretario, prosecretario, vocal, etcétera. Somos 12 personas que conformamos la Comisión Directiva. A mí me tocó ser presidenta porque ocupaba el cargo de vicepresidenta cuando falleció mi querido Julio Vaccaro, amigo, compañero del Conservatorio Nacional de Arte Escénico, a quien tuve que suceder. Sin embargo, no creo en la casualidad, me da la sensación de que yo tengo que estar acá desde siempre. Creo en el sincrodestino. El sincrodestino me fue llevando. Primero trabajé con la "Flaca Escopeta" a beneficio de casi todos los hospitales de niños de Buenos Aires y también en Mar del Plata. Me acuerdo que cobrábamos un peso la entrada en el auditorium en beneficio del Hospital Materno Infantil. Después trabajé para el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Luego, con la obra *No seré feliz pero tengo marido*, trabajé a beneficio del Teatro La Nonna, en La Plata, que se había incendiado, y creo que ese camino me fue llevando hasta aquí.

Debo destacar que fueron presidentes Homero Cárpena, Roberto Dairiens y otros señores que pueden verse en los retratos que tenemos aquí. Sin desmerecer su labor, yo le doy mucha importancia a la mujer, porque la mujer es mucho más espiritual que el hombre, como género, como materia humana. Estoy muy orgullosa de ser mujer, me encanta serlo y me encanta que las otras presidentas, Iris Marga y Regina Pacini, lo hayan sido, así que estoy muy consustanciada con ellas.

Cuando las mujeres nos atrevemos y estamos conectadas con la acción divina, somos capaces de hacer cosas maravillosas. Las mujeres tenemos la fuerza suficiente para ocupar roles determinantes. La femineidad tiene que ver con lo espiritual, y no dejamos de ser feministas por ser femeninas. Feministas, porque defendemos nuestra postura, necesitamos que los hombres entiendan que, cuando nos maltratan, tenemos que hablar; cuando abusan de nosotras, tenemos que hablar, y necesitamos que nos dejen ocupar lugares, que se corran un poquito. Creo que la sociedad es un poco machista y se dice que el hombre tiene la fuerza. Pero no es así. La mujer tiene la fuerza que le es propia y la mujer es muy importante en el matrimonio, en la sociedad, en el liderazgo, en los amigos.

La mujer es muy fuerte y puede estar al lado del hombre. Al lado. Ni atrás, ni al costado, al lado. Y el hombre también tiene que estar al lado de la mujer, acompañándola.

Aquí hay muchos varones que nos acompañan a las mujeres. Tenemos una gestora cultural que se llama Vanina Fabrica, es una mujer

muy fuerte, muy feminista y muy femenina al mismo tiempo y es muy importante aquí. Y la chica que me trajo el tecito, también ocupa un lugar muy determinante, por lo cual yo la admiro y la quiero, y a todas las mujeres que están en La Casa del Teatro admiro, quiero y respeto.

**—¿Cómo se sostiene económicamente La Casa del Teatro? ¿Reciben apoyo de la comunidad artística?**

—No hay mucha ayuda de los artistas, algo pasa. Mirtha Legrand dona mucha bijouterie, mucha ropa. Moria Casán dona, Susana Giménez dona. Antonio Gasalla, cuando nosotros hicimos una gala, hace dos años, donó dinero. Pero, en general, el artista no se acerca demasiado a La Casa del Teatro, yo creo que es medio ríspido, es un prurito que tienen para acercarse, me parece, querría preguntarles por qué no se acercan demasiado. Realmente nos cuesta mucho sostenerla económicamente. Tenemos una boutique, que es un recurso económico sustentable y los alquileres que cobramos de la sala Regina y de los negocios que están al lado de La Casa, pero no son suficientes.

Este año hemos pedido subsidios al Estado, pero algún día nos gustaría independizarnos del Estado. Mientras tanto, dependemos de los subsidios que puedan otorgarnos en el Ministerio de Desarrollo Social o en la Secretaría de Cultura. Y cada año se repite la historia, siempre hay cosas que se tiran para atrás, palos en la rueda para poder subsistir.

En la actualidad, son 35 personas las que residen en La Casa del Teatro y tratamos de que vivan del mejor modo posible. Les damos sábanas nuevas y limpias. Recientemente tuvimos un aporte de Arredo, de acolchados, sábanas y toallas nuevas para todos, que realmente fue un beneficio importante.

También pedimos al Fondo de las Artes, a Proteatro, y hay muchos que nos ayudan, pero hay que volver a pedir. Y un año se va volando, porque yo me acuerdo que pedimos en enero de 2018, y ahora tenemos que volver a pedir en 2019, y así sucesivamente.

**—Por último, ¿qué aspectos deben ser tenidos en cuenta para brindar respuestas integrales a las necesidades de las personas mayores?**

—Fundamentalmente la vejez debe preservarse desde la juventud. Desde la juventud debemos preservar ciertas cosas que vienen por la edad, por el desgaste, para tener una buena calidad de vida desde

el principio, desde niños, adolescentes. Por ejemplo, el cigarrillo es muy mal consejero para poder subsistir. El cigarrillo, el alcohol en demasía, las violencias. El hombre violento, por ejemplo, no vive muchos años, porque su propia violencia hacia los demás hace que se deteriore toda la parte cognitiva, toda la parte de corazón y su vida. Así que yo creo que el hombre violento hace mal de ser violento porque se está perjudicando a sí mismo.

Por otro lado, quienes están al frente de instituciones u organismos oficiales deben ocuparse más del cambio demográfico, deben prestar atención y dar respuestas institucionales que contribuyan a que las personas mayores tengan una mejor calidad de vida.

Nosotros acá nos ocupamos muchísimo de eso. Se dan clases de danza, gimnasia, reiki. Tratamos de levantarles el ánimo, porque creo que lo emocional incide muchísimo en la parte física. Si están deprimidos y están bajoneados, como decimos comúnmente, tratamos de que eso se levante, porque seguramente va a traer alguna enfermedad. El cuerpo es uno solo, lo físico, lo mental y lo espiritual, son uno solo. Incluso aquí tienen una capilla donde pueden ir a rezar. Yo soy judía. Sin embargo, me preocupa muchísimo que esta capilla católica funcione, que venga el párroco de la iglesia San Nicolás de Bari una vez al mes, porque me parece que eso también ayuda.

Es fundamental ayudar al otro. Siempre les digo, señores, chicos, amorcitos, mis hermanos, mis hijos, les digo: "Si alguien necesita de ustedes, hay que dar". El que da se enamora, eso está comprobadísimo; si yo doy, estoy enamorada del que doy. Si al otro le molesta la música fuerte, al que está al lado, porque son habitaciones, la televisión fuerte, ayudar al otro y bajar un poco la televisión, y si sos sordo, ponerte unos auriculares para escuchar la tele.

Acá hay un muchacho, un señor de 70 años, digo muchacho porque son los muchachos, que canta tango, el otro baila tango, el otro baila flamenco, el otro que toca bien las castañuelas y estamos tratando de que estos, que saben algo, enseñen al otro. Enseñar también es cuidar, cultivar, cultivar significa cuidar. Aquí todos son artistas y tienen la posibilidad de compartir sus saberes, de ayudarse, de enseñar y aprender del otro, como hacemos en la familia. Ese es realmente el espíritu de La Casa del Teatro, que todos los residentes compartan y formen una gran familia de artistas.

# Derecho a los cuidados paliativos al final de la vida y a una muerte digna\*

## Sandra Huenchuan Navarro

Doctora en Estudios Latinoamericanos, Mención Antropología, de la Universidad de Artes y Ciencias Sociales de Chile. Titular de Postdoctorado en Antropología de la Universidad de Chile. Especialista en el tema de envejecimiento en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas.

\*Quiero dedicar este artículo a mi madre: Irma Luisa Navarro Cárdenas, quien me enseñó que la autonomía de las personas mayores puede y deber ser respetada siempre, incluso cuando se enfrentan a la muerte.

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

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

Las personas mayores se encuentran entre las más desprotegidas ante la muerte. Su ubicación en la estructura por edades de la sociedad se traduce casi por defecto en un predictor de su fallecimiento. Esta construcción social de la vejez provoca un modo particular de conducirse con ellas porque la estructura social en la que se hallan implicadas se orienta ya hacia su próxima muerte. Sus familias se van independizando de ellas y el alcance de las referencias al futuro disminuye progresivamente. Asimismo, se considera correcto tratar el hecho de su muerte como algo que trae menos consecuencias para los demás, ya que no entraña una drástica

revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven (Sudnow, 1967).<sup>1</sup>

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

De esta manera, su muerte es un hecho predictivo que se consume socialmente con anticipación. Con frecuencia, las personas mayores que requieren atención de emergencia no reciben el mismo trato que una persona más joven, no son internados junto con otros pacientes que sufren las mismas patologías, se los mantiene en una camilla o en los pasillos sentados en sillas, se los sujeta con amarras como forma de prevenir caídas, se les niega la presencia de un acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones.<sup>2</sup> Es más, según los especialistas, los médicos, incómodos frente a las ansiedades de los pacientes de edad avanzada por la muerte, recurren a falsas esperanzas y tratamientos que, en realidad, están acortando vidas en lugar de mejorarlas (Gawande, 2014).

Lo paradójico es que la humanidad todavía discute cómo proceder en lo que se refiere a una muerte digna en la edad avanzada. Existe un debate con respecto a qué hay que proteger: ¿las condiciones en que se muere o la posibilidad de elegir cuándo morir?<sup>3</sup>

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

2. Véase Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 2016.

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

El límite entre estas dos opciones tendría que estar más claro en América Latina y el Caribe que en otras regiones. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental) identifica de manera precisa las condiciones que deben darse para mantener la dignidad hasta la muerte cuando señala:

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 (art. 6°).

Adicionalmente, define el cuidado paliativo como:

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

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

promulgada en 2002 fue un paso más allá, al permitir tanto el suicidio asistido como la eutanasia en ciertas circunstancias.

el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.

En la práctica, algunos Estados han reconocido la muerte digna como un derecho cuya protección requiere el acceso oportuno y adecuado a los cuidados paliativos. En Costa Rica, por ejemplo, la Resolución N° 1915-92 de la Sala Constitucional reconoce el derecho a morir con dignidad como el derecho de quienes, siendo conscientes de que van a morir, escogen hacerlo sin dolor. La resolución también reconoce la conexión innegable entre el derecho a la salud y el derecho a la vida: el primero tiene el propósito fundamental de hacer efectivo el derecho a la vida, dado que este no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella derivan (Costa Rica, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, 1993).<sup>4</sup>

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

Con relación al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud que aborda el art. 11° de la Convención Interamericana, también son necesarias algunas precisiones. Su objetivo 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 este tipo de instituciones. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el art. 2° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se hace hincapié en un entorno favorable en que se asigne prioridad al consentimiento informado y que garantice la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación.

Además, surge la duda de si el contenido del art. 11° favorece la eutanasia, específicamente cuando alude a la siguiente obligación: "Los Estados Parte establecerán

también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos...".<sup>5</sup>

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

Por otro lado, el art. 11° de la Convención Interamericana debe interpretarse a la luz del art. 6° sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En ese marco, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte.<sup>6</sup>

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

Este mismo país cuenta con un registro de voluntades anticipadas que facilita a los ciudadanos este trámite. A diferencia de algunas legislaciones de la región, la voluntad anticipada puede transmitirse con independencia de si se sufre una enfermedad terminal o no. En este

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

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

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

testimonio del sistema de registro, se expresa la utilidad de este tipo de instrumento:

[E]stoy muy contenta de haber registrado mi voluntad anticipada. Como cuidadora de mi madre, mi padre y mi madrastra, no puedo expresar la tranquilidad que me da el registro. Mi esposo y mi hija nunca pasarán por el estrés de preguntarse si están actuando de acuerdo a mis deseos; lo tendrán muy claro. De alguna manera, el hecho de que yo deje registrada mi voluntad anticipada protege a mi esposo e hija, incluso cuando esté muy enferma. Cuando un ser querido está gravemente enfermo, es el peor momento para lidiar con las sutilezas y ramificaciones de los trámites hospitalarios y legales. Esto les ahorrará muchas de esas preocupaciones (Anónimo, Kingston, Washington).<sup>7</sup>

No obstante la utilidad que presenta el uso de la voluntad anticipada, queda mucho camino por recorrer. Hay confusiones conceptuales que pueden limitar los derechos y libertades de las personas mayores, incluso en lugares donde ya se ha legislado. Por ejemplo, en Ciudad de México su uso todavía es reducido. Entre 2008 (año de creación de la ley pertinente) y 2013, únicamente se habían registrado 2.700 documentos.

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

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

En el Reino Unido, a pesar de sus reconocidos avances en este ámbito, las enfermeras y los médicos que

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

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

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

Una de ellas tiene que ver con los profesionales de la salud. Ya en el siglo XVII, Francis Bacon escribió:

Pienso que el oficio del médico no [solo] consiste en restablecer la salud, sino también en mitigar los dolores y los sufrimientos causados por la enfermedad; y no solamente cuando ello pueda

7. Véase [en línea]. Disponible en: [http://www.uslivingwillregistry.com/testimonials\\_registrants.shtml](http://www.uslivingwillregistry.com/testimonials_registrants.shtml).



servir, al eliminar un síntoma peligroso, para conducir a la curación, sino también cuando habiéndose perdido toda esperanza de curación, tal mitigación [solo] sirve para hacer la muerte más fácil y serena (citado en Abid, 2008).

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

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

#### **4. Los cuidados paliativos como una obligación del Estado**

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica de los Estados. Antes de la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, esto ya había sido reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N° 14 (Naciones Unidas, 2000) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su

Recomendación General N° 27 (Naciones Unidas, 2010b. Ver en esta publicación pág. 382 del Anexo Documental). De forma congruente con ello, el Relator Especial sobre la tortura estableció en su informe de 2013 que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante, de acuerdo con la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

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

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

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

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

En las Américas, el art. 19 de la Convención Interamericana, además de las garantías mencionadas con anterioridad, establece las siguientes obligaciones del Estado con relación a los cuidados paliativos:

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

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

### El cuidado paliativo en otras regiones del mundo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La mayor parte de los programas nacionales sobre cuidados paliativos de la región fueron creados al final de los años 90, por lo que se trata de un planteamiento bastante reciente. Hay iniciativas aisladas que son el resultado de esfuerzos locales, pero en pocos casos existe una política pública nacional que garantice el acceso a los cuidados paliativos.

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

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

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

### América Latina y el Caribe: nivel de desarrollo de los programas de cuidado paliativo, 2014

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

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

En el segundo nivel, se sitúan los países en los que se registraron algunos esfuerzos, pero donde no se había establecido aún ninguna política, como Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, Haití, Honduras y Nicaragua. En Honduras, por ejemplo, la información disponible indica que no existen servicios o unidades de cuidados paliativos en ninguno de los tres niveles de atención existentes (Pastrana y otros, 2012). No hay una formación acreditada sobre cuidados paliativos, y estos tampoco forman parte del contenido de los programas académicos de la Universidad Nacional de Medicina. Como consecuencia, se desconoce la existencia de especialistas en esa área. En el plano jurídico, los cuidados paliativos no se encuentran todavía legislados ni regulados, por lo que no se les asignan recursos gubernamentales.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> En 2014 se presentó en Honduras un proyecto de ley de cuidados paliativos para pacientes con enfermedad crónica terminal que se refiere al acceso a medicamentos opioides para el tratamiento de pacientes en fase terminal o con enfermedades crónicas. A su vez, otorga el derecho de decidir cuándo suspender el tratamiento médico y obtener ayuda para morir.

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

En Perú, a pesar de la existencia del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor y Paciente Oncológico (ADAMO), las coberturas son limitadas. En 2014 se atendió a menos de 2.000 personas mayores en sus hogares. En cuanto a la formación, no existe una acreditación profesional para certificar a los médicos que brindan cuidados paliativos. La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, una institución sin fines de lucro, intenta suplir estas deficiencias por medio de la difusión y de la capacitación de profesionales en el manejo del dolor y los cuidados paliativos.

El Brasil creó en 1996 el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), en Río de Janeiro, un hospital cancerológico del Ministerio de Salud, con el servicio más completo del país en la materia. En cuanto a la formación, los cuidados

paliativos están reconocidos oficialmente como una subespecialidad con el título oficial de Área de Actuación en Medicina Paliativa, pero la cantidad de egresados todavía es muy reducida para la demanda existente. Se estima que, en 2012, había cerca de 30 profesionales con esa especialidad. A pesar de las iniciativas locales, los cuidados paliativos aún no son reconocidos dentro de los servicios de sanidad (Palmeira, Scorsolini-Comin y Sanches Peres, 2011), por lo que es preciso que el Gobierno federal establezca una política nacional de salud que consolide los cuidados paliativos en el Brasil.

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

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

La legislación vigente en Argentina incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales como parte de la atención a la enfermedad, y este derecho está consagrado en la Ley N° 26.742 o Ley de Derechos del Paciente.<sup>9</sup> Sin embargo, esta ley ha sido insuficiente: el ordenamiento administrativo del país otorga a cada provincia autonomía para definir sus propias normas y algunas de ellas no han incorporado servicios de cuidados paliativos: solo 10 de las 24 provincias tienen legislación sobre estos cuidados.

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

Existen por lo menos cinco centros de investigación en la Argentina que se ocupan de la materia: Pallium Latinoamérica, la Fundación FEMEBA, el Hospital Tornú,

el Departamento de Cuidados Paliativos del Hospital Udaondo, el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari de la Universidad de Buenos Aires y el Centro UCEPAR en Rosario. Algunos de estos centros han recibido subsidios del Ministerio de Salud para el desarrollo de protocolos de investigación.

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

En Costa Rica, los cuidados paliativos están cubiertos por el régimen de la seguridad social universal. La hospitalización, la medicación y el asesoramiento de especialistas se proporcionan de manera gratuita y existen ONG que apoyan a la población que carece de seguro.

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

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

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

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

Medicina de Cuidados Paliativos en la Universidad de las Indias Occidentales.

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

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

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

los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo de salud. En cuanto a la capacitación, la formación en cuidados paliativos se encuentra acreditada oficialmente desde 2010 como Diplomado de Cuidados Paliativos a Pacientes Adultos y Diplomado Nacional de Control de Cáncer. Asimismo, las facultades de Medicina poseen contenidos relacionados con los cuidados paliativos.

## 6. Desafíos para la protección

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

En el caso de los cuidados paliativos, se concluye que todavía existen limitaciones para que las personas mayores sean respetadas como titulares de derechos. Persiste la discriminación por edad y, con el envejecimiento poblacional, surgen nuevas esferas de preocupación. Hace unos años, era poco probable que la muerte y sus condiciones fueran tratadas como un asunto público que atañe más allá del sector de la salud.

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

La aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las

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

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

## Bibliografía

ABID, P. J., "Comentarios a la ley de voluntad anticipada del Distrito Federal", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. XLI, N° 123, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2008.

BÁRCENA, A., Intervención de Alicia Bárcena, secretaria ejecutiva de la CEPAL, en la presentación del libro *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, Ciudad de México, 9 de marzo de 2015.

CARMONA, U., *Los instrumentos regionales interamericanos en materia de derechos humanos y la bioética* [en línea]. Disponible en: [http://www.humanindex.unam.mx/humanindex/consultas/detalle\\_ponencias.php?id=29627&rfc=CATJ700707](http://www.humanindex.unam.mx/humanindex/consultas/detalle_ponencias.php?id=29627&rfc=CATJ700707).

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

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA, *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services*, Bruselas, 18 de junio de 2014.

COSTA RICA, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, "Recurso de amparo que se tramita en expediente número 16-013899-0007-CO, interpuesto por Sonia Patricia Salas Badilla, cédula de identidad 0109100094, a favor de María De Los Ángeles González Murillo, cédula de identidad 0202560287, contra el hospital San Rafael de Alajuela de la Caja Costarricense de Seguro Social. Res. N° 2016015429", San José, 2016.

COSTELLO, J., "Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, N° 1, 2001.

FOLEY, K. y GELBAND, H., *Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations*, National Academy Press, Washington, D.C., 2001.

FOX, E., "Predominance of the curative model of medical care: a residual problem", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, N° 9, 1997.

GAWANDE, A., *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, Metropolitan Books, Henry Holt and Company, Nueva York, 2014.

GRUPO DE AMIGOS DE LAS PERSONAS DE EDAD, "Statement in the General Debate (Item 5) of the S VII Session of the Open-ended Working Group on Ageing", Nueva York, 12 de diciembre de 2016.



## ARTÍCULOS

HADJISTAVROPOULOS, T. y HADJISTAVROPOULOS, H. D., *Pain Management for Older Adults: A Self-Help Guide*, IASP Press, 2008.

MINSAL, Ministerio de Salud de Chile, "AUGE. Protocolo de trabajo (2004)", Santiago, inédito, 2006.

\_\_\_\_\_, "Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos", *Norma General Técnica*, N° 32, Santiago, 1999.

MONTIEL LLORENTE, L. y GARCÍA ALONSO, M., *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*, Universidad Complutense, Madrid, 2007.

NACIONES UNIDAS, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez (A/HRC/22/53), Consejo de Derechos Humanos, 2013.

\_\_\_\_\_, *Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General* (A/67/188), Nueva York, 2012.

\_\_\_\_\_, *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona (A/HRC/17/34), Nueva York, 2011.

\_\_\_\_\_, *Informe de la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*, Magdalena Sepúlveda Carmona, *sobre el proyecto de principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos* (A/HRC/15/41), Nueva York, 2010a.

\_\_\_\_\_, "Recomendación General N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos" (CEDAW/C/GC/27), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 16 de diciembre de 2010.

\_\_\_\_\_, "Recomendación General N° 25, sobre el párrafo 1° del artículo 4° de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal" [en línea]. Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20(Spanish).pdf).

\_\_\_\_\_, *Concluding observations of the Human Rights Committee: Netherlands* (CCPR/CO/72/NET), Comité de Derechos Humanos, Agosto de 2001.

\_\_\_\_\_, "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, 2000.

\_\_\_\_\_, "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. Observación General N° 6" (E/C.12/1995/16/Rev.1), Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Ginebra, 1995.

\_\_\_\_\_, "Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer" (A/RES/34/180), Nueva York, 1979.

PALMEIRA, H.M., SCORSOLINI-COMIN, F. y SANCHES PERES, R., "Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica", *Aletheia*, N° 35-36, 2011.

PASTRANA, T. y otros, *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP), Bogotá, 2012.

QUESADA, L., "Cuidados paliativos y derechos humanos", *Revista Médica Hondureña*, vol. 76, N° 1, 2008.

SUDNOW, D., *La organización social de la muerte*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1967.

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

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS, "Case of Pretty vs. The United Kingdom (Application no. 2346/02), Judgment", Estrasburgo, 29 de abril de 2002.

# El derecho al cuidado de las personas mayores\*

*"No existen problemas de las mujeres, sino problemas de la sociedad atravesados por las mujeres"*

*(Haydée Birgin, 1995:7)*

## Laura Pautassi

Investigadora independiente del CONICET y del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales, A. L. Gioja - Derecho, UBA.

\* Este artículo fue publicado originalmente: 'Inaugurando un nuevo escenario: el derecho al cuidado de las personas adultas mayores', en *Revista Argumentos*, N° 17, Instituto Gino Germani, FSOC - UBA, 2015, pp. 257-280, ISSN 16668979.

## 1. Introducción: el cuidado como derecho.

La frase con la que se inicia el presente artículo, de la abogada feminista argentina Haydée Birgin, resume magistralmente la centralidad de la problemática de género. Es quizás una de las mejores definiciones del cuidado, ilustrando la manera en que las necesidades de cuidado se encuentran "atravesando" las discusiones actuales, en términos de reclamos cotidianos de las mujeres, en los límites de la "conciliación" entre trabajo y demandas familiares, en las demandas del movimiento feminista, pero aún sin haber atravesado e ingresado la agenda de toma de decisiones. Entre otras razones, por las dificultades históricas de visibilizar la injusta organización social del cuidado (OSC) y cómo afecta a la vida cotidiana, como también el orden social en su totalidad.

En muy pocos años, la problemática del cuidado, abordada por el feminismo y la academia desde larga data,<sup>1</sup> irrumpió en las discusiones públicas a partir de

1. Los estudios de género fueron los que iniciaron los debates en torno a hacer visible el trabajo de cuidado, identificado como trabajo reproductivo (Borderías et ál, 1994; Picchio, 2001) y, posteriormente, como economía del cuidado (Tronto, 2006; Folbre, 2001, Rodríguez Enríquez, 2012) y el concepto de organización social del cuidado

las transformaciones en el orden social, principalmente a partir de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, dejando en claro las asimetrías en la distribución de responsabilidades al interior de las relaciones familiares, así como también el impacto que producen en el orden económico y social.

De esta manera, el nuevo milenio trajo consigo no solo compromisos globales traducidos en objetivos de reducción de desigualdades, los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, Naciones Unidas, 2000), en los cuales las inequidades de género tienen una entidad en sí misma (Objetivo N° 3), sino que lo novedoso fue avanzar en establecer metodologías que fundamenten el accionar gubernamental en las obligaciones contenidas en los pactos y tratados internacionales de derechos humanos. De esta forma, el legado "del milenio" es fortalecer las políticas públicas internas en el marco de las normas de derechos humanos vinculantes, para establecer, de esta manera, nuevos estándares en el accionar estatal. Precisando: el denominado *enfoque de derechos*<sup>2</sup> irrumpe como una metodología de implementación de políticas públicas, cuyo objetivo fue precisamente avanzar en institucionalizar las respuestas estatales fundadas no solo en compromisos políticos, sino en obligaciones jurídicas internacionales.

Es a partir de ello que, al igual que el cuidado, los derechos (civiles, políticos y económicos, sociales y culturales) reingresan en la arena política, con usos y alcances diversos, con una mayor alusión "retórica" sin medir el verdadero peso, promoviendo escenarios y grados de institucionalización heterogéneos, con distintos niveles de implementación de esta nueva perspectiva, en tanto categoría transversal.

(Razavi, 2007) o desde las políticas públicas (Sojo, 2011; Marco y Rico, 2013; Pautassi y Zibecchi, 2013, y Rico y Robles, 2016).

2. Las Naciones Unidas ha definido el enfoque o perspectiva de derechos humanos como un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales de derechos humanos y, desde el punto de vista operacional, está orientado a su promoción y protección (NU, 2006: 15). Esto implica que, al suscribir los tratados internacionales, los Estados están aceptando que constituye un marco normativo obligatorio para la formulación de sus políticas internas, aplicables en cada jurisdicción. Fundamentalmente, implica que los Estados deben dar cumplimiento a las obligaciones de respetar, proteger y garantizar estos derechos mediante las políticas públicas de los tres poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial).

Ahora bien, el cuidado de los niños, niñas y adolescentes (NNA) siempre resulta el más visible, ya que desde el nacimiento tienen necesidades de cuidado que atraviesan la dinámica de funcionamiento de las familias. En cada hogar, la madre es identificada como principal destinataria de estas demandas, lo cual es reforzado por las atribuciones "naturalizadas" de la capacidad como cuidadoras "innatas", resignificadas continuamente por el modelo patriarcal, y por la falta de involucramiento activo de los varones en este tipo de actividades. A ello se suma el déficit de infraestructura de cuidado, del mismo modo que el reconocimiento del tiempo que demanda asumir el cuidado, que termina estando disponible, en ciertos casos, para trabajadoras asalariadas formales. De este modo, las instituciones dedicadas al cuidado de primera infancia, como las guarderías, jardines maternos, se consideran de provisión obligatoria por el empleador, en tanto cuenta entre su plantel con un número determinado de trabajadoras mujeres que tienen niños y niñas en esa edad, o, en otros casos, la disponibilidad se resuelve de manera estratificada por nivel de ingresos.

En síntesis, se deja librada a las mujeres la resolución de manera individual de una problemática social. Es decir, si los hogares disponen de ingresos, tendrán mayor cantidad de soluciones para asumir el cuidado, ante la escasa y casi nula oferta pública (de gestión estatal) para primera infancia. En vinculación con el "tiempo" para cuidar, las disposiciones establecidas en la mayoría de las regulaciones normativas laborales, se concentran en el período del nacimiento (con anterioridad y posterioridad al parto) para la madre y luego permisos de lactancia como máximo hasta concluir el primer año de vida del niño o niña, y el resto del ciclo vital no está contemplado. En el caso de las licencias para los padres varones, son claramente mínimas (entre dos a cinco días por nacimiento dependiendo de los países) y luego no existen más regulaciones que dispongan permisos para varones, como tampoco se ha avanzado en América Latina —salvo excepciones— en torno a las licencias parentales (para ambos progenitores y de disponibilidad electiva). De allí la relevancia que para muchos hogares tiene la figura de las adultas en el cuidado: las "abuelas cuidadoras", quienes ocupan un lugar importante y central en las "cadenas mundiales de asistencia y afecto" (Hochschild, 2001).<sup>3</sup>

3. Estas cadenas —que atraviesan las esferas de lo no monetizado, del espacio doméstico e, incluso, de las naciones— están conformadas

Aún más notoria es la ausencia de regulación de las obligaciones en torno al cuidado de las personas mayores,<sup>4</sup> quienes deben asumir las responsabilidades de "autocuidado" vinculadas a una trayectoria de vida que les haya posibilitado promover arreglos virtuosos de seguridad social, les provean de la cobertura en materia de ingresos, a través del sistema previsional, sea por una trayectoria laboral propia (jubilaciones o pensiones por edad o pasividad laboral) o por la transmisión hereditaria del titular (pensión por fallecimiento), del mismo modo que la cobertura en salud. Hasta allí medianamente se resuelve la situación, con una organización del cuidado que, en el caso de un matrimonio de adultos mayores, la mayor sobrecarga de cuidados será para la mujer.

En este último, por una parte, las mujeres adultas mayores dependen vitalmente de una serie de cuidados intensivos, incluso en los casos que gozan de salud y buen estado físico y mental. Sin embargo, impregna su subjetividad fuertemente el hecho de transitar un pasaje de haber sido proveedoras de cuidado durante toda su vida, con baja conciencia en general del autocuidado, para pasar en esta etapa del ciclo vital a ser receptoras de cuidado, lo cual se encuentra en general "atravesado" porque previamente a convertirse en receptoras plenas, cuidan a sus cónyuges, de una manera diferente a la que los cuidaron durante su vida activa, ya que ellos atraviesan esta situación de dependencia relativa, en el mejor de los casos, y se producen nuevos vínculos entre ellos, no exentos de violencia en las relaciones de pareja. Del mismo modo, los vínculos con los hijos e hijas, atravesados por el cuidado, son otros, los que pocas veces resultan armónicos —pero no necesariamente— y, en general, quienes lo prestan son las hijas mujeres. En síntesis, el cuidado va mutando a lo largo del ciclo vital, pero no solo desde las prácticas y la oferta, sino también desde la subjetividad de quienes lo deben recibir y eventualmente prestar.

Si la mirada se coloca desde quienes prestan cuidado de manera remunerada a las personas mayores, la

mayoría de las investigaciones destacan que, en general, la demanda de cuidados para este grupo etario suele generarse por las familias —que pueden pagar este servicio— cuando es de absoluta necesidad, es decir, cuando las personas adultas carecen de autonomía y necesitan una atención continua. Se subraya, además, que, si bien el trabajo de las cuidadoras de personas mayores comparte numerosas características con el empleo doméstico, cuentan con particularidades que explican su poca visibilidad: el sujeto receptor de cuidado ya no pertenece al mundo activo económicamente, lo cual contribuye a su invisibilización; la relación de cuidado es triangulada entre hija o hijo empleador, persona adulta y cuidadora; las actividades de cuidado implican temas tabúes —como la higiene íntima de las personas adultas— que favorecen su invisibilización u ocultamiento (Borgeaud-Garciandía, 2013; Findling y López, 2015).

No menor es el impacto que produce el contexto sociodemográfico de América Latina, que, a pesar de las heterogeneidades entre países y al interior de cada uno de ellos, pone en evidencia un rápido envejecimiento de la población, en un contexto de desigualdad y baja cobertura de los sistemas de seguridad social o el deterioro en las prestaciones.

El problema mayor se presenta ante la inexistencia de previsiones del sistema de seguridad social, y cuando la responsabilidad de cuidado, por imperio de las leyes civiles, se traslada a los hijos e hijas, siempre que dispongan de medios para asumir las demandas de cuidado, especialmente en relación con la transferencias de ingresos o de otras prestaciones. Pero ¿qué sucede cuando los hijos e hijas adultos no disponen de medios para asumir el cuidado o cuando no hay descendencia?

Este escenario es el que recupera el presente artículo, para buscar, en primer lugar, revisar el alcance del enfoque de derechos aplicado al cuidado en América Latina, para luego analizar específicamente la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada recientemente por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos el 14 de junio de 2015,<sup>5</sup> firmada

por mujeres en distintos puntos geográficos que se transfieren cuidados de unas a otras. Como fenómeno son el exponente visible de la transnacionalización de la crisis de los cuidados y de las relaciones poder de género, de etnia y de clase (Pérez Orozco, 2006).

4. De acuerdo con la denominación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015. Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental).

5. La Convención entró en vigor el 1º de noviembre de 2017 y son cinco los países que la han ratificado (la Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica y Uruguay. Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental).

de inmediato por los gobiernos de la Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. El propósito es analizar el alcance de las regulaciones incorporadas en tal instrumento, que se encuentra en vigor, pero que adelanta un escenario novedoso a nivel regional. Por último, se dejan planteados interrogantes en torno al impacto de la Convención, y las consiguientes políticas públicas que se recomiendan, en pos de garantizar el ejercicio del derecho al cuidado de las personas adultas mayores.

## 2. El cuidado fundado en derechos

No han pasado muchos años desde que el cuidado fundado en derechos se incorpora en el debate regional. El primer antecedente se vincula con la aplicación de la metodología del enfoque de derechos, que consiste en identificar del "corpus" de derechos humanos los distintos instrumentos internacionales que reconocen el cuidado, ya sea explícitamente en sus regulaciones —por caso un artículo dentro de un pacto o tratado internacional— o en la interpretación del alcance de las regulaciones, como las realizadas por los Comités de monitoreo del cumplimiento de los pactos —por ejemplo, el Comité de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales— o en la labor de los relatores de las Naciones Unidas para cada derecho, así como también los órganos de supervisión y fiscalización internacional (como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos), entre otros mecanismos. El contenido de cada norma de derechos humanos es interpretado y definido como un estándar jurídico que fija, entre otras, la obligación de garantizar el contenido mínimo de los derechos, la prohibición para los Estados de aplicar políticas regresivas y la consiguiente obligación de aplicar solo medidas progresivas, el deber de garantizar la participación ciudadana y el principio de igualdad y no discriminación, universalidad; acceso a la justicia y a la información pública, integran una matriz común aplicable en la definición de las políticas y estrategias de intervención, tanto de los Estados, de los actores sociales y políticos y también para el diseño de acciones para la fiscalización y evaluación de políticas públicas. Este proceso de definición de estándares, que se ha desarrollado en los últimos treinta

años, constituye, además de guía y pauta de acción para que los Estados apliquen a nivel interno los parámetros para la evaluación y fiscalización del cumplimiento de estos pactos.

Sirva como ejemplo que la obligación de los Estados de actuar en forma positiva, es decir, de hacer, de proveer, de destinar recursos a fin de garantizar el nivel esencial de cada uno de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) reconocidos en los pactos y tratados internacionales, no refiere a un conjunto de prestaciones asistenciales en los diferentes campos de actuación de la política social (salud, seguridad social, educación), sino que, esencialmente, se trata de una obligación mínima, pero ineludible, de contenido universal, que apunta a asegurar la satisfacción de por lo menos niveles básicos de cada uno de los derechos sociales, e incluye obligaciones de comportamiento y obligaciones de resultado para los Estados. Entre los principales instrumentos normativos del Sistema Internacional de Derechos Humanos que han reconocido derechos sociales se encuentran: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, art. 2.1) y su Protocolo Facultativo; la Convención contra la Discriminación de la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo, la Convención de Derechos del Niño (CDN). En igual dirección, y dentro del ámbito del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), se encuentra el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el Protocolo de San Salvador (art. 1°), la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará (1995).

En particular, si bien en todos los pactos se contempla una realización paulatina del contenido de derechos, considerando especialmente las restricciones derivadas de la limitación de los recursos con que los Estados se enfrentan, impone varias obligaciones con efecto inmediato, y que se relacionan con el estándar análogo de la utilización del máximo de recursos disponibles.<sup>6</sup>

6. La realización paulatina no implica prioridades ni jerarquías, sino solo establece metas de cumplimiento, pero no debe desconocerse que

Concordantemente, el avance desde el reconocimiento en un pacto hasta la satisfacción concreta de un derecho, generalmente, es paulatino y el Estado está jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos incorporados y no puede escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su accionar, si este induce a un sector de la población por debajo del estándar mínimo de protección de este derecho. O en el caso de que el Estado pueda llegar a utilizar el máximo de recursos, pero puede reducir el contenido de las prestaciones, la calidad o la cobertura de las instituciones públicas, lo que está claramente prohibido. A su vez, debe garantizar la cobertura universal, es decir, para todos y todas sin excepción, obligación que se traslada incluso a prácticas focalizadas, donde si se selecciona un "grupo vulnerable" o una población objetivo debe aplicarse la medida, el servicio o la transferencia de ingresos a todos y cada una de las personas integrantes de ese grupo y no solo a algunos/as.

Asimismo, al incorporar el principio de no discriminación, refuerza la idea de que el precepto de "satisfacción paulatina" tiene límites concretos, en tanto la no discriminación implica la universalidad en la satisfacción del derecho y es contraria a prácticas asistenciales, tan comunes e instaladas en América Latina. Y así, sucesivamente, se van vinculando los distintos estándares, de modo de garantizar el tratamiento integral de las respuestas estatales en materia de derechos humanos, ya que estos son "universales, indivisibles e interdependientes", con lo cual los Estados deben garantizar la totalidad de derechos civiles, políticos y económicos, sociales y culturales.<sup>7</sup>

Y allí cobra un significado potencial mayor la problemática del cuidado, precisamente, porque ya no sitúa la responsabilidad de su satisfacción a nivel de algunos destinatarios, principalmente las mujeres a quienes, a lo largo de la historia, se les ha delegado casi exclusivamente las tareas vinculadas con el cuidado, sino que la titularidad del derecho es un atributo de la persona, quien pasa a ser reconocida como sujeto portador de derechos y, por lo tanto, puede reclamar condiciones para

su ejercicio. En otros términos, no es suficiente con prometer o enunciar el reconocimiento de un derecho, sino que cada Estado se encuentra jurídicamente obligado a cumplir el contenido de tales obligaciones.

Sintetizando: el enfoque de derechos, en tanto metodología teórica operativa que persigue un objetivo ético-político, que es la equidad social y de género, busca revertir la concepción de un destinatario pasivo del accionar del Estado, al mismo tiempo que promueve que se diseñen políticas e instrumentos de intervención que permitan un ejercicio efectivo del conjunto de derechos humanos. Por ello ha resultado tan potente su recepción a nivel regional, ya que cuestiona la histórica relación pasiva entre sujeto titular de derechos y discrecionalidad de la administración pública, para garantizar y romper la lógica binaria de actividad/pasividad entre el proveedor o dador de cuidado y el destinatario, que no solo incluye la práctica interpersonal de cuidar al otro, sino que demanda un conjunto integrado de acciones transversales al respecto.

Pero ¿cómo se vincula el cuidado con un estándar de derechos? ¿Es vinculante la obligación de prestar cuidado? Si bien los tratados y pactos internacionales de derechos humanos no han incluido explícitamente "el derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidar(se)" (Pautassi, 2007), se desprende de la interpretación conexas que hacen del conjunto de derechos contemplados en esos instrumentos internacionales. Una primera interpretación vinculada al derecho al cuidado fue reconocida por el Comité del PIDESC, en la Observación General N° 6: *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores* que derivó el derecho al cuidado de los adultos mayores de otros derechos, al señalar:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no contiene ninguna referencia explícita a los derechos de las personas de edad, excepto en el artículo 9°, que dice lo siguiente: 'los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso el seguro social' y en el que de forma implícita se reconoce el derecho a las prestaciones de vejez. Sin embargo, teniendo presente que las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la

cada Estado debe garantizar la satisfacción plena de cada derecho.  
7. Art. 5° del Plan y Plataforma de Acción de la Conferencia de Derechos Humanos de Viena, 1993.

sociedad, es evidente que las personas de edad tienen derecho a gozar de todos los derechos reconocidos en el Pacto. Este criterio se recoge plenamente en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Además, en la medida en que el respeto de los derechos de las personas de edad exige la adopción de medidas especiales, el Pacto pide a los Estados Parte que procedan en ese sentido al máximo de sus recursos disponibles.

Es decir, esta Observación General, que opera como una recomendación específica a los Estados, incorpora derechos sociales como el derecho a una alimentación adecuada; el derecho a la seguridad social en su dimensión más amplia, la que incluye a toda la población y no únicamente a los afiliados a sistemas de seguridad social contributivos; el derecho a la salud; a la educación y a los beneficios de la cultura. El énfasis queda puesto en el reconocimiento explícito del cuidado como derecho universal, indisponible (es decir, constituye un atributo irrenunciable, inalienable e inherente a la persona) y no sujeto a concesiones para grupos especiales, sino que se garantiza para todas las personas.

Al ser un derecho reconocido —más allá de un consenso indiscutible que los derechos humanos producen— el efecto principal de su reconocimiento es el efecto vinculante, ya que no puede ser ubicado de manera discrecional, sino que produce cumplimiento obligatorio. Así, a cada persona, en tanto titular del derecho al cuidado, se le deben proveer las condiciones para que pueda cuidarse a sí misma, lo que implica un conjunto de regulaciones que van desde el descanso, tiempo libre y ocio hasta el acceso a las prestaciones sociales, de salud, recreativas, entre otras. Por otra parte, uno de los efectos principales es que, como derecho humano, se encuentra desvinculado de la relación asalarada formal y las consiguientes medidas de conciliación trabajo-familia cuando existen; o de la situación de necesidad (por condición de vulnerabilidad socioeconómica, de género, étnica, etaria), sino que es un derecho humano individual, universal e inalienable de cada

persona y, por lo tanto, de prestación inmediata por parte del Estado.<sup>8</sup>

La consideración del derecho al cuidado como universal es un primer paso para distribuir las responsabilidades de cuidado en todos los miembros de la sociedad y no solo en las mujeres, ya que, precisamente, el reconocimiento es para la persona (que cuida, que debe ser cuidada, pero que también debe cuidarse).

A pesar de ser relativamente incipiente la aplicación del enfoque de derechos en el cuidado, fue rápidamente incorporado en los consensos regionales. Así, en forma simultánea de haber sido presentado este enfoque en la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en Quito, Ecuador (2007), los gobiernos firmaron el Consenso de Quito, por el cual se comprometieron a adoptar medidas gubernamentales para atender la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población entendidos todos como responsabilidades públicas. El Consenso asume como compromiso:

[F]ormular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo. [En la misma dirección, los Estados firmantes se comprometen a] adoptar medidas en todas las esferas de la vida particular, en los ámbitos económico y social, incluidas reformas institucionales, para garantizar el reconocimiento y el aporte al bienestar de las familias y al desarrollo promover su inclusión en las cuentas nacionales.<sup>9</sup>

8. También la consideración de cuidado como derecho se diferencia de concepciones vinculadas con la llamada *ética del cuidado*, concepto enunciado por Carol Gilligan (1982) que señala que las mujeres privilegian los vínculos con los demás, las responsabilidades en el cuidado por encima del cumplimiento abstracto de deberes y del ejercicio de derechos.

9. Los acuerdos de las Conferencias Regionales de la Mujer de América Latina y el Caribe se encuentran disponibles en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/29489/dsc1e.pdf>. La división de Asuntos de



Estos acuerdos fueron retomados nuevamente en el Consenso de Brasilia (2010) durante la XI Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, según la cual, los Estados han avanzado aún más en el reconocimiento explícito del cuidado al señalar:

Reconociendo que el acceso a la justicia es fundamental para garantizar el carácter indivisible e integral de los derechos humanos, incluido el derecho al cuidado, señalando que el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y la corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado [para comprometerse, entre otros puntos:...]. a) Adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado; b) Fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas; c) Adoptar políticas que permitan establecer o ampliar las licencias parentales, así como otros permisos de cuidado de los hijos e hijas, a fin de contribuir a la distribución de las tareas de cuidado entre hombres y mujeres, incluidos permisos de paternidad irrenunciables e intransferibles, que permitan avanzar en la corresponsabilidad... (art. 1º, puntos a, b y c).

Nuevamente, en el marco de la XII Conferencia Regional de la Mujer, celebrada en Santo Domingo (2013), el Consenso firmado por las representantes de los organismos para el adelanto de la mujer, en su apartado 57 dispone:

Reconocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, las empresas privadas y el Estado, adoptando medidas, políticas y programas de cuidado y de promoción de la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la vida familiar, laboral y social que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo, al estudio y a la política y disfrutar plenamente de su autonomía [para dar cuenta de una evolución en la inclusión del enfoque dentro de las instancias de acuerdos regionales, lo que significa un valioso instrumento en aras de la exigibilidad].

Agrega en otro apartado del mismo Consenso (ap. 37), que los Estados se comprometen a:

Promover la mejora del acceso de las mujeres al empleo decente, redistribuyendo las tareas de cuidado entre Estado, mercado y sociedad y entre hombres y mujeres, y facilitando la capacitación y uso de la tecnología, el autoempleo y la creación de empresas en el sector científico-tecnológico, así como aumentar la proporción de mujeres que ocupan puestos en áreas en que se encuentran infrarrepresentadas, como los ámbitos académico, científico, tecnológico y de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Complementariamente, en febrero de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó las *Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de niños* (AG/64-142), en las que se establecen pautas adecuadas de orientación política y práctica con el propósito de promover la efectiva aplicación de la CDN y otras disposiciones establecidas en instrumentos internacionales dirigidas a la protección y bienestar de niños, niñas y adolescentes imposibilitados del cuidado parental o en peligro de encontrarse ante esa situación. Entre otras disposiciones, las Directrices señalan que los Estados deberían aplicar políticas de apoyo a la familia, buscando facilitar el cumplimiento de los deberes de cuidado

Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe es la Secretaría Técnica de la Conferencia de Estados Parte.

que competen a los padres, alentando el ejercicio del "derecho del niño a mantener una relación con el padre y la madre". A su vez, las políticas recomendadas a los Estados destacan la importancia de abordajes integrales y complementarios entre las distintas esferas de actuación del Estado, de modo que se promueva y facilite la capacidad de la madre y del padre para poder cumplir con su deber de cuidado de sus hijos e hijas.

En materia de personas adultas, si bien existían numerosas declaraciones, como los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002); la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005).<sup>10</sup> En el caso del sistema interamericano, existía la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007); el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Salud de las Personas Mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009); la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009), y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012); no se había condensado en una convención o pacto internacional. En otros términos, el cuidado como derecho fue incorporado paulatinamente en diversos consensos y estándares interpretativos, pero a la fecha no existía un marco explícito de reconocimiento para las personas adultas.<sup>11</sup> A continuación, analizo el nuevo escenario que se inaugura en el sistema interamericano de derechos humanos con la Convención.

### 3. El marco de la Convención de Personas Adultas

Resulta interesante señalar que la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos

10. En esta declaración, los Estados se comprometen a promover "el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos" (art. 2º, inc. c) y se refuerza en el art. 14 de dicho instrumento. Agradezco esta referencia a una de las evaluaciones (*peer review*) realizadas de este artículo.

11. Al respecto, Grosman, 2013.

Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015, en la ciudad de Washington, por parte de la Asamblea General de la OEA, representa el primer instrumento de derechos humanos que incorpora el reconocimiento y respeto del conjunto de derechos humanos de las personas mayores. Tras varios años de preparación y discusión, con un importante impulso por parte de la República Argentina, la Convención, además de reconocer la necesidad de la protección específica de las personas de edad, bajo el imperio del principio de igualdad y no discriminación, incorpora explícitamente el derecho al cuidado en diversos artículos de ella.

En primer lugar, define como sujetos titulares de los derechos contemplados a las personas de 60 años y más, consideradas como *persona mayor*, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años.

En el art. 3º, establece como principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor;
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo;
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor;
- d) La igualdad y no discriminación;
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad;
- f) El bienestar y cuidado;**
- g) La seguridad física, económica y social;
- h) La autorrealización;
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida;
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria;
- k) El buen trato y la atención preferencial;
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor;
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural;
- n) La protección judicial efectiva;
- o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad** en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, **así como en su cuidado y atención**, de acuerdo con su legislación interna (resaltado propio).

Sobre esta base, establece el reconocimiento explícito de los derechos civiles al establecer que las personas adultas tienen derecho a una vida en condiciones de igualdad y libre de discriminación por razones de edad (art. 5°), junto con el reconocimiento del derecho a una vida digna durante la vejez (art. 6°), con ejercicio de su autonomía e independencia (art. 7°), que en el inc. b establece que la persona mayor "tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico"; y agrega en el siguiente inciso: "[L]a persona mayor tenga acceso progresivamente 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]"; en el marco de garantías de participación comunitaria (art. 8°). Asimismo, se ha regulado de manera explícita, en el art. 9°, las garantías a una vida libre de violencia y el derecho a la seguridad, mientras que en el art. 10° establece el derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, como también el derecho a la libertad personal (art. 13) y a la libertad de expresión, de opinión y al acceso a la información (art. 14) y a la circulación y reconocimiento de su nacionalidad (art. 15).

En el art. 16, la Convención reconoce el derecho de las personas adultas a la privacidad e intimidad, así como también el derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal (art. 26) y el derecho a la propiedad (art. 23), a las garantías de sus derechos en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias (art. 29), se traten de conflictos armados o desastres de distinto tipo y, finalmente, el reconocimiento de su capacidad jurídica al establecer el reconocimiento igualitario como persona ante la ley al señalar que "la persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida" (art. 30).

En el campo de los derechos políticos, la Convención establece que los Estados Parte deben garantizar la participación en la vida política y pública de las personas de edad, en igualdad de condiciones con los demás y a no ser discriminados por motivo de edad. Se contempla explícitamente el derecho de la persona mayor

a "votar libremente y ser elegido, debiendo el Estado facilitar las condiciones y los medios para ejercer esos derechos" (art. 27) y en el siguiente artículo se reconoce el derecho de reunión.

Finalmente, en el campo de los derechos económicos, sociales y culturales (arts. 17, 18, 22, 24 y 25), se reconoce el derecho a la seguridad social, el derecho al trabajo, a la salud, a la educación, a la cultura, el derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte; y el derecho a la vivienda (art. 25) y al medioambiente sano.

En materia de reconocimiento del cuidado y la toma de decisiones, establece en el art. 11°:

[L]a persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor [y los Estados están obligados a asegurar que se les brinde información] 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, [no pudiendo aplicar] ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor, [con la correlativa facultad de los adultos mayores de aceptar o rechazar los tratamientos propuestos].

Ahora bien, desde el enfoque de derechos, debe señalarse que establece en el art. 4° los deberes generales de los Estados Parte, donde cada Estado que ratifique la Convención se compromete a proteger y efectivizar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, sin discriminación, y para ello se les impone obligaciones de tipo negativas y positivas, entre otras, adoptar:

[M]edidas afirmativas y realizarán los ajustes razonables que sean necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la presente Convención y se abstendrán de adoptar cualquier

medida legislativa que sea incompatible con la misma. 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 (art. 4°, inc. b).

Por otra parte, la Convención reconoce prestaciones vinculadas con las necesidades de cuidado diferenciales de las personas adultas, estableciendo las obligaciones en torno a la satisfacción de cuidados paliativos, considerados 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. Afirmar la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan (art. 2°). [En el caso del cuidado de largo plazo, reconoce los derechos de la persona adulta que recibe este tipo de cuidados, como quien] reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio (art. 2°) [y los diferencia de los servicios socio-sanitarios integrados, al considerar que estos son] beneficios y prestaciones institucionales para responder a

las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía (art. 2°).

En otros términos, la Convención establece que estos tres tipos de prestaciones y servicios de cuidado deben ser prestados a cada persona, de manera responsable y sin discriminación, y es obligación de cada Estado garantizar estas prestaciones.

Asimismo, establece que, en el caso de los cuidados de largo plazo, cada persona tiene el derecho a ejercer su derecho al cuidado, a partir del reconocimiento del "derecho a un **sistema integral de cuidados** que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía" (art. 12). De modo explícito, se establece que es el Estado quien tiene la obligación de "diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la **introducción de servicios** para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión" (art. 12), reconociendo, de esta manera, el derecho a cuidar de cada persona.

Reforzando las obligaciones, resulta interesante señalar que la Convención se inclina por promover respuestas integrales, pues en el mismo artículo señala: "Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a **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". Cabe señalar que hay dos países que han sido pioneros en estas formas de resolver las obligaciones de cuidado: se trata del sistema nacional de cuidados de Uruguay (Aguirre y Ferrari, 2014; Batthyány, 2013; Salvador, 2011) y la ley del cuidado de Costa Rica (Guzmán, 2014). En ambos casos, se destaca no solo que instalaron el tema, sino precisamente que avanzaron en desarrollar un sistema integral de cuidados desde el reconocimiento del cuidado como derecho. En el caso de Uruguay, se asienta en cuatro componentes: el cuidado de NNA, de

adultos mayores, de personas con discapacidad y de enfermos. Por otra parte, en ambos países, hubo un impulso de distintos actores sociales (organizaciones y redes de mujeres, organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones especializadas en infancia, entre otras) y políticos (ministerios públicos, especialmente el Ministerio de Desarrollo Social en Uruguay y su homónimo en Costa Rica, los mecanismos para el adelanto de la Mujer, Ministerios de Salud y Seguridad Social, entre otros) en diálogo con los ámbitos académicos que ya venían trabajando la temática, con un fuerte apoyo de los organismos especializados de las Naciones Unidas, en especial de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En conjunto, no solo lograron instalar la necesidad de su tratamiento, sino también la definición de un sistema que involucra a los prestadores, financiadores y destinatarios del sistema de cuidados, que son los sujetos titulares del derecho al cuidado.

Si bien en ambos países el proceso lleva poco tiempo de implementación, son modelos por considerar, especialmente para incorporar en los demás países de la región, buscando desarrollar sinergias virtuosas entre las distintas experiencias en el marco de respuestas integrales a la problemática, tal como en este caso está demandando la Convención. Asimismo, aquellos Estados que ratifiquen la Convención se comprometen a una serie de prestaciones, regulaciones, iniciativas y capacidad de fiscalización para lograr garantizar prestaciones integrales y servicios de cuidado de largo plazo desde un enfoque de derechos humanos (art. 12).

Por último, resultan sumamente relevantes tres aspectos que incorpora la Convención. En primer lugar, reconoce explícitamente en el art. 31 el acceso a la justicia en sentido amplio, al señalar que los y las personas adultas tienen derecho a ser escuchados, "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". Este principio se garantiza en igualdad de condiciones, agregando que, si fuese necesario, se pueden realizar ajustes en todos los procesos judiciales y administrativos en cualquiera de sus etapas, bajo imperio de 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, considerando el carácter necesariamente expedito de los casos cuando se "encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor". Agrega el citado artículo, que cada Estado Parte debe procurar políticas públicas y programas dirigidos a promover formas alternativas de solución de controversias, garantizando la capacitación del personal relacionado con la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

En segundo lugar, se establece un mecanismo de Seguimiento de la Convención, integrado por una Conferencia de Estados Parte y un Comité de Expertos, similar al mecanismo establecido en la Convención de Belém do Pará. En el primer caso, recién se conformará cuando existan 10 ratificaciones y la conferencia será convocada a los 90 días de establecido el Comité. El sistema de informes nacionales se instituyó con una periodicidad de cuatro años (art. 34 y sptes.), lo que significa que los Estados Parte deberán remitir los respectivos informes en ese plazo.

Finalmente, el art. 36 habilita el sistema de peticiones individuales, según el cual, cualquier persona o grupo, o una entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembro de la OEA pueden presentar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de alguno de los artículos de la Convención por un Estado Parte, ampliando los mecanismos protectorios directos para las personas adultas mayores. Asimismo, establece otras garantías, como el hecho de que en el momento del depósito del instrumento de ratificación de la Convención, o en cualquier momento posterior, un Estado Parte puede reconocer como obligatoria y de pleno derecho la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de la Convención (art. 36).

Cabe señalar que en noviembre de 2017 la Convención entró en vigor. Sería una gran oportunidad que los Estados den cuenta de compromisos efectivos en pos del bienestar de las personas mayores.

#### 4. El escenario emergente

---

El reconocimiento del cuidado como derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado (Pautassi, 2007) habilitó un escenario regional en donde aquello invisibilizado por siglos ha irrumpido con fuerza en la arena pública, en los reclamos de distintos movimientos sociales, no solo el de mujeres por la vinculación directa del cuidado con las responsabilidades asignadas a las mujeres, sino también en relación con las demandas de las personas con discapacidad, personas mayores, niños, niñas y adolescentes, pero también en el ámbito de discusión interamericana. Sin embargo, aún falta su ingreso en la toma de decisiones públicas.

Tal como fue analizado, el cuidado en toda su complejidad incluye una serie de elementos simbólicos, materiales y normativos, como el derecho a la alimentación, a un nivel de vida adecuado, a la vivienda, a la salud, al ingreso, a la educación, cultura, tiempo libre, trabajo, en el contexto del respecto del conjunto de derechos humanos. La flamante Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores inaugura un tratamiento de carácter integral de las problemáticas del cuidado de este colectivo etario, tanto en términos del reconocimiento explícito del derecho al cuidado, como de las consiguientes obligaciones que acarrea, en especial en su consideración como trabajo que contribuye a la generación de valor económico y que, por ende, deber ser revalorizado.

A este buen augurio en el tratamiento y la iniciativa regional, cabe esperar un desenvolvimiento en los niveles nacionales y sistemas de políticas sociales domésticos conforme a este marco de derechos. En tanto, el ejercicio del derecho al cuidado acarrea una nueva concepción, tanto en términos del empoderamiento que implica para sus titulares, como en las consiguientes obligaciones que asigna a los sujetos obligados a proveer el cuidado, en un doble movimiento de responsabilidades y prerrogativas, que a lo largo del ciclo de vida se distribuyen, siempre de manera asimétrica y sobre la base de las discriminaciones de género presentes.

Sin embargo, el principal aporte del enfoque de derechos, y en este caso de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, es habilitar de manera amplia las

responsabilidades estatales o de terceros involucrados, bajo un fundamento de un derecho humano, independientemente de la afiliación al seguro social, del carácter contributivo o no contributivo, de la presencia de hijos e hijas adultos con capacidad de cuidar o de sostener, y de los programas sociales en vigor. El imperativo es de ahora en más los Estados deben brindar respuestas de carácter universal, integral y basadas en derechos, todo lo cual impactará en una mejora sustantiva para la calidad de vida de personas adultas.

La agenda de políticas públicas, respetuosa de un enfoque de derechos, es urgente y demanda pasar de la celebración a la adopción de compromisos efectivos. Por otra parte, la urgencia demográfica es ineludible. La única manera de transformar las situaciones analizadas es iniciando acciones inmediatas, en el marco de políticas inclusivas para garantizar a cada persona mayor calidad de vida, respeto y ejercicio de sus derechos humanos, pero también a cada niño, niña y adolescente, persona con discapacidad que también puedan ejercer su derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado. Las herramientas ya se encuentran disponibles, se trata de moldear las respuestas.

## Bibliografía

BIRGIN, Haydée (comp.), *Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural*, CEADEL y Feminaria Editora, Buenos Aires, 1995.

BORDERÍAS, Cristina.; CARRASCO, Cristina. y ALEMANY, Carme. (comp.), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, ICARIA-FUHEM, Barcelona, 1994.

BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha, "En la intimidad del cuidado de personas ancianas dependientes: la experiencia de cuidadoras 'cama adentro' en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla (comp.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Editorial Biblos, ELA, Buenos Aires, 2013.

FOLBRE, Nancy, *The invisible Heart. Economics and Family Values*, The New York Press, Nueva York, 2001.

FINDLING, Liliana y LÓPEZ, Elsa (coord.), *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2015.

GILLIGAN, Carol, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge, 1982.

GROSMAN, Cecilia, "Adultos mayores: su derecho a ser cuidados desde una perspectiva socio-jurídica", en PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla (comp.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Editorial Biblos, ELA, Buenos Aires, 2013.

HOCHSCHILD, Arlie Russell, "Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional", en GIDDENS, Anthony y HUTTON, Will (eds.), *En el límite: La vida en el capitalismo global*, Tusquets, 2001, pp. 187-208.

MARCO, Flavia y RICO, María Nieves, "Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional", en PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla (coordinadoras), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2013, pp. 27-58.

NACIONES UNIDAS, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas Frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo*, Nueva York y Ginebra, 2006. Disponible en: HR/PUB/06/8, 2006.

NACIONES UNIDAS, Declaración del Milenio, Nueva York, 2000.

ONU-Mujeres, *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región*, Santo Domingo, República Dominicana, 2012.

PAUTASSI, Laura, "El cuidado como cuestión social: un aproximación desde el enfoque de derechos", en *Serie Mujer y Desarrollo*, N° 87, CEPAL, Santiago de Chile, 2007.

PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla (coordinadoras), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2013.

PÉREZ OROZCO, Amaia, "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico", en *Revista de Economía Crítica*, N° 5, Marzo, 2006, pp. 7-37.

PICCHIO, Antonella, "Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida", Conferencia Inaugural de las Jornadas "Tiempos, trabajos y género", Universidad de Barcelona, Barcelona, 2001.

RAZAVI, Shahra, *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, UNRISD, Suiza, 2007.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina, "La cuestión del cuidado, ¿el eslabón perdido del análisis económico?", *Revista CEPAL*, N° 109, 2012, pp. 23-36.

SALVADOR, Soledad, "Hacia un sistema nacional de cuidados en el Uruguay", en RICO, María Nieves (coord.), *El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay*, Serie Seminarios y Conferencias, N° 66, CEPAL, Santiago de Chile, agosto de 2011.

SOJO, Ana, "De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina", *Serie seminarios y conferencias*, N° 67, CEPAL, Santiago de Chile, 2011.

TRONTO, Joan, "Vicious circle of privatized caring", *Socializing Care: Feminist Ethics and Public Issues*, Maurice Hamington y Dorothy Miller (eds.), Rowman and Littlefield, Lanham, 2006.



# La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados.

## **Teresa Martínez Rodríguez**

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Oviedo. Licenciada en Psicología por la Universidad Complutense. Diplomada en Gerontología Social por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Experta en modelos de atención centrada en la persona en servicios gerontológicos.

## **La necesidad de un cambio de mirada y enfoque en los cuidados a las personas mayores**

---

Los servicios que ofrecen cuidados personales a las personas mayores difieren no solo en cuestiones estructurales u organizativas, sino en algo fundamental que, en ocasiones, pasa inadvertido: la visión de las personas que atienden y el referente de buena praxis profesional que asociado a esta se va instaurando.

Los servicios gerontológicos tradicionales, especialmente las residencias que responden a un modelo institucional, vienen siendo objeto de una importante crítica en distintos países por su dudosa capacidad para proporcionar calidad de vida y bienestar a las personas que precisan cuidados. Las principales objeciones realizadas al modelo residencial institucional son su mirada a la "enfermedad" antes que a la "persona", la falta de personalización en la atención y el trato (horarios rígidos, numerosas normas dictadas por conveniencia organizativa, protocolos de atención pensados desde la lógica de las tareas, y no de las necesidades y preferencias individuales), las escasas oportunidades de elección y participación de las personas en sus cuidados, la falta de privacidad (habitaciones compartidas y muchas horas

de convivencia no elegida en salas comunes), la ausencia de actividades realmente significativas o la falta de integración en el entorno comunitario.<sup>1</sup>

En este contexto de análisis, el enfoque que se conoce como *Atención Centrada en la Persona* (ACP) ha ido cobrando fuerza en estos últimos años, sobre todo en los países que cuentan con políticas sanitarias y sociales más avanzadas y, actualmente, se reconoce como un eje estratégico para la mejora de la calidad de los servicios de salud y de los cuidados a las personas mayores.

De hecho, organismos de salud de reconocido prestigio internacional como *The United States Agency for International Development (USAID)*, *The Institut of Medicine (IOM)*, *The Nacional Institute for Health and Care Excellence (NICE)* o *The Nacional Research Ageing (NARI)* han apostado por este enfoque incluyéndolo en sus propuestas de mejora al reconocer su potencialidad para mejorar los actuales servicios y sistemas sanitarios.

Por su parte, la *AGE Platform Europe* en colaboración con la *European Association for Directors of Residential Homes for The Ederly* (AGE & EDE, 2012),<sup>2</sup> en su documento de consenso *El marco europeo para la calidad de los cuidados de larga duración a personas mayores*, han enunciado los principios que definen un servicio de calidad, al incorporar tanto consideraciones relacionadas con la gestión como con la atención y señalar la orientación a la persona como un eje clave en la calidad de los servicios.

Incluso la propia Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup> ha declarado la imperiosa necesidad de avanzar hacia una atención integral y centrada en la persona señalándola como la estrategia principal para reorientar los sistemas de atención y cuidados a las personas mayores en cuanto a la mejora de su calidad y sostenibilidad.

Concretamente, en lo que atañe a los servicios residenciales, este enfoque se ha convertido en un importante marco de referencia para orientar un importante movimiento de cambio cultural que ya ha tenido lugar

en otros países del norte y centro de Europa, EE.UU., Canadá o Australia.<sup>4</sup> Desde la ACP las residencias se conciben como lugares que deben permitir vivir y no solo sobrevivir. Deben ser recursos que se adapten a las personas, ofreciendo los cuidados profesionales necesarios, pero sin olvidar su principal misión que no es otra que apoyar y hacer posible vidas con sentido, para evitar que las personas, por el hecho de precisar cuidados, pierdan el control sobre su atención y actividad cotidiana.

Ciertamente, hoy en día no podemos conformarnos con el objetivo sociopolítico de crecer en recursos ni circunscribir las condiciones de calidad de estos con el cumplimiento de ciertas condiciones "objetivas" de tipo técnico. Hemos de dar respuesta a una exigencia ciudadana en aumento que demanda nuevas formas de hacer que garanticen el derecho a decidir de quienes precisan cuidados, que conozcan los modos de vida y preferencias individuales, que apoyen que las personas tengan control sobre su vida y cuidados para favorecer su bienestar subjetivo. Hablamos de integrar los requisitos técnicos en un marco de cuidados éticos. Hablamos de proteger y hacer efectivos derechos humanos que, a pesar de haber sido ya reconocidos por distintas declaraciones internacionales,<sup>5,6,7</sup> así como por diferentes organismos europeos<sup>8</sup> y de Latinoamérica,<sup>9</sup> tienden a quedar, en no pocas ocasiones, en meros enunciados. Avanzar con autenticidad hacia centros y servicios orientados a

1. KOREN, M.J., "Person-Centered Care for Nursing Home residents: The Culture-Change Movement", *Health Affairs*, 29, Nº 2, 2010, pp.321- 317.

2. AGE Platform Europe & EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Ederly), *Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo*, AGE&EDE, Europa, 2012.

3. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*, WHO, Service Delivery and Safety, Ginebra, Suiza, 2015.

4. BROWNIE, S., & NANCARROW, S., "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review", *Clinica lnterventions in Aging*, N 8, 2013, pp. 1-10.

5. ONU, Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948, 217 A (III). Disponible en: <http://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>. [Fecha de última consulta: 18 de diciembre de 2017].

6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Principios a favor de las personas de edad*, Ginebra, 1991.

7. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Convención Internacional Derechos Personas Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 2006.

8. AGE Platform Europe & EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Ederly), *Carta Europea de Derechos y Deberes de las Personas Mayores que Necesitan Cuidados de Larga Duración y Asistencia*. AGE&EDE, Europa, 2010.

9. ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA), *Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, Asamblea General de los Estados Miembros de la OEA, Washington, 2015. Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental.

las personas puede ser una estrategia valiosa para dar este necesario paso de lo declarativo a lo efectivo.

### La atención centrada en la persona: ¿qué es y qué propone?

La ACP ve "personas" antes que "enfermedades". Desde esta concepción del cuidado, la mirada de quienes cuidan, de quienes acompañan, parte del reconocimiento del otro como ser único, diferente y valioso. Incluso cuando hay un importante deterioro, se identifican las fortalezas del individuo para que pueda seguir desarrollando sus capacidades y manteniendo el máximo control sobre su vida y cuidados, lo que, en ocasiones, ha de realizarse mediante la representación, es decir, apelando al ejercicio indirecto de la autonomía personal a través de terceros, pero sin renunciar a esta.

Desde este enfoque, las decisiones en los centros y servicios no se toman exclusivamente desde criterios técnicos y organizativos. Los cuidados se organizan en el marco de procesos colaborativos con la persona mayor (y, en su caso, con su familia), en los que desde una actitud de escucha y respeto se tienen en cuenta necesidades, situaciones, valores y preferencias de las personas, buscando respuestas deliberadas y consensuadas.

De hecho, los modelos centrados en las personas pretenden armonizar la organización de los servicios con las preferencias y deseos de quienes necesitan atención y cuidados. Desde la ACP, la autonomía personal (entendida como la capacidad y derecho que las personas tenemos para decidir sobre nuestra propia vida) se reconoce como un asunto nuclear en la atención cotidiana y, en consecuencia, la gestión de los servicios se supedita a la calidad de vida de las personas.

Algunos autores<sup>10</sup> han contrapuesto los modelos centrados en la persona con los centrados en el servicio señalando sus diferencias. Entre los aspectos que caracterizan a los primeros frente a los segundos, citan que los modelos ACP ponen su foco en las capacidades

y fortalezas de la persona (frente al déficit y enfermedad); planifican una intervención global en la que proponen planes de vida (frente a la intervención orientada a patologías o alteraciones específicas); las decisiones se comparten con la persona y familia (no las toman solo los profesionales); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad y utilizan un lenguaje cercano y accesible.

La ACP parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona con independencia de su estado físico, mental u otras circunstancias sociopersonales. Entre los elementos definitorios suelen ser destacados el reconocimiento de cada persona como ser global, singular y valioso junto con su derecho a la gestión de la propia vida y a decidir sobre sus cuidados. Esta visión del buen cuidado aporta elementos metodológicos innovadores como el cuidado basado en la historia de vida,<sup>11</sup> la planificación centrada en la persona<sup>12</sup> o los profesionales de referencia.<sup>13</sup> Además, enfatiza el papel del entorno como facilitador (o barrera) de la ACP, cobrando gran relevancia elementos como una actividad cotidiana significativa,<sup>14</sup> el diseño de espacios físicos hogareños<sup>15</sup> o las variables organizativas de los servicios.<sup>16</sup>

10. LÓPEZ, A.; MARIN, A.I., y DE LA PARTE, J.M., "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica", *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 35(1), Nº 210, Siglo Cero, 2004.

11. MCKEOWN, J.; CLARKE, A.; INGLETON, C.; RYAN, T. & REPPER, J., "The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care", *International Journal of Older People Nursing*, Nº 5, 2010, pp. 148-158.

12. SEVILLA, J.; ABELLÁN, R.; HERRERA, G.; PARDO, C.; CASAS, X. y FERNÁNDEZ, R., *Un concepto de planificación centrada en las personas para el siglo XXI*. Fundación Adapta, 2009.

13. MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuaderno práctico Nº 7. El profesional de referencia en centros*, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, Álava, 2014.

14. SANCHO, M. y YANGUAS, J., "Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos", en RODRÍGUEZ, P. (eds.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Tecnos, Madrid, 2014.

15. REGNIER, V., "Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva", en RODRÍGUEZ, P. (eds.), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia*, Fundación Caser para la Dependencia, Madrid, 2012, pp. 123-153.

16. MARTÍNEZ, T., *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2016.

## Terminología y acepciones de la ACP

La ACP no cuenta con una definición consensuada ni tampoco se viene expresando con una denominación única.

En el campo sanitario, el término "Patient-centered Care" (atención centrada en el paciente) es quizás el más frecuente, aunque también se utilizan otros, como "Patient-centred Medecine" (medicina centrada en el paciente), "Patient-centered Practice" (prácticas centradas en el paciente) o "Patient-centered Care" (cuidados centrados en el paciente).<sup>17</sup> La tendencia actual es sustituir el término "paciente" por "persona" al considerarse que este último es más coherente con el mensaje principal del enfoque: reconocer a la persona como sujeto activo y situarla en el centro del proceso asistencial y de la toma de decisiones.<sup>18</sup> Así mismo, expresiones como *Person-centered Care* (atención centrada en la persona), *Personalized Care or Practice* (atención o práctica personalizada) o *Individualized Care* (atención individualizada) o *Humanización de la atención* son actualmente usadas para denominar este modo de comprender la relación asistencial y la provisión de cuidados.

Otra denominación utilizada, fundamentalmente en Norteamérica, es la de *Person-Directed Care*, que puede ser traducida por *atención dirigida por la persona*. Esta expresión subraya el importante matiz de que es precisamente la propia persona mayor quien debe tener el control y, por tanto, quien debe dirigir su atención y cuidados, especialmente en cuanto al transcurso de lo cotidiano.<sup>19</sup>

En el ámbito de la atención a las personas con discapacidad, se viene utilizando el término *Person-centered Planning* (planificación centrada en la persona), que también quiere acentuar el objetivo clave del desarrollo de la autodeterminación en quienes, a pesar de presentar necesidades de apoyo, siguen teniendo derecho a ejercer control sobre su propia vida y a desarrollarla en un contexto normalizado y no segregador.

Aunque las diversas expresiones mencionadas ponen de relieve matices importantes, comparten el respeto al ejercicio de la autonomía de las personas usuarias de los servicios y la apuesta por una provisión de apoyos personalizados para que estas puedan ejercer de un modo efectivo un rol activo en la planificación de su atención, teniendo en cuenta su singularidad, su biografía y respetando sus valores, preferencias y deseos.

La ACP viene siendo definida, principalmente, como un enfoque de la atención, es decir, como un conjunto de valores rectores que, a su vez, se derivan de una visión determinada de las personas que precisan cuidados. Sin embargo, tampoco se ha llegado a una definición de la ACP consensuada. De hecho, existen numerosas definiciones que varían, sobre todo, en función del ámbito asistencial. Esta diversidad puede tener que ver con el hecho de que la ACP hace referencia a un constructo complejo y multidimensional donde distintos componentes entran en juego en cada contexto aplicado, tanto en relación con las prácticas profesionales que permiten una atención personalizada como con factores del entorno que la apoyan o dificultan. En referencia a las personas en situación de discapacidad o dependencia, resulta de especial interés la definición ofrecida por Rodríguez (2010),<sup>20</sup> quien afirma que la atención integral centrada en la persona "es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva".

A pesar de la mencionada diversidad terminológica y conceptual, sí cabe afirmar la existencia de cierto consenso en cuanto a los valores fundamentales que propone la ACP. En el decálogo que se muestran en el Cuadro 1, se resumen las diez asunciones que según una propuesta propia recientemente actualizada<sup>21</sup> pueden caracterizar este enfoque de atención aplicado a las personas mayores.

17. DE SILVA, D., *Helping measure person-centred care*, The Health Foundation, Londres, 2014.

18. MEZZICH, J.E., "Reassessing the Focus of Medical Practice: From Diseases to Human Beings", *Acta Med Per*, 27(2), 2010, pp. 148-150.

19. CENTER FOR EXCELLENCE IN ASSISTED LIVING, *Person-centered Care in Assited Living: An informational guide*. Disponible en: <http://www.theceal.org>, Last retrieval, 15/12/2017.

20. RODRÍGUEZ, P., "La atención integral centrada en la persona", *Informes Portal de Mayores*, N° 116, Imserso, Madrid, 2010.

21. MARTÍNEZ, T., *Decálogo de la atención gerontológica centrada en la persona*. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>. [Fecha de última consulta: 15/12/2017].

**Cuadro N° 1 Decálogo de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona (Martínez 2013, revisado en 2017).**

**Decálogo de la atención gerontológica centrada en la persona**

**1. Todas las personas tenemos dignidad.** Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia sociopersonal, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

**2. Cada persona es única.** Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.

**3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.** La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, esta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

**4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida.** La persona mayor se considera un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar oportunidades y apoyos para que estas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

**5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía.** La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su

ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

**6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades.** Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en las fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de estas.

**7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.** Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación con el bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.

**8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal.** Lo cotidiano, lo que sucede en el día tras día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes con sus intereses. Actividades que, además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.

**9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde la interdependencia.** Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener

relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia. Por tanto, los otros —los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios— son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un rol clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo. También las personas mayores, incluso cuando tienen un deterioro importante, deben ser valoradas como alguien que aporta y contribuye al bienestar de otros y recibir apoyos para que esto así sea y así se visibilice.

**10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios.** En las personas mayores, interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

Además, la ACP también viene siendo formulada o descrita desde modelos e intervenciones afines a esta filosofía de atención. En este sentido, puede resultar clarificador señalar que conviven tres acepciones o niveles en cuanto a la aplicación de la ACP: el enfoque, los modelos y las intervenciones.<sup>22</sup> Conviene distinguir estos tres niveles porque, en ocasiones, pueden llegar a confundirse, como cuando se enuncia el enfoque (nivel declarativo) en un servicio sin que luego este se concrete en los procesos asistenciales y en las intervenciones. O viceversa, cuando se cae en el error de identificar la implantación de un modelo ACP en un centro con la aplicación aislada de medidas o intervenciones específicas

(por ejemplo, con la eliminación de sujeciones o la puesta en marcha de algunas terapias innovadoras). Poner en marcha ciertas medidas no significa, necesariamente, haber logrado implementar una filosofía ACP o un modelo global acorde con ella en centro o servicio.

### **Origen y evolución de la ACP en los cuidados de larga duración a personas mayores**

El origen de la ACP se suele atribuir a Carls Rogers (1961) y a su principal contribución en el ámbito de la psicoterapia, la terapia centrada en el cliente.<sup>23</sup>

Rogers parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. En este proceso de cambio, se enfatiza la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta (la capacidad de aceptación incondicional del otro, la empatía y la autenticidad) para el buen resultado de la terapia, donde un rol no directivo se considera un elemento esencial.

Las propuestas rogerianas han sido trasladadas a diferentes ámbitos en los que los profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación (la atención centrada en el alumno), la salud (la medicina y salud centrada en el paciente o persona) o la discapacidad (la planificación centrada en la persona). En cuanto al desarrollo de la ACP en personas mayores, las principales aportaciones se han producido en los cuidados de larga duración. Concretamente su aplicación ha tenido una especial relevancia en dos campos: la atención a las personas con demencia y las alternativas residenciales al modelo institucional tradicional.

#### **La ACP en personas con demencia**

La primera vez que se habló de ACP en gerontología fue precisamente en la atención a las personas con demencia. El británico Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de Bradford (*Bradford Dementia Group*), fue quien acuñó el término *atención centrada en*

22. MARTÍNEZ, T., *La atención gerontológica centrada en la persona*, Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, Álava, 2011.

23. ROGERS, C., *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, Constable, Londres, 1961.

la persona con demencia, al argumentar la urgencia de revisar los modos de atención existentes. Su publicación, *Demencia reconsidered: The person came first*,<sup>24</sup> enfatizó la necesidad de situar a la persona en primer lugar, antes que la enfermedad.

Según Kitwood, la presentación de la demencia no solo depende del daño neurológico existente, sino que existen otros factores que en su interacción resultan determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar individual, destacando la importancia de la personalidad, la biografía, la salud y el entorno social que rodea a la persona con demencia. Este autor puso de relieve el decisivo rol de quienes acompañan a la persona con demencia en relación con su expresión emocional/conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los cuidadores. Incidió en que la falta de comprensión de las necesidades de las personas con demencia y una interacción negativa y poco comprensiva con estas (lo que calificó de *psicología social maligna*), podía ser la causa de muchas alteraciones de conductas, que no son sino la forma en que las personas con demencia expresan un malestar atribuible a necesidades psicológicas y sociales no cubiertas.

Posteriormente, Down Brooker, también miembro del Grupo de Demencias de Bradford, propuso el modelo VIPS, en el que formula mediante una ecuación los cuatro elementos constitutivos de la atención centrada en la persona con demencia ( $PPC = V + I + P + S$ ). La V hace referencia a la valoración de la persona con demencia, así como de las personas que están a su cuidado; la I, al trato individualizado; la P, a la perspectiva de la persona con demencia, y la S, al entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar. Esta autora, además, ha diseñado la *Care Fit for VIPS Toolkit*, una herramienta que permite evaluar la calidad de los servicios según este modelo, incluyendo para cada uno de estos cuatro componentes distintos indicadores que permiten conocer el progreso en la mejora de los servicios.<sup>25</sup>

Además, el grupo de Bradford ha elaborado el *Dementia Care Mapping*,<sup>26</sup> un instrumento de observación para evaluar la calidad de vida de las personas con demencia avanzada que asume el enfoque ACP que está siendo muy utilizado en distintos países. Su interés radica en su pretensión de sintonizar con el punto de vista de las personas con demencias, registrando desde la observación externa la interacción de los cuidadores con estas. El sistema de observación identifica detractores y potenciadores personales, lo que permite, una vez registrados, establecer líneas de mejora para favorecer el bienestar de las personas usuarias a través de la modificación ambiental y, principalmente, desde una interacción más positiva de los profesionales.

Esta mirada psicosocial de la demencia, donde la enfermedad o patología no es el aspecto único ni predominante, también la comparten otros modelos de intervención que asumen los principios de la ACP, como es el Modelo de las Necesidades No Cubiertas en las Demencias, el Modelo del Descenso del Umbral del Estrés, la Teoría de los Roles y la Autoidentidad o el Método de Estimulación de las Capacidades de las Personas con Demencia desde las actividades cotidianas de María Montessori. Propuestas que suponen un giro importante en el abordaje de las personas con demencia y abren nuevas alternativas en las intervenciones.<sup>27</sup>

Finalmente, cabe destacar lo que han supuesto las aportaciones de la ACP en la atención a personas con deterioro cognitivo severo. En la revisión realizada por Edvardsson, Winblad, & Sandman (2008)<sup>28</sup> sobre la ACP aplicada a personas con enfermedad de Alzheimer de grado severo, se pone de relieve la importancia de que estas sigan siendo reconocidas desde su cualidad de "personas" y cómo esa consideración —existente o inexistente— influye en la definición del buen cuidado.

Estos autores argumentan que las personas que están en una fase avanzada de la enfermedad de Alzheimer, debido a su importante e irreversible deterioro

24. KITWOOD, T., *Dementia reconsidered: the person comes first*, Open University Press, Maidenhead- Berkshire, 1997.

25. BROOKER, D., *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*, Jessica Kingsley, Londres, 2007.

26. BRADFORD DEMENTIA GROUP, *Dementia Care Mapping. DCM 8th*, University of Bradford, Bradford, 2005.

27. MITTY, E.; FLORES, S., "Assisted Living Nursing Practice: The Language of Dementia: Theories and Interventions", *Geriatric Nursing*, Vol. 28, Issue 5, 2007, pp. 283-288.

28. EDVARDSSON, D.; WINBLAD, B. & SANDMAN, P.O., "Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward", *The Lancet Neurology*, 7, 4, 2008, pp. 362-367.

cognitivo, tienden a ser percibidas por quienes las cuidan como sujetos carentes de "personalidad". Desde esta apreciación, el buen cuidado se tiende a identificar con la atención exclusiva de las necesidades físicas (alimentación, seguridad, higiene, hidratación, control del dolor, etc.), ignorando las necesidades psicosociales, lo que puede conducir a la "cosificación" y despersonalización de la atención. Si, por el contrario, se concibe que las personas con una demencia severa mantienen, en parte, su personalidad, el concepto de buena atención incluye, además de la atención a sus necesidades físicas, objetivos como mantener la comunicación y procurar un entorno adecuado que cubra las necesidades psicosociales y, en consecuencia, un cuidado que va mucho más allá de la mera realización de un conjunto de tareas asistenciales.

En esta línea, Edvardsson et ál. (2008) han sintetizado seis aspectos que caracterizan la ACP en relación con las personas con una enfermedad de Alzheimer avanzada: a) considerar que la personalidad en las personas con demencia se "oculta" frente a la idea de que se pierde totalmente; b) conocer la singularidad de la persona con demencia en los diferentes aspectos del cuidado; c) ofrecer una atención y entornos personalizados; d) posibilitar las decisiones compartidas; e) interpretar la conducta desde la perspectiva de la persona, y f) dar la misma importancia a los aspectos relacionales que a las tareas asistenciales.

### **Las alternativas críticas al modelo residencial tradicional**

En segundo lugar, como anteriormente se ha mencionado, diferentes países han promovido programas para mejorar los servicios de salud y los cuidados de larga duración a personas mayores tomando como referente principal el enfoque ACP, especialmente para reorientar el modelo residencial institucional.

Haciendo un breve resumen (para ampliar esta información se recomiendan las publicaciones que figuran a pie de página)<sup>29 30</sup> de lo que ha sido y supues-

to este recorrido, hay que recordar que los países nórdicos fueron los pioneros en este movimiento de cambio, abanderando ya en los años 60 el paso de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos para personas mayores con distintos grados de dependencia.

Este movimiento se fue extendiendo por distintos países de Europa y cobró una especial fuerza a partir de los 90 cuando la Comisión Europea auspició la creación de la Red Salmon (*Saumon Group*). Desde esta iniciativa, se impulsaron las llamadas *unidades de convivencia*, ideadas fundamentalmente para personas con demencia, también llamadas *viviendas compartidas* o *Cantou* (en Francia), que se fueron desarrollaron por Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia. Esta concepción, de pequeñas casas, sigue siendo en la actualidad en estos países un importante referente para la reorientación de las grandes e institucionales residenciales construidas desde una visión hospitalaria.

Resulta de especial interés el movimiento norteamericano conocido como *The Culture-Change Movement*,<sup>31</sup> que lidera desde hace décadas un importante proceso de cambio cultural en las residencias para personas mayores. Ante los informes y denuncias de un grupo de presión de consumidores sobre la protección de derechos y la calidad en estos establecimientos, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA 1987 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) en la que se formuló un nuevo marco normativo para las residencias. Se buscaba superar el modelo asistencial institucional sanitario por un modelo de verdadero hogar desde una atención centrada en la persona. De ahí surgieron iniciativas, como el *Household Model*, la alternativa *Eden*, el *Wellspring Model* y las *Green Houses*.

Todas estas iniciativas residenciales innovadoras tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que en España se ha traducido como el *modelo hogareño* o *housing*. De partida, el modelo *Housing* aboga por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando estas presentan niveles

29. MARTÍNEZ, T., *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, Fundación Píares para la Autonomía Personal, Madrid, 2016.

30. RODRÍGUEZ, P., *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*,

Fundación Caser para la Dependencia, Madrid, 2013.

31. KOREN, M.J., "Person-Centered Care for nursing Home residents: The Culture-Change Movement". *Health Affairs*, 29, 2, 2010, pp. 321-317.



importantes de dependencia. Sin embargo, cuando la persona, por diferentes motivos, no pueda seguir viviendo en su casa, se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que, además de proporcionar cuidados profesionales a lo largo de todo el día, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir "fuera de casa, pero como en casa".<sup>32</sup>

Los alojamientos profesionales que se proponen desde el paraguas *Housing* buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, de quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Cabe subrayar algunas características comunes que aparecen recogidas en el Cuadro N° 2.

**Cuadro N° 2. Algunas características de los alojamientos enmarcados en el Modelo *Housing*. Adaptado y ampliado de: VV.AA. Libro Blanco Dependencia, 2004; (Rodríguez, 2012).**<sup>33 34</sup>

#### Elementos del modelo residencial hogareño o *housing*

Ofrecen un ambiente cálido, "hogareño", agradable, personalizado y significativo. Se busca la **sensación de hogar**, se evitan los elementos que recuerdan a ambientes institucionales.

Combinan la **existencia espacios privados** que garanticen la intimidad (habitación y baño propio) con **otros de uso colectivo** que potencian la actividad social (salón, comedor, cocina, jardines, etc.).

Permiten y animan a que las personas lleven sus **propiedades** (muebles, pertenencias) para construir un hogar propio y

significativo y decoren sus **habitaciones de modo absolutamente personalizado**.

Apuestan por lograr un **modo de vida parecido al hogar** y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc.).

Cuando se opta por organizar el centro mediante unidades de convivencia, estas son de **tamaño reducido** (no más de 12/15 personas mayores) y tienen **cuidadores profesionales de asignación estable (sin rotación)**.

La organización de la actividad cotidiana la decide el propio grupo de convivencia. Se apuesta por la **autoorganización** entre profesionales de atención directa y personas mayores. También colaboran familias y voluntarios.

Proporcionan una atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluida la **asunción de ciertos riesgos**.

Ofrecen **atención profesional durante las 24 horas**, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.

Defienden la **idea de vivienda para toda la vida**, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean, hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.

Otorgan a las **familias y allegados** un rol central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad. Las familias colaboran en los cuidados y en la vida cotidiana, pues tienen un papel y presencia importante.

Son **recursos integrados en el entorno**. Facilitan salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar servicios culturales...) y el contacto con los vecinos y la comunidad.

32. DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M., "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa", *Informes Portal Mayores*, N° 132, Imsero, Madrid, 2012.

33. IMSERSO, Atención a las personas en situación de dependencia en España, Imsero, Madrid, 2005.

34. RODRÍGUEZ, P., "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir", *Actas de la Dependencia*, 3, 2012, pp. 6-40.

## La importancia de aplicar la ACP desde modelos globales. El modelo ACP-Gerontología.

Un aspecto primordial en la aplicación de la ACP en los servicios gerontológicos es evitar que esta se limite a aspectos aislados o anecdóticos. No llegar a comprender su profundidad y alcance, la imprescindible globalidad que precisa su implementación, supone un riesgo importante para el avance real de este nuevo enfoque de atención. La ACP implica cambios a distintos niveles (visión y valores del servicio, actitudes, prácticas, ambientes, criterios organizativos, metodologías, etc.) y, por tanto, precisa de modelos globales que contemplen los distintos niveles de la cultura organizacional del servicio.

En este sentido, el modelo ACP-Gerontología,<sup>35</sup> proyecto en fase de validación de los distintos instrumentos que lo integran, surge con el propósito de facilitar y poder monitorizar planes de mejora globales y para ello propone un modelo que integra un total de diez componentes. La selección de estos componentes se realizó tras revisar las publicaciones técnicas y científicas existentes en el campo de la ACP en servicios gerontológicos, tanto referidas a modelos de atención como a instrumentos de evaluación.

Sus componentes se agrupan en torno a dos grandes dimensiones. La primera dimensión denominada *Prácticas centradas en la persona* hace referencia tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas como a las diversas interacciones comunicativas informales que los cuidadores formales mantienen en el cuidado a lo largo del día. Incluye cinco componentes: conocimiento, autonomía, comunicación, individualización/bienestar e intimidad. La segunda dimensión, *Entorno facilitador de la ACP*, incluye un total de cinco componentes (actividad cotidiana, espacio físico, familia y amistades, comunidad y organización) al ser considerados elementos importantes para facilitar, o en su caso obstaculizar, la aplicación de prácticas centradas en la persona.

El modelo, en cuanto a su estructura y a la definición de sus componentes, ha sido validado por un grupo de

22 expertos/as nacionales en gerontología y atención centrada en la persona. El grupo era interdisciplinar e incluía especialización diversa en materias consideradas importantes en la definición de un cuidado centrado en la persona (medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, gestión e inspección de servicios sociales, ética, etc.).

Los diez componentes fueron considerados por el grupo como elementos de alta pertinencia (puntuaciones medias en un rango entre 9,9 y 8,6). Las aportaciones realizadas avalaron la estructura del modelo y enriquecieron la definición de los componentes. En el cuadro Nº 3, se recogen las definiciones finales de los diez componentes propuestos.

### Cuadro Nº 3. Dimensiones y componentes del modelo ACP-Gerontología (Martínez, 2017).

#### Dimensión 1. Prácticas centradas en la persona

##### 1. Conocimiento

Grado en que los/as profesionales del servicio reconocen a las personas mayores que atienden como seres singulares y valiosos, conociendo sus biografías, sus valores, los hábitos y actividades que les generan bienestar (o malestar) en la vida cotidiana y sus preferencias en los cuidados.

##### 2. Autonomía

Grado en que el centro y sus profesionales permiten y apoyan que las personas mayores tomen sus propias decisiones, participen en la atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana. En el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado, grado en que estas decisiones se toman teniendo en cuenta la historia de vida, valores y observación del bienestar de la persona.

##### 3. Comunicación

Grado en que los/as profesionales se relacionan con las personas mayores de una forma

35. MARTÍNEZ, T., "Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la atención centrada en la persona", en *Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica*, 31(3), Buenos Aires, 2017, pp. 83-89.

respetuosa y potenciadora, logran comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de estas, incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo.

#### **4. Individualización/bienestar**

Grado en que la atención dispensada es flexible y se adapta a las necesidades y preferencias de cada persona mayor buscando tanto su bienestar físico como emocional.

#### **5. Intimidad**

Grado en que se protege la intimidad de las personas mayores, tanto en las atenciones corporales como en la protección de su información personal y asuntos más íntimos (problemas de salud, ideología, espiritualidad, afectividad, necesidades/orientación sexual, etc.).

### **Dimensión 2. Entorno facilitador de ACP**

#### **6. Actividad cotidiana**

Grado en que el centro y sus profesionales proponen actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores y ofrecen apoyos para que estas participen si así lo desean.

#### **7. Espacio físico**

Grado en que el espacio físico del centro está orientado a las personas mayores al ser accesible, seguro, personalizado, y ofreciendo un ambiente confortable y hogareño.

#### **8. Familia y amistades**

Grado en que las familias (o amistades muy allegadas) pueden y son animadas a implicarse en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la actividad cotidiana del centro.

#### **9. Comunidad**

Grado en que el centro estimula el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrecen

apoyos para que las personas mayores puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro.

#### **10. Organización**

Grado en que la organización explícita y lidera un modelo ACP, forma y apoya a sus profesionales, utiliza metodologías facilitadoras, es flexible y modifica su sistema organizativo para que ello sea posible.

### **Evidencias empírica sobre las aplicaciones de la ACP**

En estos últimos años, se han incrementado notablemente las publicaciones científicas dirigidas a conocer los efectos de las aplicaciones afines a la ACP en distintos contextos de cuidados.

En el campo de la salud y los servicios sanitarios, resultan de especial interés las publicaciones de *National Voices*,<sup>36 37 38 39 40</sup> en las que se revisó un importante número de estudios relacionados con cinco elementos clave en la ACP en salud: a) el autocuidado, b) las decisiones compartidas, c) la experiencia del paciente en consulta, d) la información y comprensión del paciente y d) la prevención. Para cada uno de ellos se detallan los resultados encontrados en distintas intervenciones, señalando si se evidencian mejoras en relación con el grado de conocimiento de los pacientes, con su satisfacción, con el uso y coste de los servicios y con datos objetivos de salud. Los resultados apuntan, en general, lo beneficioso de este tipo de aproximaciones y especialmente de algunas de las intervenciones evaluadas.

36. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Supporting self-management, National Voices, UK, 2014.

37. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Supporting shared decision-making, National Voices, UK, 2014.

38. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Enhancing experience supporting, National Voices, UK, 2014.

39. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Improving information and understanding, National Voices, UK, 2014.

40. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Promoting prevention, National Voices, UK, 2014.

**Tabla 1. Resumen de efectos encontrados de aplicaciones ACP en residencias: personas mayores, familias y profesionales de atención directa.**

Efectos de aplicaciones ACP en residencias		Estudios
<b>En personas mayores</b>	<p>Reducción de la agitación y el malestar emocional de las personas con demencia. Ningún estudio encuentra efectos negativos en cuanto al incremento de malestar o agitación.</p> <p>Incremento de la calidad de vida, especialmente de personas con demencia avanzada.</p> <p>Resultados no concluyentes en relación con efectos positivos en nivel cognitivo o funcional.</p> <p>Mayor implicación en el entorno de las personas con demencia.</p>	<p>Ballard et ál., 2018; Bergman-Evans, 2004; Chenoweth et ál., 2014; Moniz et ál., 2003; Robinson &amp; Roshe, 2006; Sloane et ál., 2004; Zimmerman et ál., 2013.</p> <p>Ballard et ál., 2018; Chenoweth et ál., 2014; Díaz-Veiga et ál., 2014; García-Soler et ál., 2017; Kane et ál., 2007; 2014; Nakanishi et ál., 2012; Poey et ál., 2017; Sjogren et ál., 2013; Terada et ál., 2013; Yasuda &amp; Sakakibara, 2017.</p> <p>Ballard et ál., 2018; Chang et ál., 2013; Coleman et ál., 2002; Te Boekhorst et ál., 2009; Terada et aa., 2013; Verbeek et ál., 2010; Chang et ál., 2013; Coleman et ál., 2002; Sjogren et ál., 2013; Te Boekhorst et ál., 2009; Verbeek et ál., 2010.</p> <p>Ashburner et ál., 2004; García-Soler et ál., 2017; Morgan-Brown et ál., 2013.</p>
<b>En familias</b>	<p>Mayor satisfacción con la atención.</p> <p>Aumento de la implicación en el cuidado y mayor percepción de apoyo dispensado a las familias desde el centro.</p>	<p>Díaz-Veiga et ál., 2014; Lum et ál., 2008; McKeown et ál., 2010; Poey et ál., 2017; Robinson &amp; Roshe, 2006; Lum et ál., 2008; McKeown et ál., 2010.</p>
<b>En profesionales de atención directa</b>	<p>Mejora de actitudes empáticas y prácticas de atención personalizada.</p> <p>Incremento de la satisfacción laboral.</p> <p>Disminución del estrés laboral y de los factores implicados en el estrés laboral (disminución de la percepción de demanda, aumento de la percepción de autonomía y del apoyo recibido).</p> <p>Reducción del estrés de conciencia.</p> <p>Reducción de los factores implicados en el síndrome Burnout (agotamiento emocional, despersonalización en la atención y baja realización personal en el trabajo).</p>	<p>Alfredson &amp; Anneerstedt, 1994; Ashburner et ál., 2004; Berkhout et ál., 2003; Hoeffler et ál., 2006; McCormack et ál., 2010; Passalacqua &amp; Harwood, 2012; Zimmerman et ál., 2014.</p> <p>Alfredson &amp; Anneerstedt, 1994; Ashburner et ál., 2004; Dilley &amp; Geboy, 2010; McCormack et ál., 2010; Roen et ál., 2017; Te Boekhorst et ál., 2008; Van del Pol-Grevelink et ál., 2012.</p> <p>Dilley &amp; Geboy, 2010; Edvardsson et ál., 2014; Hayajneh &amp; Shehadeh, 2014; Martínez, 2015; McCormack et ál., 2010; Passalacqua &amp; Harwood, 2012; Te Boekhorst et ál., 2008; Van del Pol-Grevelink et ál., 2012; Zimmerman et ál., 2014.</p>

En relación con las evidencias de aplicaciones de la ACP en servicios gerontológicos, cabe mencionar el trabajo realizado por Brownie y Nancarrow (2013),<sup>41</sup> en el que se analizaron intervenciones llevadas a cabo en

alojamientos enmarcados en el modelo hogareño. Esta revisión destaca que en los centros acogidos a la Alternativa Eden se describen mejoras en el estado de ánimo de los residentes —disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza—,<sup>42</sup> así como una reducción

41. BROWNIE, S. & NANCARROW, S., *Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review*, *Clinical interventions in Aging*, 8, 2013, pp. 1-10.

42. BERGMAN-EVANS, B., "Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues", *J Gerontol/Nurs.* 30, 2004, pp. 27-34.

de la depresión;<sup>43</sup> y que además en otra investigación sobre el modelo *Green Houses* se identifican mejoras de la calidad de vida percibida en los residentes alojados en estos centros frente al grupo control (modelo residencial institucional).<sup>44</sup>

En otra revisión más reciente de aplicaciones ACP en contextos residenciales,<sup>45</sup> incluidos tanto estudios transversales (comparan centros residenciales institucionales con modelos *housing*) como estudios longitudinales (centros evaluados antes y después de llevar a cabo un proceso de formación y aplicación de la ACP) se concluye, en general, el hallazgo de efectos positivos tanto para las personas mayores, como para las familias y para los profesionales de atención directa. En la Tabla 1 se resumen los principales efectos encontrados. Las referencias completas de los estudios citados pueden ser consultadas en la revisión anteriormente citada.

Aun siendo necesario contar con más estudios que avalen estas primeras conclusiones y, sobre todo, trabajos que detallen los efectos en relación con los distintos componentes que definen los modelos e intervenciones afines a la ACP en los distintos contextos de cuidados (residencias, diurnos, domiciliarios), no parece aventurado concluir que estos modelos muestran efectos positivos no solo para las personas mayores, especialmente para aquellas con mayor deterioro, sino también para los profesionales de atención directa y, en consecuencia, para las organizaciones.

Sin negar la importancia y la necesidad de que las aplicaciones de modelos e intervenciones afines a la ACP vayan de la mano y orientación de la evidencia científica, no debemos perder de vista que lo que este enfoque persigue es la corrección ética del cuidado. Es decir, su principal base o fundamentación es de naturaleza ética, en cuanto que es un enfoque que parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona mayor,

con independencia de su estado o circunstancia y que, en consecuencia, busca y exige un trato respetuoso mediante de intervenciones profesionales que se orientan desde valores muy determinados (los que han sido señalados anteriormente).

La ética, y no la ciencia, es la que debe orientar hacia el qué de la atención (señalando los principios orientadores del buen hacer) desde una reflexión del por qué de su bondad (la búsqueda del bien o la buena vida de las personas que conviven). La evidencia científica, entendida como una de las formas de conocimiento, aporta datos y conclusiones que pueden y deben orientarnos sobre la efectividad de las intervenciones en relación con objetivos propuestos, sobre los modos más eficientes de lograrlos y también sobre las desviaciones o efectos negativos no esperados. Nos orienta, por tanto, sobre el cómo.

Desde esta argumentación, la ausencia de resultados significativos sobre la efectividad de algunas intervenciones ACP, donde las dificultades metodológicas son importantes (como no podría ser de otra manera dada la complejidad del objeto de estudio), no deberían conducir a un cuestionamiento del qué.

### **La atención centrada en la persona, un largo viaje por recorrer**

El enfoque ACP, que como hemos visto cuenta ya con cierto recorrido en el ámbito internacional, es todavía muy inicial en los recursos gerontológicos españoles y latinoamericanos.

En lo que atañe a las residencias, cabe afirmar que todavía hoy se inspiran, mayoritariamente, en modelos asistenciales institucionales. Incluso algunos centros de novedosas instalaciones y esmerada apariencia, pecan de una atención escasamente personalizada y cuentan con un modelo organizativo que, frecuentemente, hace muy difícil que las personas tengan control real sobre sus cuidados y su actividad cotidiana. Decisiones como a qué hora levantarse, acostarse, qué actividades realizar, dónde comer, cómo pasar el día o con quién estar, cuando la persona precisa ayuda, son organizados desde el centro, sin tener en cuenta las costumbres y deseos de esta, quien debe acatar y

43. ROBINSON, S.B. & ROSHE, R.B., "Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment", *J GerontolNurs*, 32, 2006, pp. 19-27.

44. KANE, R.A.; LUM, T.Y.; CUTLER, L.J.; DEGENHOLTZ, H.B. & YU, T.C., "Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program", *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 2007, pp. 832-839.

45. MARTÍNEZ, T., *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2016.

acostumbrarse a estas rutinas.<sup>46</sup> Las decisiones sobre qué cuidados se precisan y cómo deben ser dispensados las suelen tomar los profesionales contando poco las preferencias, rechazos y deseos de quien los recibe.

Las habitaciones, habitualmente compartidas sin que esto responda a una libre elección, restringen seriamente la privacidad de las personas y la especialmente posibilidad de mantener relaciones afectivo-sexuales en espacios que garanticen la intimidad.<sup>47 48 49</sup>

Se siguen construyendo residencias de gran tamaño que toman como referencia el modelo arquitectónico y organizativo hotel/hospital, ignorando el conocimiento empírico que señala el modelo hogareño como una alternativa mejor para generar bienestar y calidad de vida, especialmente cuando las personas tienen una demencia.<sup>50</sup>

Nos encontramos en un momento de creciente interés hacia la ACP, pero hemos de ser conscientes de que todavía no cuenta con suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional. En el plano declarativo, estamos avanzando, cada vez hay mayor conciencia y reflexión sobre la necesidad de un giro en la mirada hacia la calidad de los servicios, donde lo material y organizativo debe estar supeditado a objetivos de calidad de vida significativos para las personas.

Estamos en un momento clave en el que es necesaria una apuesta clara, inequívoca, pública y privada que lleve a la práctica los nobles y comúnmente aceptados

principios y enunciados de la ACP. Y esto no es algo fácil ni siempre es lo realmente buscado.

Esta situación en la que al alto interés se añade una insuficiente aplicación y una escasa evaluación de estas nos sitúa en un proceso de construcción de nuevos modelos de atención gerontológica, a la vez que nos enfrenta a numerosos retos a los que dar respuesta y también a ciertos riesgos que deberemos evitar.

Propone retos que implican a muchos agentes: profesionales, familias, personas mayores, administraciones públicas, empresas privadas, organizaciones sindicales, movimiento asociativo, sociedades científicas y universidades. Retos que, como tales, abren nuevos horizontes y alientan una especial motivación, pero que, a su vez, también requieren de un gran esfuerzo y de una actitud abierta a la revisión y a la innovación.<sup>51</sup>

En primer lugar, nos enfrentamos al reto de recuperar/construir un nuevo rol profesional. La ACP plantea una forma de relación con las personas mayores basada en su empoderamiento desde una atención profesionalizada. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de potenciación de la autonomía de las personas.

En segundo lugar, hemos de ser conscientes de que la aplicación de estos modelos hace necesario promover cambios en distintos ámbitos. En el diseño arquitectónico y la configuración de los espacios físicos de los centros, especialmente de las residencias; en los modelos de gestión/organización del centro (procesos, protocolos, programas, normas), para que sean acordes con este modelo de atención; en las normativas (autorización, inspección y acreditación), para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención, o en los sistemas de evaluación de la calidad, que se centran solo en la calidad de la gestión.

Además tenemos que ser capaces de lograr un modelo eficiente y sostenible. Es necesario realizar estudios que ofrezcan información sobre el coste de los distintos modelos en nuestro contexto y explorar nuevas fórmulas organizativas que faciliten su implementación.

46. Entrevista publicada en la revista *N3WS Tercera Edad* "Estamos solo en el inicio de un cambio de modelo asistencial". *N3WS Tercera Edad*, Nº 37, marzo de 2016. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/articulos%20prensa/news3edadmRZO2016.pdf>. [Fecha de última consulta: 12/12/2017].

47. V.V.AA., "Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales", *Serie Ética y Servicios Sociales*, Nº 2, Consejería de Derechos y Servicios Sociales del Principado de Asturias, Oviedo, 2016.

48. VILLAR, F.; TRIADÓ, C.; CELDRÁN, M. y FABÀ, J., *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*, Imsero, Madrid, 2011.

49. VILLAR, F.; CELDRÁN, M.; FABÀ, J.; SERRAT, R. y MARTÍNEZ, T., *Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2017.

50. DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M., "Unidades de convivencia. Alojamiento de personas mayores para 'vivir como en casa'", *Informes Portal Mayores*, nº 132, Imsero, Madrid, 2012.

51. MARTÍNEZ, T., "La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores", *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, Nº 41, 2013, pp. 209-231.

Finalmente, nos enfrentamos al reto de generar una nueva cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a la persona. La implantación de sistemas de calidad en los recursos gerontológicos es reciente y se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión. Es imprescindible generar una nueva visión y cultura de la calidad en servicios sociales, no otorgando a la protección y a la seguridad la categoría de criterios únicos. Criterios relacionados con la calidad de vida en los que dimensiones como la autodeterminación o el bienestar emocional tengan un peso determinante.

Para concluir este artículo, quiero insistir de nuevo en que hemos de ser conscientes de que la ACP supone un cambio de visión sobre las personas mayores, sobre la apreciación del buen cuidado y, en suma, de la cultura de nuestras organizaciones, a menudo planteadas desde el paradigma de la enfermedad y desde una organización centrada en los servicios. Por ello me parece necesario identificar algunos riesgos que pueden dificultar el incipiente desarrollo de este enfoque y modelos:<sup>52</sup>

- Simplificar lo que es y suponer estos modelos de atención. Hemos de entender que apostar por la ACP supone abordar un cambio cultural y organizativo. Hemos de evitar tomarlo como una "moda", o quedarnos en modificaciones aisladas o no sustanciales.
- Pensar que "eso ya lo hacemos", sin haber chequeado antes a fondo nuestras intervenciones cotidianas desde criterios o descriptores de atención centrada en la persona.
- Creer que la ACP es una atención desprofesionalizada que no requiere cualificación, pensar que con el afecto o la amabilidad es suficiente restando importancia a la suficiencia y cualificación de los recursos humanos, a las habilidades y conocimientos técnicos sobre el cuidado. Hemos de evitar que, malinterpretando este enfoque, se busque un simple ahorro de recursos humanos, cuestión diferente al objetivo

de la relación costo-eficiencia que siempre es deseable.

- Caer en la inhibición profesional cuando las personas participan poco o demandan actuaciones que claramente suponen perjuicio para ellas mismas argumentando que, como ahora las personas son las que deciden, lo que se haga o no se haga es su responsabilidad.
- Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas, improvisando o quedando en la fase inicial de los proyectos, en los primeros logros, sin prever la necesaria consolidación que precisa todo progreso.
- Realizar una inadecuada gestión del cambio, bien por una inadecuada comunicación, por una insuficiente formación o apoyo a los profesionales, por falta de liderazgo de los responsables o de participación de los agentes implicados en los cambios.

Apostar por la ACP nos invita hacia un largo viaje por recorrer. Nos conduce, como profesionales, como equipos, como servicios, como comunidades a transitar un camino no exento de dificultades. ¿Antídotos para estos riesgos? Creencia, autenticidad, formación y rigor. Todo lo cual no es posible sin compromiso a distintos niveles: individual, organizacional, social y político.

La ACP, dicen algunos, es un camino que no tiene retorno, ya que apuesta por lo que las personas deseamos en el caso de necesitar cuidados: seguir adelante con nuestra vida y poder contar con apoyos y servicios que nos permitan desarrollarla dignamente, dando respuesta a nuestras necesidades de atención, pero de forma acorde con nuestros valores, preferencias y decisiones. Quizás este sea el argumento que mayor posibilidad ofrezca a su real desarrollo futuro. La exigencia, por tanto, está en nuestras manos.

La ACP es una apuesta por los derechos humanos, por el buen trato, por la buena vida de quienes precisan cuidados y de quienes acompañan, familias y profesionales. Es una apuesta que integra el conocimiento científico y las competencias profesionales en un marco ético que busca no solo proteger derechos reconocidos, sino mejorar las vidas de las personas que necesitan

52. MARTÍNEZ, T., "La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos", *Actas de la Dependencia*, Nº 8, 2013, pp. 25-47.

cuidados y también de quienes las atienden, acercándonos al complejo mundo de la subjetividad.

La ACP busca el respeto de las personas mayores que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad o en riesgo de discriminación. No es admisible que debido a circunstancias como la pobreza, la etnia, la demencia o la orientación sexual (como vienen denunciando los movimientos en defensa de los derechos de personas mayores LGTB) sean discriminadas en cuanto al ejercicio de sus derechos y al trato recibido.

Las personas mayores, con independencia de su edad, de sus circunstancias personales, de salud y sociales, siguen siendo ciudadanos y, en consecuencia, siguen siendo portadoras de derechos. Hemos de avanzar hacia servicios cuyo objetivo sea ayudar a las personas mayores a **vivir** ofreciendo apoyos personalizados que contribuyan, desde el respeto y puesta en valor de la diversidad, al disfrute de una vida propia, autodirigida y significativa. Custodiar y sobrevivir no pueden ser los únicos objetivos. Esta es la nueva mirada a la calidad y a la innovación con la que los servicios gerontológicos deben avanzar, la que cada vez más personas (mayores, profesionales, familiares, proveedores de servicios, responsables públicos, etc.) defendemos e impulsamos.





# MÁS ALLÁ DEL DERECHO

CULTURA

CONSTRUCCIÓN SOCIAL

VALORIZACIÓN

VALORIZACIÓN

BIENESTAR

CULTURA

CONSTRUCCIÓN SOCIAL

CONSTRUCCIÓN SOCIAL

BIENESTAR

VALORIZACIÓN

BIENESTAR

BIENESTAR

VALORIZACIÓN

CULTURA

CONSTRUCCIÓN SOCIAL

BIENESTAR

CONSTRUCCIÓN SOCIAL

BIENESTAR

VALORIZACIÓN

BIENESTAR

CONSTRUCCIÓN SOCIAL

CULTURA

VALORIZACIÓN

BIENESTAR



## Pensar la vejez más allá del derecho

**María Alejandra Villasur García**  
Abogada (UBA), Mg. en Derecho  
Administrativo (Universidad Austral),  
Secretaría Judicial (MPD CABA).

*La ancianidad es llevadera si se defiende a sí misma,  
si conserva su derecho, si no está sometida a nadie, si  
hasta su último momento el anciano es respetado entre  
los suyos...*

*Quien siga esta norma podrá ser anciano de cuerpo pero  
no de espíritu.*

**(Marco Tulio Cicerón, "De Senectute", X-38)<sup>1</sup>**

Participar en esta revista, ya sea al escribirla o leerla, es recibir una invitación para animarnos a repensar acerca de aquello que entendemos por vejez, sobre las imágenes que se agolpan en nuestra mente cuando pensamos en ella, rememorar cómo se la ha representado a través del tiempo —en la literatura, la música o en el cine, por ejemplo—, considerar qué lugar ocupan "las vejeces" en la sociedad actual y, finalmente, reflexionar acerca de si, en el nuevo milenio, al ser humano en la etapa final de su existencia se lo ha despojado de la justicia social que se instituyó en nuestro país a mediados del siglo XX.

Podemos emplear, según los tiempos y costumbres, palabras tales como "ancianidad", "vejez", "senectud",

---

1. CICERÓN, Marco Tulio, *Sobre la vejez*, Ed. Tal-Vez, Madrid, 2005.

"edad madura", "tercera edad" o "personas mayores" para referirnos a las últimas décadas en las que nos aproximamos a la edad máxima en la que podemos vivir. ¡Tantas palabras para hablar de "vejez"! Quizás elegantemente disfrazamos nuestros miedos a la fragilidad humana, a la dependencia, a la soledad y, en definitiva, a la muerte bajo distintos ropajes. ¿Progresividad del término o eufemismo?

También cabe pensar si desde su representación en la mitología griega —en la que Geras personificaba a la vejez y era preludeo de Tánatos, la muerte, mostrándose como un hombre encorvado y arrugado, o bien como una mujer apoyada en un báculo y con una copa mirando hacia un pozo donde un reloj de arena insinuaba el escaso tiempo que restaba de vida—, hasta nuestros días hemos modificado la visión de la ancianidad. ¿Somos capaces de reconocer en nuestra sociedad a las personas mayores por su sabiduría, experiencia y su aporte a la comunidad, como sí acontece en Japón, país en el que se festeja una jornada declarada feriado nacional, el Día del Keiro No Hi, o, por el contrario, solo somos capaces de invisibilizarla, temerosos e indiferentes?

Otra posibilidad es pensarla concentrándonos en datos estadísticos acerca del envejecimiento y el ciclo de vida, referidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y destacar que entre 2000 y 2050 se duplicará la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años (del 11% al 22%) y, en igual período, la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones, mientras que la cantidad de ancianos que no puedan valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo.<sup>2</sup> O bien, al advertir que las formas geométricas empleadas para graficar esos datos estadísticos mutaron de la típica pirámide poblacional a la de un paralelogramo elevado debido al aumento de la longevidad.<sup>3</sup>

Hasta aquí estamos pensando la vejez a través de las palabras, representaciones, estadísticas; sin embargo, algunos entienden que estas consideraciones promueven una generalización que desconocería

al envejecimiento como un proceso particular de cada persona, toda vez que eludiría la incidencia de aspectos tales como su historia de vida, su identidad, su condición genética, entre otros.<sup>4</sup>

Entonces, cabe preguntarnos si dichas representaciones no solo no son neutras, sino que en ellas subyace una concepción acerca del rol social atribuido a las personas mayores, con preconceptos, por momentos disvaliosos, que contribuyen en gran medida a profundizar aún más situaciones de vulnerabilidades tales como pobreza, falta de asistencia médico-sanitaria, soledad, encierro, aislamiento y abandono.

En otro sentido, ¿qué acontece si pensamos la vejez a través del arte? En el caso del cine, la película *Umberto D* (1952) nos enfrenta al dolor de la mendicidad, la soledad y la angustia; *Cocoon* (1985) nos describe la ilusión de la fuente de la eterna juventud, mientras que *El hijo de la novia* (2001) o *Elsa y Fred* (2005) repasan los vínculos de pareja, así como los sueños e ilusiones en esta etapa de la vida. También el séptimo arte nos deleita con personajes memorables como *La Nona* (1979) o Mamá Cora en *Esperando la carroza* (1985), ambos films tienen la característica común de que sus personajes protagónicos femeninos fueron representados por dos actores, Pepe Soriano y Antonio Gasalla, quienes asumieron de manera tragicómica el papel de ancianas, cuando en la vida real ellos contaban con 50 y 44 años de edad, respectivamente. Cabría reflexionar si hoy, con más de siete u ocho décadas de vida, estos artistas representarían su personaje del mismo modo, si percibirían en su piel las mismas sensaciones que en aquel entonces.

A su vez, pensar la vejez nos lleva a bucear en la literatura a través de un puñado de autores para descubrir cómo se la describe.

En 1845, François-René de Chateaubriand manifestó:

Envejecido en la tierra sin haber perdido nada de sus sueños, de sus locuras, de sus vagas tristezas, siempre en busca de aquello que no puede encontrar y obligado a añadir a sus antiguos males los desengaños de la experiencia,

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es>

3. PÉRGOLA, Federico, *El anciano del siglo XXI: una mirada antropológica*. Ver el análisis realizado por el autor disponible en: <http://www.voces-en-elfenix.com/content/el-anciano-del-siglo-xxi-una-mirada-antropologica>

4. BAZO, María Teresa, "La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos", *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Nº 60, octubre-diciembre, 1992, pp. 75-90.

la soledad de los deseos, el hastío del corazón y la desventura de los años (...) Vuelve la noche sin traerme una compañera; me duermo con pesados sueños, o velo con recuerdos importunos, para repetir al día que vuelve a nacer: "Sol, ¿para qué sales?".<sup>5</sup>

Por su parte, en 1981, Jorge Luis Borges, al preguntarse qué es la longevidad, responde:

Es el horror de ser un cuerpo humano cuyas facultades declinan, es un insomnio que se mide por décadas y no con agujas de acero, es el peso de mares y pirámides, de antiguas bibliotecas y dinastías, de las auroras que vio Adán, es no ignorar que estoy condenado a mi carne, a mi detestada voz, a mi nombre, a una rutina de recuerdos, al castellano, que no sé manejar, a la nostalgia del latín, que no sé, a querer hundirme en la muerte y no poder hundirme en la muerte, a ser y seguir siendo.<sup>6</sup>

Asimismo, Ernesto Sábato (2003) nos confiesa:

... caí en la melancolía, como si estuviera por morirme, como un telón que ya no se fuera a levantar. Otra tarde. Estoy alejándome de la vida. De esta vida. La miro con emoción como si ya estuviera fuera de mí. O, más bien, como sentado en esas mesas de café que están en las veredas desde donde uno puede ver pasar la gente, y oírlos hablar... pero la vida se aleja. Viernes. Pocas cosas me interesan de verdad, cada vez menos. Disfruto de un café, de un vaso de vino o de un paseo, según quien esté conmigo. Ya no busco temas o discusiones.<sup>7</sup>

Gabriel García Márquez (2004), en la piel de un no-nagenario, nos narra:

En la quinta década había empezado a imaginarme lo que era la vejez cuando noté los primeros huecos de la memoria... Para entonces tenía en la memoria una lista de rostros conocidos y otra con los nombres de cada uno, pero en el momento de saludar no conseguía que coincidieran las caras con los nombres... es un triunfo de la vida que la memoria de los viejos se pierda para las cosas que no son esenciales, pero que raras veces falle para las que de verdad nos interesan. Cicerón lo ilustró de una plumada: No hay un anciano que olvide dónde se escondió su tesoro,<sup>8</sup> [para rematar casi sobre el final de la novela] (...) Desde entonces empecé a medir la vida no por años sino por décadas. La de los cincuenta había sido decisiva porque tomé conciencia de que casi todo el mundo era menor que yo. La de los sesenta fue la más intensa por la sospecha de que ya no me quedaba tiempo para equivocarme. La de los setenta fue temible por una cierta posibilidad de que fuera la última. No obstante, cuando desperté vivo la primera mañana de mis noventa años en la cama feliz de Delgadina, se me atravesó la idea complaciente de que la vida no fuera algo que transcurre como el río revuelto de Heráclito, sino una ocasión única de voltearse en la parilla y seguir asándose del otro costado por noventa años más.<sup>9</sup>

Ahora bien, al recorrer el arte de la música podemos recordar la voz de Carlos Gardel que "sigue" entonando: "Cuarenta años de vida me encadenan, blanca la testa, viejo el corazón; hoy puedo ya mirar con mucha pena lo que otros tiempos miré con ilusión...".<sup>10</sup> Mientras que en la voz de Leonardo Favio resuena: "María va camino a la vejez, sin ver que se dejó colgada en el perchero de

5. CHATEAUBRIAND, François-René de, *Amor y vejez*, Ed. Acantilado, Barcelona, 2008, pp. 16-18.

6. BORGES, Jorge Luis, "Dos formas del insomnio", *La cifra* (1981), en *Obra poética*, Emecé, Buenos Aires, 2010, p. 533.

7. SÁBATO, Ernesto, *España en los diarios de mi vejez*, Seix Barral Biblioteca, Buenos Aires, 2003, pp. 101-103.

8. GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel, *Memoria de mis putas tristes*, Ed. Sudamericana/ Ed. Mondadori, Buenos Aires, 2004, pp. 14-15.

9. GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel, *op. cit.*, pp. 102-103.

10. PETTOROSI, Horacio (música) y MARAMBIO CATÁN, Juan Carlos (letra), "Acquaforte", Buenos Aires, 1931.

un hotel la juventud, pobre María"; Alberto Cortez, en el estribillo de "La vejez", nos repite: "La vejez está a la vuelta de cualquier esquina, allí, donde uno menos se imagina se nos presenta por primera vez. La vejez es la más dura de las dictaduras, la grave ceremonia de clausura de lo que fue la juventud alguna vez". Por su parte, Joan Manuel Serrat, en "Llegar a viejo", nos inspira esperanza al decirnos: "Quizá llegar a viejo sería todo un progreso, un buen remate, un final con beso. En lugar de arrinconarnos en la historia, convertidos en fantasmas con memoria. Si no estuviese tan oscuro a la vuelta de la esquina o simplemente si todos entendiésemos que todos llevamos un viejo encima".

De esta manera, el arte, de modo armónico y poético, plasma, por un lado, los cambios evidenciados en los últimos años acerca del aumento del envejecimiento y, además, pone de manifiesto las fortalezas y debilidades, la memoria y los recuerdos, el amor, los deseos, la sexualidad, los miedos y la muerte en la vejez.

Por otra parte, si repasamos la historia nacional debemos recordar que, el día 28 de agosto de 1948, Eva Duarte promovió la Declaración de los Derechos de la Ancianidad, que, posteriormente, fue incorporada en la reforma de 1949 al texto constitucional.<sup>11</sup> En ese contexto de políticas sociales, se construyeron cuatro hogares de

ancianos, se sancionó una ley que otorgaba pensiones a los mayores de 60 años desamparados, se concedieron las primeras mil pensiones a ancianos y se subvencionaron sus vacaciones en tres centros turísticos de nuestro país.<sup>12</sup> De esta manera, la República Argentina fue precursora de los derechos de la ancianidad y la humanización de sus condiciones de vida. Con posterioridad, el 18 de noviembre de 1948, estos mismos derechos fueron proclamados en el tercer período de sesiones de la Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.<sup>13</sup>

Debió transcurrir más de medio siglo para que la Argentina pueda reincorporar al marco normativo aquellos derechos con la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental), aprobada en 2015 por la Organización de Estados Americanos (OEA).

Para finalizar, tras el recorrido efectuado, me gustaría compartir la exhortación realizada por el papa Francisco acerca del abandono de los ancianos, en la que nos señala:

¡Cuántas veces se descartan a los ancianos con actitudes de abandono que son una auténtica eutanasia a escondidas! Es el efecto de esa cultura del descarte que hace mucho mal a nuestro mundo. Se descartan a los niños, se descartan a los jóvenes, porque no tienen trabajo, y se descartan a los ancianos con el pretexto de mantener un sistema económico "equilibrado", en cuyo centro no está la persona humana, sino el dinero. ¡Todos estamos llamados a contrarrestar esta venenosa cultura del descarte!<sup>14</sup>

A modo de conclusión, no tenemos dudas acerca de que la población de las personas mayores se ha

11. En el decálogo se preveían los siguientes derechos: a) **Derecho a la asistencia:** Todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes; b) **Derecho a la vivienda:** El derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana; c) **Derecho a la alimentación:** La alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular; d) **Derecho al vestido:** El vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior; e) **Derecho al cuidado de la salud física:** El cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialísima y permanente; f) **Derecho al cuidado de la salud moral:** Debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto; g) **Derecho al esparcimiento:** Ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera; h) **Derecho al trabajo:** Cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de la labor terapéutica ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad; i) **Derecho a la tranquilidad:** Gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia es patrimonio del anciano; j) **Derecho al respeto:** La ancianidad tiene

derecho al respeto y consideración de sus semejantes, ver en esta publicación pág. 258 del Anexo Documental.

12. SEOANE, María y SANTA MARÍA, Víctor, *Eva Perón. Esa mujer*, Octubre, Buenos Aires, 2019, p. 43.

13. Ver en esta revista el profundo análisis realizado por Giuseppe M. Messina sobre los avances y desafíos en la protección social de las personas adultas mayores en la Argentina (2003-2017). Págs. 133 - 154.

14. "Encuentro del Papa con los ancianos", Plaza de San Pedro, 28 de septiembre de 2014. Disponible en: [https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2014/september/documents/papa-francesco\\_20140928\\_incontro-anziani.html](https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2014/september/documents/papa-francesco_20140928_incontro-anziani.html)

multiplicado y que esa tendencia seguirá en ascenso. Tampoco que, en este período de la vida, sobre todo en los sectores de bajos recursos socioeconómicos, la situación de fragilidad, soledad, aislamiento y maltrato no ha disminuido. Por ello, más allá de las normas positivas, tenemos el deber de trabajar con el fin de promover y exigir políticas públicas que restituyan como principio general la justicia social de las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida, alcanzar el bienestar económico, social, cultural, asistencial, sanitario y un acceso a la justicia prioritario y célere. De lo contrario, los derechos reconocidos sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores serán letra muerta.





DERECHOS  
HUMANOS  
DIGNIDAD

JUSTICIA SOCIAL

SALUD

SEGURIDAD ALIMENTARIA

JUSTICIA SOCIAL

SALUD

ATENCIÓN PREFERENCIAL Y ESPECÍFICA

VIVIENDA

SEGURIDAD ALIMENTARIA

# INTERVENCIONES MPD

ATENCIÓN PREFERENCIAL Y ESPECÍFICA

SALUD

VIVIENDA

JUSTICIA SOCIAL

SEGURIDAD ALIMENTARIA

JUSTICIA SOCIAL

SEGURIDAD ALIMENTARIA

VIVIENDA

ATENCIÓN PREFERENCIAL Y ESPECÍFICA

SALUD

VIVIENDA

SEGURIDAD ALIMENTARIA

ATENCIÓN PREFERENCIAL Y ESPECÍFICA

SEGURIDAD ALIMENTARIA

SALUD

ATENCIÓN PREFERENCIAL Y ESPECÍFICA

JUSTICIA SOCIAL

SALUD

VIVIENDA

SEGURIDAD ALIMENTARIA

JUSTICIA SOCIAL

ATENCIÓN PREFERENCIAL Y ESPECÍFICA



# Hacia un nuevo paradigma en torno a la vejez: el modelo de intervención de la Defensa Pública.<sup>1</sup>

## Daniel Rómbola

Responsable de la Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores, Ministerio Público de la Defensa, CABA.

\*El presente artículo fue publicado en la Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, N° 18, *Defensa y cuidado de la casa común*, año 9, mayo 2019, Ministerio Público de la Defensa, CABA.

Nos encontramos regidos por un mundo artificial, de consumos excesivos y maximización de ganancias, donde el interés por las cosas prima sobre el respeto hacia las personas. En estos tiempos volátiles, el descarte no distingue entre productos y vidas humanas, de manera que los vulnerados no logran hacerse escuchar, pues se hallan cercados por muros de desigualdad y marginalidad.

En este sistema que se ha instaurado, las personas mayores se encuentran absolutamente excluidas, en tanto su fuerza de trabajo ya no es útil para el desarrollo del mercado y son asimiladas como una carga para el Estado y las familias. En esta lógica de deshumanización, las personas mayores no solo padecen la reducción de sus ingresos, víctimas de un sistema previsional con erogaciones terriblemente magras, sino que también son rehenes de un servicio de salud precario y deficiente.

---

1. A propósito de las palabras del papa Francisco referidas a la sustentabilidad intergeneracional: "La cultura del relativismo es la misma patología que empuja a una persona a aprovecharse de otra y a tratarla como mero objeto, obligándola a trabajos forzados, o convirtiéndola en esclava a causa de una deuda. Es la misma lógica que lleva a la explotación sexual de los niños o al abandono de los ancianos que no sirven para los propios intereses". (Carta encíclica *Laudato si'*, 123).

Si bien el ordenamiento jurídico reconoce los derechos de las personas mayores, la ausencia de políticas públicas integrales y el alto grado de burocratización se constituyen como barreras para su ejercicio efectivo.

En tal contexto, las personas que se acercan a la Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores presentan un alto grado de sufrimiento, pues atraviesan situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, afectaciones a la salud, problemáticas de fondo muy profundas e importantes rupturas de lazos sociales y familiares.

En razón de ello, el equipo brinda una atención personalizada que permite conocer las problemáticas en su complejidad y evaluar las vías de abordaje y resolución, entendiendo el modelo de defensa pública desde una perspectiva integral, de puertas abiertas y cercano a la gente.

En este sentido, hemos generado un procedimiento de descentralización para el conocimiento y posterior gestión de consultas que nos ha permitido resolver más de mil casos que afectan a las personas mayores, en materia de salud, alimentación y vivienda a lo largo de tres años de trabajo.

Durante este tiempo, hemos aprendido que, al momento de abordar una problemática, resulta de vital importancia brindar contención, respaldo y acompañamiento a los consultantes, para empezar un nuevo camino hacia la inclusión y recomposición de sus derechos.

Así, cada una de las historias nos ha marcado como equipo, enseñándonos e impulsándonos a mejorar en nuestro trabajo diario. El caso Zulema es uno de los que guardamos en nuestra memoria con más cariño. Se trata de una mujer que, al momento de consultar, se encontraba sola, sin familia ni lazos sociales, residiendo en un hogar para mujeres en el barrio de Villa Crespo. Durante su relato, nos manifestó la indignación que le provocaba haber trabajado toda su vida y no poder contar con los recursos necesarios para acceder mínimamente a una alimentación diaria. Asimismo, destacó la depresión que la aquejaba a causa del estado de soledad y exclusión en el que se encontraba.

Por ello, como primera medida, se articuló con el Centro de Jubilados 22 de Agosto del barrio de Villa Crespo su incorporación al comedor, para garantizarle así el acceso a una comida diaria. Su ingreso allí le permitió también participar en diversas actividades lúdicas,

recreativas y culturales. En palabras de Francisco, fue una verdadera "experiencia de salvación comunitaria", en tanto los vínculos allí establecidos le brindan ahora contención, compañía y le otorgan un nuevo sentido a su vida.

Por otra parte, se ha facilitado la incorporación de Zulema al Programa Ciudadanía Porteña Con Todo Derecho del GCBA, mediante el cual se brinda un subsidio mensual que tiene por finalidad mejorar el ingreso de los hogares en situación de vulnerabilidad para la adquisición de alimentos, productos de limpieza e higiene personal.

Debe destacarse que, como parte de este abordaje integral, se hace un seguimiento de cada uno de los casos, en miras de evaluar su evolución y advertir eventuales necesidades sobrevenientes, teniendo siempre abiertos canales de comunicación y efectuando visitas periódicas a centros de jubilados y hogares.

Es urgente que, como sociedad, brindemos una respuesta a los problemas de las personas mayores. Necesitamos construir un nuevo paradigma en torno a la vejez, que ponga a la dignidad de las personas mayores en el centro y que se sostenga en los pilares de inclusión, equidad, cuidado, respeto, autonomía, bienestar y justicia.

# La intervención del Ministerio Público de la Defensa en la protección y promoción de los derechos de las personas mayores en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Secretaría Letrada de Derechos de las  
Personas Mayores del MPD CABA

## Introducción

A nivel global está ocurriendo un fenómeno demográfico asociado al envejecimiento de la población, por un lado, producto del aumento de la expectativa de vida, como, por el otro, de los descensos tanto de la mortalidad como de la fecundidad. El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más, respecto de la población total.<sup>1</sup>

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la proporción mundial de personas mayores de 60 años se duplicará entre el año 2000 y 2050, pasando del 11% al 22%, esto es, de 605 a 2000 millones de individuos, ya que el cambio demográfico es aún más rápido en los países de ingresos bajos y medianos.<sup>2</sup>

1. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez/cap1.pdf>. [Fecha de última consulta: el 15 de agosto de 2019].

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>. [Fecha de última consulta: el 15 de agosto de 2019].

Así, asistimos a la coexistencia de cuatro generaciones en una misma familia, o bien a la convivencia de dos generaciones sucesivas de personas mayores de 60 años. Esto implica que los hijos pueden ahora ser contemporáneos con sus padres, abuelos y hasta bisabuelos, algo que décadas atrás hubiese sido impensado.

Este fenómeno haría posible la transmisión intergeneracional de valores, experiencias y formas de ver la vida. Interacción que permitiría enriquecer el diálogo hacia un nuevo universo de pluralismo conceptual.

Sin embargo, a nivel social y cultural persisten prejuicios negativos sobre la vejez y una visión estereotipada sobre las personas mayores, a la vez que un paradigma asistencialista inmerso en un sistema de valores que prioriza lo económico.

Asimismo, las personas mayores al jubilarse padecen la reducción de sus haberes, pues los montos que asigna el sistema previsional resultan insuficientes para afrontar sus necesidades. Sumado a ello, el servicio de salud presenta graves deficiencias en las prestaciones e importantes demoras en la atención.

Esta situación de desprotección motivó la preocupación de distintos actores sociales.

El papa Francisco ha hecho hincapié en la inadmisibilidad de una práctica de consumo excesivo y maximización de ganancias que descarta productos y vidas humanas, al señalar la marginación y los perjuicios de los ancianos, junto con los económicamente vulnerables, los inmigrantes y los que no tienen voz.

Así, por ejemplo, en oportunidad de la ceremonia llevada a cabo en la Plaza de San Pedro en celebración del "Encuentro del Papa con los ancianos", el 28 de septiembre de 2014, en su discurso, el Santo Padre se refirió a la situación que atraviesan muchos adultos mayores como víctimas de esta cultura del descarte. En esa ocasión sostuvo:

[...] Pero existe también la realidad del abandono de los ancianos: ¡cuántas veces se descartan a los ancianos con actitudes de abandono que son una auténtica eutanasia a escondidas! Es el efecto de esa cultura del descarte que hace mucho mal a nuestro mundo. Se descartan a los niños, se descartan a los jóvenes, porque no tienen trabajo, y se descartan a los ancianos con el pretexto de mantener un sistema económico "equilibrado",

en cuyo centro no está la persona humana, sino el dinero. ¡Todos estamos llamados a contrarrestar esta venenosa cultura del descarte! [...]<sup>3</sup>

No obstante ello, existe un enorme desarrollo normativo en torno a los derechos de las personas mayores y desde hace unos años a esta parte comenzaron a desarrollarse procesos en los que se concibe a las personas mayores como sujetos de derecho, se promueve su autonomía, a la vez que un tratamiento especial en razón de la edad.<sup>4</sup>

### Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores

En este marco, el 4 de agosto de 2015 se creó dentro de la órbita del Ministerio Público de la Defensa de la CABA el Programa de la Tercera Edad.<sup>5</sup> Posteriormente, se modificó su denominación por *Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores*,<sup>6</sup> en razón de la entrada en vigor de la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental).

La Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores promueve la protección integral de los derechos de las personas mayores, a fin de que disfruten de un envejecimiento activo y saludable. Entre las funciones de la Secretaría, se destacan las siguientes:<sup>7</sup>

- Asistir y orientar a las personas mayores que ven vulnerado alguno de sus derechos, proporcionándoles asesoramiento jurídico.

3. "Encuentro del Papa con los ancianos", *Discurso del Santo Padre Francisco*, Plaza de San Pedro, domingo 28 de septiembre de 2014. Disponible en: [https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2014/september/documents/papa-francesco\\_20140928\\_incontro-anziani.html](https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2014/september/documents/papa-francesco_20140928_incontro-anziani.html). [Fecha de última consulta: el 12 de junio de 2018].

4. HUENCHUAN, Sandra y RODRÍGUEZ, Rosa Icela, *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, CEPAL, 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37523-autonomia-dignidad-la-vejez-teoria-practica-politicas-derechos-personas-mayores>

5. Ver Resolución N° 474 de la Defensoría General, 2015.

6. Ver Resolución N° 346 de la Defensoría General, 2018.

7. Ver página institucional del Ministerio Público de la Defensa. Disponible en: <https://www.mpdefensa.gob.ar/derechos-humanos/personas-mayores>

- Brindarles atención personalizada a través de un sistema de acompañamiento, que busca gestionar soluciones administrativas a sus demandas a fin de evitar la innecesaria judicialización de sus reclamos.
- Organizar charlas a fin de dar a conocer y recabar información sobre las problemáticas que enfrentan (en particular, en materia de vivienda, alimentación y salud).
- Fomentar la adopción de políticas adecuadas a sus necesidades.

La sede de la Secretaría Letrada se encuentra ubicada en la Comuna 4, zona sur de la Ciudad, más precisamente en la avenida Almafuerte 45, donde se brinda atención a las personas consultantes. Asimismo, se reciben consultas en visitas que se realizan a centros de jubilados, instituciones sociales, culturales y deportivas. Por otra parte, la Secretaría recibe derivaciones efectuadas por otras dependencias del MPD, en particular por la Dirección de Orientación al Habitante (DOH) y por la Secretaría Jurisdiccional de Derechos Humanos y Procesos Colectivos, entre otras.

### **Modalidades de intervención**

Como fue señalado, la Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores tiene como principal objetivo la difusión y defensa de los derechos de las personas mayores en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para llevar a cabo esta tarea, la Secretaría Letrada funciona como un órgano articulador entre las personas mayores y la administración pública en sus respectivos ámbitos.

Entendemos que la labor de la Secretaría no puede circunscribirse a aquellas personas que conocen a qué oficina o dependencia deben presentarse para solicitar la orientación requerida a su consulta particular. Más aún, las personas deben conocer necesariamente sus derechos, tarea de difusión a la que está avocada esta Secretaría.

Por otra parte, debe destacarse que la tramitación formal de determinados requerimientos ante la administración implica tiempo, dinero y movilidad, que no siempre resulta acorde con las posibilidades de las personas de avanzada edad.

En razón de ello, consideramos fundamental el acercamiento de los integrantes de la Secretaría a las personas mayores, en el ámbito que les es propio, con miras a que se garantice el pleno ejercicio de sus derechos.

#### **a. Trabajo descentralizado. Difusión de derechos y relevamientos.**

Para el trabajo que se lleva adelante desde la Secretaría Letrada, resulta fundamental conocer y relevar los lugares que se constituyen como el marco habitual de contención social e interacción de las personas mayores con sus pares; como lo son los centros de jubilados, clubes de barrio, parroquias, centros de salud, entre otros.

Así, desde la Secretaría nos acercamos a distintas instituciones, según la temática de que se trate, con miras a brindar información y relevar la situación de las personas mayores que allí se reúnen.

A partir de estas visitas, también se realizan charlas de difusión de derechos de las personas mayores, lo que permite que más personas conozcan sus derechos y nos acerquen sus problemáticas concretas.

De esta manera, la tarea que se lleva adelante en los barrios tiene resultados muy valiosos, pues redundan en el empoderamiento de las personas mayores y en la efectivización de sus derechos.

Asimismo, la Secretaría ha elaborado una guía de recursos, especialmente pensada para que las personas mayores puedan acceder a información detallada y actualizada sobre efectores públicos e instituciones barriales, que se reparte en cada una de las visitas.

#### **b. Acompañamientos personalizados**

La falta de asesoramiento, horas interminables de espera, tiempos burocráticos excesivos para otorgar una respuesta ante una necesidad urgente, entre otras vicisitudes, hacen indispensable el acompañamiento como parte sustancial de la atención de la consulta. Ello, en razón de que el sistema que debería permitir el ejercicio de derechos, de manera sencilla, por parte de las personas mayores, muchas veces funciona como un filtro.

La realidad nos ha demostrado que las problemáticas son complejas y requieren de una solución integral, por ello consideramos fundamental la tarea de acompañamiento.

En cuatro años de gestión de la Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores, hemos realizado 237 acompañamientos con un gran impacto para la resolución de consultas.

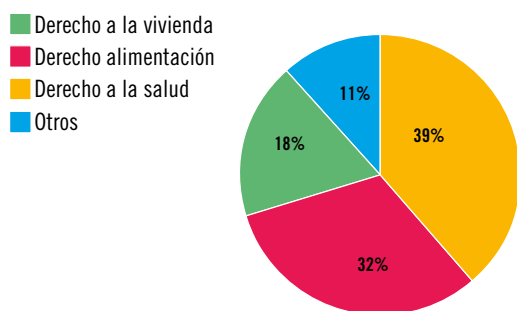
El trato personalizado, la contención y el respeto de las personas consultantes resultan de vital importancia a la hora del abordaje de la problemática. Habitualmente, un integrante de la Secretaría se acerca al domicilio de la persona para dar inicio al acompañamiento. Así, se provee el traslado hasta la dependencia en la que debe presentarse la persona y se le brinda un acompañamiento integral durante la gestión. Ello implica no solamente la asistencia física para una persona que puede tener una movilidad reducida, sino también la contención emocional y la asistencia en la gestión y resolución de trámites.

Los acompañamientos también sirven para fortalecer el vínculo entre agente y consultante, y resultan experiencias muy enriquecedoras para el desempeño de nuestras funciones.

A continuación se presenta un gráfico en el que se muestran la totalidad de los acompañamientos realizados divididos en agrupamiento de derechos: a la salud, a la alimentación, a la vivienda y una categoría de "otros".

En las secciones subsiguientes, se ahondará con mayor profundidad en cada uno de los programas relacionados con estos derechos.

### Acompañamientos agosto 2015-agosto 2019



### c. Políticas públicas y acceso a derechos

En esta sección se realiza una breve descripción de los principales programas y políticas públicas del Poder

Ejecutivo de la CABA, se incluyen también prestaciones del Estado Nacional que tienen una llegada a las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires y a los cuales se realizan consultas y derivaciones desde esta Secretaría Letrada.

La selección de estas políticas se corresponde con diferentes derechos sociales agrupados en derecho a la vivienda, a la alimentación y a la salud. En razón de ello, se incluyen estadísticas relevantes sobre las intervenciones relativas a estos programas.

Asimismo, se utiliza una cuarta categoría denominada *Orientación general* en la que se incluyen consultas sobre diferentes temáticas que no necesariamente se corresponden con el área de competencia de esta Secretaría Letrada, pero sobre las que de igual manera se brinda orientación y asesoramiento.

Es de destacar que si bien existe un número importante de políticas públicas tanto del Ejecutivo local como del nacional, muchas veces resultan deficitarias y redundan en múltiples vulneraciones de derechos de las personas mayores que habitan en la CABA.

Por ello, en las subsecciones siguientes se abordan las políticas segregadas por los agrupamientos de derechos y se incluyen en cada caso las políticas públicas existentes, los déficits identificados, la actuación y gestiones llevadas adelante desde esta Secretaría Letrada y las estadísticas de consultas recibidas durante los cuatro años de gestión del área, entre agosto de 2015 y agosto de 2019,<sup>8</sup> período en el cual se recibieron un total de 1267 consultas, como se observa en el siguiente cuadro.

### Consultas recibidas por año

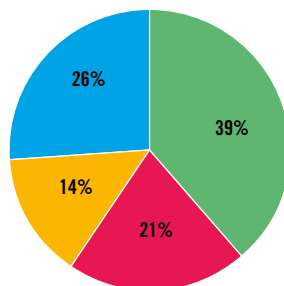
Año	Nº de consultas
2015	74
2016	350
2017	392
2018	301
2019	150
<b>Total</b>	<b>1267</b>

8. Como fue señalado previamente, la Secretaría Letrada de Derechos de la Personas Mayores fue creada en agosto de 2015, por ello las estadísticas comienzan a registrarse desde ese momento hasta la fecha de cierre de este capítulo, agosto de 2019.



### Consultas recibidas por derecho

- Derecho a la vivienda
- Derecho alimentación
- Derecho a la salud
- Orientación general



Del total de consultas recibidas, el 39% corresponde al derecho a la vivienda; el 21%, al derecho a la alimentación; el 14%, al derecho a la salud y, por último, el 26% restante corresponde a consultas relacionadas con otras temáticas que se han agrupado en la categoría Orientación general.

### Consultas recibidas, agrupadas por derecho u objeto

Derecho a la vivienda	491	39%
Derecho a la alimentación	264	21%
Derecho a la salud	183	14%
Orientación general	329	26%
<b>Total</b>	<b>1267</b>	<b>100%</b>

## I. Derecho a la vivienda

En relación con este derecho, existen diversas políticas públicas y la mayoría de ellas son subsidios habitacionales, que son tanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) como del Estado Nacional.

### i. Programa Vivir en Casa

El Programa Vivir en Casa<sup>9</sup> depende de la Secretaría de la Tercera Edad del GCBA. Está dirigido a las

personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires y brinda acompañamiento económico a las personas mayores para que puedan seguir residiendo en su vivienda. Este subsidio habitacional es para que las personas puedan cubrir gastos ocasionados por alquiler, expensas u otras prestaciones relacionadas con la vivienda. Este programa contempla ingresos y egresos del solicitante en cuanto a lo que su situación habitacional refiere. Su modalidad de pago es vía depósito bancario en una cuenta del receptor, el cual debe presentar en persona mensualmente recibo de pago de alquiler. El monto es variable con un tope máximo de \$3.300.

### ii. Buenos Aires Presente - Tercera Edad (BAP) y Refugios

Este programa busca garantizar la atención social inmediata de las personas mayores en situación de calle y vulnerabilidad social en la CABA.<sup>10</sup> Las personas mayores en situación de calle disponen de refugios que brindan comida y un techo. El ingreso se realiza por contacto con Buenos Aires Presente (BAP), que dispone de móviles y recorre la Ciudad para tomar conocimiento de los casos y trasladarlos al lugar correspondiente en paradores, hogares y refugios. La finalidad es evitar la situación de calle y mediante la asistencia social lograr la autonomía del adulto mayor.

### iii. Programas del PAMI

La obra social PAMI cuenta con subsidios económicos para sus afiliados orientados a cubrir necesidades fundamentales.<sup>11</sup> El subsidio de alquiler del PAMI tiene un monto de \$700 que puede complementarse con \$200 en caso de abonar expensas y servicios. Esto implica que el monto total del subsidio de alquiler del PAMI sea de \$900 mensuales.

9. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/tramites/programa-vivir-en-casa>

10. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/desarrollohumanoyhabitat/personasmayores/buenosairespresente>

11. Disponible en: <http://institucional.pami.org.ar/result.php?c=4-1-1-2>

En la Secretaría Letrada también se han recibido consultas en relación con el PAMI en lo que respecta a geriátricos y hogares para personas mayores.

### Intervenciones de la Secretaría Letrada en relación con el derecho a la vivienda

El derecho a la vivienda es sin dudas uno de los más vulnerados dentro de la Ciudad de Buenos Aires y afecta gravemente a las personas mayores. Esto se refleja en las propias consultas que se reciben en esta Secretaría Letrada, que en estos cuatro años atendió a 491 personas mayores que tenían alguna vulneración en relación con el derecho a la vivienda, lo que significa, el 39% del total de las consultas recibidas. Es considerable la cantidad de personas solas que habitan en la Ciudad sin red de contención familiar, de amigos o allegados.

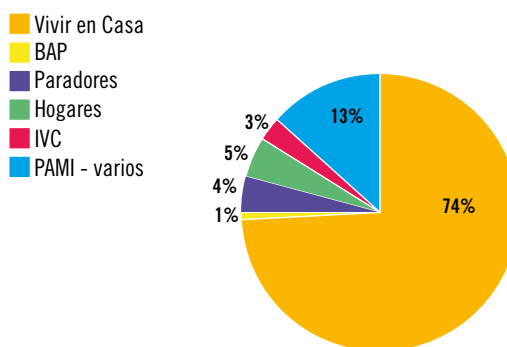
Cabe destacar, por un lado, la insuficiencia de los montos de los subsidios para hacer frente a un alquiler en el mercado inmobiliario porteño. Con estas transferencias, las personas mayores pueden cubrir apenas una parte del alquiler. Por otro lado, las prestaciones de la Ciudad no son compatibles con las de Nación, las bases de datos se cotejan periódicamente y estar percibiendo un subsidio del PAMI resulta incompatible con el Programa Vivir en Casa, a pesar de los magros montos de las transferencias. Otra práctica que se ha observado en este tiempo de trabajo es la negativa de incluir a personas mayores en otros subsidios habitacionales, que ofrecen prestaciones dinerarias significativamente superiores, tal como el Programa de Atención para Familias en Situación de Calle, también dependiente del GCBA.<sup>12</sup> Como fundamento de ello, el GCBA sostiene que el Programa Vivir en Casa está especialmente diseñado para personas mayores. Sin embargo, la imposibilidad de ingresar en el otro programa implica que las personas mayores reciban mucho menos dinero. A montos de agosto de 2019 la diferencia implica prácticamente \$5.000 menos, es decir, menos dinero para un sector de la población que, por sus propias características, ya es vulnerable.

12. Para mayor información sobre este programa ver la web institucional. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/familiasencalle>

Desde esta Secretaría Letrada hemos solicitado la incorporación y reincorporación de más de 300 consultantes al Programa Vivir en Casa, con el cual se ha trabajado de forma conjunta para dar celeridad a los trámites administrativos de evaluación. Asimismo, se ha articulado el ingreso a hogares de aquellas personas que presentaban una situación de vulnerabilidad extrema, con miras a que se les brinde una contención integral a sus problemáticas.

Es de destacar que también en relación con el derecho a la vivienda se ha orientado, asesorado y derivado a personas con consulta relativas a un desalojo, a trámites iniciados ante el Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC) y a otras áreas, como la responsable de Hogares en la Ciudad.

### Derecho a la vivienda



Como se puede apreciar, el mayor cúmulo de intervenciones corresponde al programa Vivir en Casa. En estos cuatro años de gestión, se han atendido 369 consultas, de las cuales el 19% fue para solicitar la incorporación al programa; el 65%, para la reincorporación, y el 16%, por la insuficiencia del monto del subsidio.

### Programa Vivir en Casa

Motivo de la consulta	Nº de consultas	Porcentaje
Incorporación	68	19%
Reincorporación	234	65%
Aumento del subsidio	59	16%
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100%</b>

## II. Derecho a la alimentación

En relación con este derecho se destacan los siguientes programas y subsidios alimentarios.

### i. Programa Ticket Social

Es un programa creado en 2008 que otorga un subsidio alimentario y que depende del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Como detalla la *web* institucional: "Su objetivo es el de fortalecer el acceso a productos de primera necesidad, como alimentos, productos de limpieza y de aseo personal, por parte de las familias residentes en la Ciudad que se encuentran en situación de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad social".<sup>13</sup>

Este subsidio se recibe mensualmente vía tarjeta magnética y tiene validez en la gran mayoría de los comercios de la Ciudad para la compra de alimentos y productos de limpieza. El monto es de \$1.100 mensuales. Cabe destacar que, si bien este programa tiene requisitos de inclusión y exclusión para receptores que cuenten con ingresos propios, acepta a jubilados que perciben el haber mínimo.

### ii. Programa Ciudadanía Porteña con Todo Derecho

Este programa se creó en 2005 mediante la Ley N° 1878. En la actualidad funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social y Hábitat y comparte varias características con el programa Ticket Social, que se ha descrito previamente. Entre ellos, se destaca el medio de cobro mediante una tarjeta y la utilización que se le puede dar a este subsidio: alimentos, productos de limpieza e higiene personal, útiles escolares y combustible para cocinar.

Por otra parte, para el ingreso a Ciudadanía Porteña es requisito haber sido receptor en primera instancia de Ticket Social y haber tenido una entrevista en el

Registro Único de Beneficiarios. A diferencia del Ticket Social, su monto es mayor y considera tanto ingresos como egresos del receptor, por lo que así puede variar su valor.

Entre los objetivos de este programa, se destaca: "Contribuir con la disminución de la desigualdad en la Ciudad de Buenos Aires, asegurando la superación de la indigencia y reduciendo significativamente la cantidad de hogares en situación de pobreza".<sup>14</sup>

### iii. Nuestras Familias<sup>15</sup>

Es un programa dependiente del Ministerio de Desarrollo y Hábitat del GGBA y que otorga un subsidio económico para "fortalecer el estado de grupos familiares que se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo social"<sup>16</sup> comprobado a través de subsidios. Su monto total es de \$1.200 en un año. Dependiendo de la evaluación que se realiza sobre el solicitante, puede abonarse en una o en varias cuotas.

### iv. Bolsón Alimentario PAMI

El Bolsón Probienestar es otorgado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como la obra social PAMI,<sup>17</sup> a sus afiliados. Consiste en una canasta de productos alimenticios que se entrega mensualmente en centros de jubilados, lo que da un valor extra, ya que son estos lugares donde la contención y la integración de los adultos mayores suele tener mayor correlato.

13. PROGRAMA TICKET SOCIAL, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/develophumanoyhabitad/ciudadaniaportena/ticket-social>

14. PROGRAMA CIUDADANÍA PORTEÑA, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/develophumanoyhabitad/ciudadaniaportena/ciudadania-portena-con-todo-derecho>

15. Este programa no es denominado como un subsidio alimentario acorde con el goba, sino como un subsidio económico para familias en situación de vulnerabilidad social; sin embargo, debido al monto y las características de este se ha incluido en la agrupación de derecho a la alimentación.

16. PROGRAMA NUESTRAS FAMILIAS, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/develophumanoyhabitad/nuestrasfamilias>

17. PAMI. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/guia-tramites/bolson-alimentario>

Si bien este programa no se encuentra dentro de la órbita del Ejecutivo local, se incluyó en esta sección, ya que muchas de las consultas relacionadas con el derecho a la alimentación y a los acompañamientos se llevan adelante frente al PAMI.

### Intervenciones de la Secretaría Letrada en relación con el derecho a la alimentación

En estos cuatro años de gestión de la Secretaría Letrada, se recibieron 264 consultas relacionadas a programas vinculados al derecho a la alimentación. A lo largo de este trabajo se han identificado déficits en el diseño e implementación de los programas, así como también se han implementado estrategias de intervención.

En cuanto a problemas de diseño e implementación de estas políticas públicas, el primero de ellos es el fuerte desajuste entre el monto del beneficio y el valor de los productos alimentarios, por lo que así resulta insuficiente la asistencia brindada. En muchos casos, los aumentos de los montos no se actualizan al mismo ritmo que la inflación, esto reduce el impacto que podría tener el programa en cuanto a los objetivos de disminución de la pobreza e indigencia. En otros casos, como sucede con el programa Nuestras Familias, el monto directamente se ha mantenido congelado durante los últimos años. Para que estas políticas funcionen correctamente es indispensable que las transferencias monetarias sean suficientes para cubrir las necesidades básicas.

Otro problema que se encuentra muy relacionado con aquellos receptores que son personas mayores es la cantidad de trámites que deben realizar para ingresar en estos programas. Esta Secretaría Letrada recibe numerosas consultas sobre las solicitudes de incorporación o reincorporación de personas que no pueden completar todos los requisitos debido a que suponen un doble apersonamiento por parte del receptor. Uno, para obtener el certificado de domicilio expedido por la Policía Federal Argentina y otro para presentarlo ante Ticket Social o Ciudadanía Porteña. Esta es una de las muchas situaciones en las cuales la persona mayor no es considerada en su condición de tal para que la realización de trámites sensibles le sea de mayor accesibilidad.

Frente a estos problemas, una de estas estrategias de intervención ha sido la formación de mesas de trabajo con la Subsecretaría de Fortalecimiento Familiar y Comunitario del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat para la atención prioritaria de las personas mayores en la Ciudad. Fruto de estas mesas de trabajo, se han modificado y flexibilizado los requisitos de ingreso a diversos programas, por lo que ahora personas con un haber jubilatorio mínimo y con cobertura del PAMI pueden incorporarse a algunos de estos programas, entre ellos, el programa Ticket Social.

En el siguiente cuadro se muestra de manera desagregada el total de las consultas recibidas en torno al derecho a la alimentación entre agosto de 2015 y agosto de 2019.

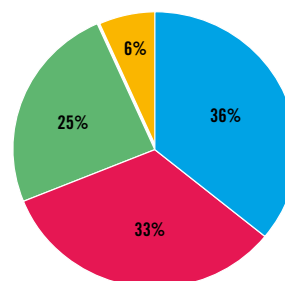
El 94% de las consultas corresponde a programas locales, en tanto Ticket Social es el programa por el cual se recibe el mayor porcentaje de consultas (36%), seguido por Nuestras Familias (33%), Ciudadanía Porteña (25%) y en un nivel menor el Bolsón Probienestar del PAMI (6%).

### Derecho a la alimentación

Programa	Nº de consultas recibidas	Porcentaje
Ticket Social	95	36%
Nuestras Familias	87	33%
Ciudadanía Porteña	65	25%
Bolsón Probienestar del PAMI	17	6%
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100%</b>

### Derecho a la alimentación

- Ticket Social
- Nuestras Familias
- Ciudadanía Porteña
- Bolsón PAMI



A su vez, como se observa en el próximo cuadro, dentro de este programa el 80% de las consultas es por la incorporación a él, y el 20% restante, por la reincorporación. En contraste con esto, en relación con el Programa Ciudadanía Porteña son similares el número de consultas por incorporación (39%) y el de reincorporación (35%), pero aparece una nueva categoría por la solicitud de aumento del monto (15%) que no se encontraba presente en Ticket Social, ya que ese programa tiene un monto fijo.

### Derecho a la alimentación.

Desagregado por programa y solicitud.

Programa	Nº de consultas recibidas	Porcentaje	Porcentaje por Programa
Ticket Social general	4	2%	36%
Ticket Social incorporación	74	28%	
Ticket Social reincorporación	17	6%	
Nuestras Familias	87	33%	33%
Ciudadanía Porteña general	7	3%	25%
Ciudadanía Porteña incorporación	25	9%	
Ciudadanía Porteña reincorporación	23	9%	
Ciudadanía Porteña aumento	10	4%	
Bolsón Probienestar del PAMI	12	5%	6%
PAMI Alimentación otros	5	1%	
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### III. Derecho a la salud

En lo que refiere a la problemática de salud se han atendido 183 consultas en cuatro años, siempre en el período de agosto de 2015-agosto de 2019, la gran mayoría de ellas fue respecto al servicio de la obra social PAMI (58%). Le siguen en orden las consultas por certificados de discapacidad (14%); por turnos e internaciones en efectores del GCBA (12%); por tratamientos, prestaciones y medicamentos (10%) y, por último, consultas relativas a obras

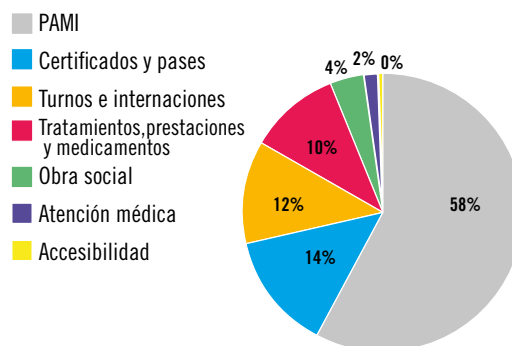
sociales (4%), a atención médica (2%) y solo se ha recibido una consulta relacionada a accesibilidad en este período.

En el último año de gestión de la Secretaría Letrada se ha observado un aumento de las consultas por solicitud de medicamentos, prótesis y tratamientos médicos.

### Derecho a la salud

Tipo de gestiones	Número	Porcentaje
PAMI	106	58%
Certificados y pases	25	14%
Turnos e internaciones	22	12%
Tratamientos, prestaciones y medicamentos	19	10%
Obra social	7	4%
Atención médica	3	2%
Accesibilidad	1	*
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100%</b>

### Derecho a la salud



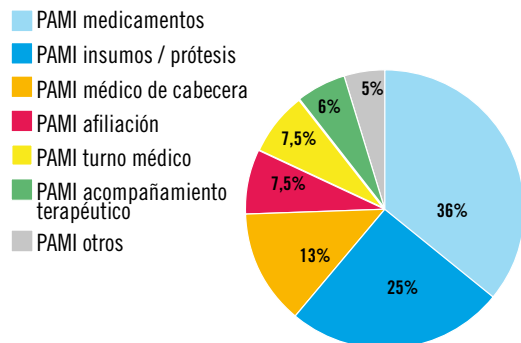
Por la magnitud de las consultas recibidas por PAMI resulta valioso mostrar los datos desagregados. Asimismo, este elevado número de consultas lleva su correlato en la modalidad de actuación relativa a los "acompañamientos" que fueron detallados en una sección anterior. También del porcentaje de acompañamientos que se realizan desde esta Secretaría Letrada un número importante se relaciona a gestiones ante a la obra social PAMI.

### Derecho a la salud - PAMI

Tipo de gestión	Nº de consultas	Porcentaje
PAMI Medicamentos	38	36%
PAMI Insumos / prótesis	27	25%
PAMI Médico de cabecera	14	13%
PAMI Afiliación	8	7,5%
PAMI Turno médico	8	7,5%
PAMI Acompañamiento terapéutico	6	6%
PAMI Otros	5	5%
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

la instancia de diálogo con el consultante se le brinda la orientación requerida acorde con la temática; por ello se han recibido 116 consultas relacionadas con asesoramiento jurídico gratuito, lo que representa el 25% de esta categoría de orientación general. Le siguen consultas relacionadas con la Fiscalía de la Ciudad (14%); a la realización de gestiones por tarifa social (9%); a cuestiones relativas a la Seguridad Social (9% de consultas por jubilaciones, 6% por pensiones no contributivas y 1% por pensiones contributivas). También por trámites relacionados al Documento Nacional de Identidad (4%). El remanente de las consultas de esta agrupación tiene que ver con Defensa al Consumidor, licencia de conducir, la tarjeta SUBE, mediación comunitaria, infracciones, partidas de nacimiento, por espacios públicos, así como consultas por otras temáticas.

### PAMI



### IV. Consultas relacionadas con otras temáticas de orientación general

Además de las consultas descritas anteriormente sobre derecho a la vivienda, a la alimentación y a la salud, en muchas ocasiones se presentan consultantes en la oficina de la Secretaría Letrada que requieren un asesoramiento sobre otras temáticas, ya sean estas vinculadas a la competencia del Ministerio Público de la Defensa o no. Muchas de estas consultas se dan porque las personas mayores se presentan en la oficina y allí son atendidas de una manera receptiva y amable. Ante

### Orientación general

Temática	Nº de consultas	Porcentaje
Asesoramiento jurídico gratuito	116	35%
Fiscalía	47	14%
Tarifa social	30	9%
Jubilación	30	9%
Pensión no contributiva	20	6%
DNI	16	4%
Defensa al Consumidor	3	1%
Licencia de conducir	3	1%
Tarjeta SUBE	3	1%
Mediación comunitaria	3	1%
Infracciones	2	1%
Pensión contributiva	2	1%
Sede comunal	2	1%
Obra social	1	*
Partida de nacimiento	1	*
Espacios públicos	1	*
Otros	49	15%
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100%</b>

## Reflexiones finales

---

La Secretaría Letrada de Derechos de las Personas Mayores fue creada con el fin de resolver, acompañar, contener, orientar y garantizar los derechos de las personas mayores en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Por ello, quienes integramos la Secretaría Letrada trabajamos cada día para satisfacer los derechos de las personas mayores. Su bienestar y su inclusión son la guía para orientar el trabajo que llevamos adelante, lo que ha permitido la resolución de 1267 casos en estos primeros años de gestión.

Son numerosos los programas diseñados para garantizar los derechos de las personas mayores; sin embargo, son aún más numerosas las vulneraciones que este sector de la población sufre. Las prestaciones son escasas e insuficientes. Los subsidios alimentarios tienen montos tan bajos que no llegan a cubrir ni la mitad de la canasta básica de una familia, sin tener siquiera en cuenta las necesidades especiales de alimentación que tienen las personas mayores. Lo mismo corre para los subsidios habitacionales con unos montos tan desajustados a la realidad, que apenas llegan a cubrir la tercera parte de un alquiler real de la vivienda más pequeña y precaria que pueda encontrarse.

Esta realidad tan acuciante conduce a redoblar y triplicar los esfuerzos que se llevan adelante desde esta Secretaría Letrada, con la conciencia de que desde un programa de justicia local no pueden resolverse todas las injusticias, pero que se puede trabajar en pos de los derechos y coadyuvar a mejorar la realidad de muchas personas mayores en la Ciudad. La forma de intervención y de resolución de la Secretaría Letrada ha implicado que se constituya en una herramienta vital para garantizar el acceso a la justicia de las personas mayores.

Resulta imperioso que las personas mayores se constituyan verdaderamente como sujetos de derechos y que se diseñen e implementen políticas públicas que cumplan sus derechos y reivindiquen los aportes que hacen y el rol fundamental que tienen dentro del entramado social.





DERECHOS  
ANCIANIDAD  
DERECHOS  
DESC  
DERECHOS  
ANCIANIDAD

DERECHOS

CEDAW

DERECHOS

DESC

ANCIANIDAD

ONU

OEA

CEDAW

DERECHOS

OEA

DERECHOS

ONU

CEDAW

ANCIANIDAD

ANCIANIDAD

OEA

ANCIANIDAD

# ANEXO DOCUMENTAL

DERECHOS

DESC

OEA

ONU

CEDAW

DESC

DERECHOS

DERECHOS

ANCIANIDAD

OEA



## **ARGENTINA**

### **Página 258**

Decálogo sobre los Derechos de la Ancianidad, Decreto N° 32138 del año 1948.

**MINISTERIO DE HACIENDA**

**Decreto Nº 32.138/48**

**Oficializa el Poder Ejecutivo el Decálogo de los Derechos de Ancianidad.**

Bs. As., 15/10/48.

VISTO: el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, que fuera oportunamente entregado al Señor Presidente de la Nación, en un acto de hondo significado por la Señora Presidenta de la Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón; y

CONSIDERANDO:

**Que la concreción de tan elevados principios, inspirados en el noble anhelo de asegurar a la ancianidad el goce de los legítimos derechos a que es acreedora, constituye un deber del Gobierno como parte de la obra de justicia social en que está empeñado.**

Que por la profunda significación moral de sus postulados, ese Decálogo forma digno blasón de un pueblo sano y generoso, consciente de su obligación de velar por la salud física y espiritual de quienes después de haber contribuido en mayor o menor grado al esfuerzo común, han llegado a esa etapa de la vida en que la lucha activa ya no es posible.

Que la dignificación de la ancianidad que se propugna, honra al país y significa una conquista más para la realización del bienestar general que proclama nuestra Carga Magna.

Que a fin de no demorar el logro de tan justas aspiraciones, y hasta tanto se cumpla la ordenación jurídica del nuevo derecho en gestación, es necesario dotar al Decálogo de los Derechos de la Ancianidad de la forma legal necesaria para que sirva de norma a las iniciativas, actos y disposiciones de los poderes públicos.

Por ello,

**El Presidente de la Nación Argentina, en Acuerdo General de Ministros,**

**Decreta:**

**Artículo 1º - Sin perjuicio de los proyectos de ley que el Poder Ejecutivo someterá a la consideración del Honorable Congreso, con el objeto de incorporar a nuestro derecho positivo los principios sustentados en la Declaración de los Derechos de la Ancianidad, -que seguidamente se transcriben-, toda iniciativa, acto o procedimiento que en alguna forma pueda influir en los Derechos a expresarse, se inspirarán y ajustarán en su ejercicio a las normas contenidas en los mismos.**

**1º - Derecho a la asistencia.** - Todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta y cargo de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha

protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos y fundaciones creadas, o que se crearen con ese fin, sin perjuicio de la subrogación del Estado o de dichos institutos, para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.

**2º - Derecho a la vivienda.** - El derecho a un albergue higiénico, con un mínimo de comodidades hogareñas, que es inherente a la condición humana.

**3º - Derecho a la alimentación.** - La alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno, debe ser contemplada en forma particular.

**4º - Derecho al vestido.** - El vestido decoroso y apropiado al clima complementa el derecho anterior.

**5º - Derecho al cuidado de la salud física.** - El cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialísima y permanente.

**6º - Derecho al cuidado de la salud moral.** - Debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, conformes con la moral y el culto.

**7º - Derecho al esparcimiento.** - Ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos, para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.

**8º - Derecho al trabajo.** - Cuando el estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de la laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así, la disminución de la personalidad.

**9º - Derecho a la tranquilidad.** - Gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones, en los años últimos de existencia, es patrimonio del anciano.

**10º - Derecho al respeto.** - La ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

**Art. 2º** - El Ministerio del Interior se dirigirá a los Señores Gobernadores de Provincias, con trascripción del presente decreto, pidiéndoles sancionar o gestionar de quien corresponda las disposiciones necesarias para adaptar las leyes y reglamentos vigentes en el orden local, en cuanto concierna al ejercicio de poderes legislativos propios de las provincias, a las normas y principios estatuidos en la precedente Declaración de los Derechos de la Ancianidad.

**Art. 3º** - Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

**PERON**

**Angel G. Borlenghi - Carlos A. Emery - Ramón A. Cereiyo - Humberto Sosa Molina - Belisario Gache Pirán - Enrique B. García - César Ojeda - Oscar Ivanissevich - José C. Barro - Juan F. Castro - José María Freire - Ramón Carrillo**

## **SISTEMA INTERAMERICANO**

### **Página 261**

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015. Entrada en vigor: 11 de enero de 2017. Organización de Estados Americanos.

### **Página 280**

"Poblete Vilches y otros. vs. Chile". Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C N° 349. Sentencia del 8 de marzo de 2018. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

**CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS  
HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES**

**CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES**

**PREÁMBULO**

Los Estados Parte en la presente Convención,

*Reconociendo* que el respeto irrestricto a los derechos humanos ha sido consagrado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reafirmado en otros instrumentos internacionales y regionales;

*Reiterando* el propósito de consolidar, dentro del marco de las instituciones democráticas, un régimen de libertad individual y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos fundamentales de la persona;

*Teniendo en cuenta* que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, solo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos;

*Reafirmando* la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la obligación de eliminar todas las formas de discriminación, en particular, la discriminación por motivos de edad;

*Resaltando* que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano;

*Reconociendo* que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades;

*Reconociendo también* la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza;

*Recordando* lo establecido en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), así como los instrumentos regionales tales como la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007), el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009), la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012);

*Decididos* a incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, así como a destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr una adecuada implementación y evaluación de las medidas especiales puestas en práctica;

*Reafirmando* el valor de la solidaridad y complementariedad de la cooperación internacional y regional para promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor;

*Respaldando* activamente la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas dirigidos a hacer efectivos los derechos de la persona mayor y destacando la necesidad de eliminar toda forma de discriminación;

*Convencidos* de la importancia de facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor, y la necesidad de contar con mecanismos nacionales que protejan sus derechos humanos y libertades fundamentales; y



*Convencidos* también de que la adopción de una convención amplia e integral contribuirá significativamente a promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor, y a fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos,

Han convenido suscribir la presente Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, la “Convención”):

## CAPÍTULO I

### OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

#### Artículo 1

##### Ámbito de aplicación y objeto

El objeto de la Convención 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.

Lo dispuesto en la presente Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o adicionales que reconozcan el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados Parte, a favor de la persona mayor.

Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en esta Convención no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Parte se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

Los Estados Parte solo podrán establecer restricciones y limitaciones al goce y ejercicio de los derechos establecidos en la presente Convención mediante leyes promulgadas con el objeto de preservar el bienestar general dentro de una sociedad democrática, en la medida en que no contradigan el propósito y razón de los mismos.

Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

#### Artículo 2

##### Definiciones

A los efectos de la presente Convención se entiende por:

“Abandono”: 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.

“Cuidados paliativos”: 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.

“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 la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

“Discriminación múltiple”: Cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación.

“Discriminación por edad en la vejez”: 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.

“Envejecimiento”: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.

“Envejecimiento activo y saludable”: 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, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.

“Maltrato”: Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.

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

“Persona mayor”: 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.

“Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

“Servicios socio-sanitarios integrados”: Beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía.

“Unidad doméstica u hogar”: El grupo de personas que viven en una misma vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común las necesidades básicas, sin que sea necesario que existan lazos de parentesco entre ellos.

“Vejez”: Construcción social de la última etapa del curso de vida.

## **CAPÍTULO II PRINCIPIOS GENERALES**

### **Artículo 3**

Son principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- d) La igualdad y no discriminación.
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- f) El bienestar y cuidado.
- g) La seguridad física, económica y social.
- h) La autorrealización.
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- k) El buen trato y la atención preferencial.
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- n) La protección judicial efectiva.

- o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

### **CAPÍTULO III DEBERES GENERALES DE LOS ESTADOS PARTE**

#### **Artículo 4**

Los Estados Parte se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor enunciados en la presente Convención, sin discriminación de ningún tipo, y a tal fin:

- a) Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor.
- b) Adoptarán las medidas afirmativas y realizarán los ajustes razonables que sean necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la presente Convención y se abstendrán de adoptar cualquier medida legislativa que sea incompatible con la misma. 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, educativa, 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.
- c) Adoptarán y fortalecerán todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a la justicia a fin garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.
- d) Adoptarán las medidas necesarias y cuando lo consideren en el marco de la cooperación internacional, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales; sin perjuicio de las obligaciones que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.
- e) Promoverán instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona mayor y su desarrollo integral.
- f) Promoverán la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación de la presente Convención.
- g) Promoverán la recopilación de información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención.

### **CAPÍTULO IV DERECHOS PROTEGIDOS**

#### **Artículo 5 Igualdad y no discriminación por razones de edad**

Queda prohibida por la presente Convención la discriminación por edad en la vejez.

Los Estados Parte desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple, incluidas las mujeres, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las

personas en situación de pobreza o marginación social, los afrodescendientes y las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas pertenecientes a pueblos tradicionales, las personas pertenecientes a grupos étnicos, raciales, nacionales, lingüísticos, religiosos y rurales, entre otros.

#### **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.

#### **Artículo 7**

##### **Derecho a la independencia y a la autonomía**

Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. En especial, asegurarán:

- a) El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos.
- b) Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
- c) Que la persona mayor tenga acceso progresivamente 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 ésta.

#### **Artículo 8**

##### **Derecho a la participación e integración comunitaria**

La persona mayor tiene derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas.

Los Estados Parte adoptarán medidas para que la persona mayor tenga la oportunidad de participar activa y productivamente en la comunidad, y pueda desarrollar sus capacidades y potencialidades. A tal fin:

- a) Crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos.
- b) Promoverán la participación de la persona mayor en actividades intergeneracionales para fortalecer la solidaridad y el apoyo mutuo como elementos claves del desarrollo social.
- c) Asegurarán que las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de la persona mayor y tengan en cuenta sus necesidades.

#### **Artículo 9**

##### **Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia**

La persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen social, nacional, étnico, indígena e identidad cultural, la posición socio-económica, discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género, su contribución económica o cualquier otra condición.

La persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. Para los efectos de esta Convención, se entenderá por violencia contra la persona mayor 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.

Se entenderá que la definición de violencia contra la persona mayor comprende, entre otros, 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 del ámbito familiar o unidad doméstica o que sea perpetrado o tolerado por el Estado o sus agentes dondequiera que ocurra.

Los Estados Parte se comprometen a:

- a) Adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar los actos de violencia contra la persona mayor, así como aquellas que propicien la reparación de los daños ocasionados por estos actos.
- b) Producir y divulgar información con el objetivo de generar diagnósticos de riesgo de posibles situaciones de violencia a fin de desarrollar políticas de prevención.
- c) Promover la creación y el fortalecimiento de servicios de apoyo para atender los casos de violencia, maltrato, abusos, explotación y abandono de la persona mayor. Fomentar el acceso de la persona mayor a dichos servicios y a la información sobre los mismos.
- d) Establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor.
- e) Informar y sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre las diversas formas de violencia contra la persona mayor y la manera de identificarlas y prevenirlas.
- f) Capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato.
- g) Desarrollar programas de capacitación dirigidos a los familiares y personas que ejerzan tareas de cuidado domiciliario a fin de prevenir escenarios de violencia en el hogar o unidad doméstica.
- h) Promover mecanismos adecuados y eficaces de denuncia en casos de violencia contra la persona mayor, así como reforzar los mecanismos judiciales y administrativos para la atención de esos casos.
- i) Promover activamente la eliminación de todas las prácticas que generan violencia y que afectan la dignidad e integridad de la mujer mayor.

#### **Artículo 10**

##### **Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes**

La persona mayor tiene derecho a no ser sometida a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Los Estados Parte tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar todo tipo de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes hacia la persona mayor.

#### **Artículo 11**

##### **Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud**

La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor.

Con la finalidad de garantizar el derecho de la persona mayor a manifestar su consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa, así como a ejercer su derecho de modificarlo o revocarlo, en relación con cualquier decisión, tratamiento, intervención o investigación, en el ámbito de la salud, los Estados Parte se comprometen a elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de la persona mayor de comprender plenamente las opciones de tratamiento existentes, sus riesgos y beneficios.

Dichos mecanismos deberán asegurar 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.

Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor.

En los casos de emergencia médica que pongan en riesgo la vida y cuando no resulte posible obtener el consentimiento informado, se podrán aplicar las excepciones establecidas de conformidad con la legislación nacional.

La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión.

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**

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a 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.

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:

- a) Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.

- b) Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
- c) Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:
  - i. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.
  - ii. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.
  - iii. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.
  - iv. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.
  - v. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.
- d) Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
- 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.

#### **Artículo 13**

##### **Derecho a la libertad personal**

La persona mayor tiene derecho a la libertad y seguridad personal, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva.

Los Estados Parte asegurarán que la persona mayor disfrute del derecho a la libertad y seguridad personal y que la edad en ningún caso justifique la privación o restricción arbitrarias de su libertad.

Los Estados Parte garantizarán que cualquier medida de privación o restricción de libertad será de conformidad con la ley y asegurarán que la persona mayor que se vea privada de su libertad en razón de un proceso tenga, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratada de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención.

Los Estados Parte garantizarán el acceso de la persona mayor privada de libertad a programas especiales y atención integral, incluidos los mecanismos de rehabilitación para su reinserción en la sociedad y, según corresponda, promoverán medidas alternativas respecto a la privación de libertad, de acuerdo con sus ordenamientos jurídicos internos.

#### **Artículo 14**

##### **Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información**

La persona mayor tiene derecho a la libertad de expresión y opinión y al acceso a la información, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y por los medios de su elección.

Los Estados Parte adoptarán medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo de dichos derechos.

**Artículo 15**

**Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación**

La persona mayor tiene derecho a la libertad de circulación, a la libertad para elegir su residencia y a poseer una nacionalidad en igualdad de condiciones con los demás sectores de la población, sin discriminación por razones de edad.

Los Estados Parte adoptarán medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo de dichos derechos.

**Artículo 16**

**Derecho a la privacidad y a la intimidad**

La persona mayor tiene derecho a la privacidad y a la intimidad y a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.

La persona mayor tiene derecho a no ser objeto de agresiones contra su dignidad, honor y reputación, y a la privacidad en los actos de higiene o en las actividades que desarrolle, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva.

Los Estados Parte adoptarán las medidas necesarias para garantizar estos derechos, particularmente a la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.

**Artículo 17**

**Derecho a la seguridad social**

Toda persona mayor tiene derecho a la seguridad social que la proteja para llevar una vida digna.

Los Estados Parte promoverán progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social.

Los Estados Parte buscarán facilitar, mediante convenios institucionales, acuerdos bilaterales u otros mecanismos hemisféricos, el reconocimiento de prestaciones, aportes realizados a la seguridad social o derechos de pensión de la persona mayor migrante.

Todo lo dispuesto en este artículo será de conformidad con la legislación nacional.

**Artículo 18**

**Derecho al trabajo**

La persona mayor tiene derecho al trabajo digno y decente y a la igualdad de oportunidades y de trato respecto de los otros trabajadores, sea cual fuere su edad.

Los Estados Parte 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.

Los Estados Parte 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.

Los Estados Parte promoverán programas y medidas que faciliten una transición gradual a la jubilación, para lo cual podrán contar con la participación de las organizaciones representativas de empleadores y trabajadores y de otros organismos interesados.

Los Estados Parte 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.



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.

**Artículo 19**  
**Derecho a la salud**

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación.

Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Para hacer efectivo este derecho, los Estados Parte se comprometen a tomar las siguientes medidas:

- a) Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.
- b) Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.
- c) Fomentar políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva de la persona mayor.
- d) Fomentar, cuando corresponda, la cooperación internacional en cuanto al diseño de políticas públicas, planes, estrategias y legislación, y el intercambio de capacidades y recursos para ejecutar planes de salud para la persona mayor y su proceso de envejecimiento.
- e) Fortalecer las acciones de prevención a través de las autoridades de salud y la prevención de enfermedades, incluyendo la realización de cursos de educación, el conocimiento de las patologías y opinión informada de la persona mayor en el tratamiento de enfermedades crónicas y otros problemas de salud.
- f) Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.
- g) Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.
- h) Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer.
- i) Fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, sociales y socio-sanitarios integrados y de otros actores, en relación con la atención de la persona mayor, teniendo en consideración los principios contenidos en la presente Convención.
- j) Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.
- k) Formular, adecuar e implementar, según la legislación vigente en cada país, políticas referidas a la capacitación y aplicación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en relación con la atención integral de la persona mayor.
- l) Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.
- m) Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos.

- n) Garantizar a la persona mayor el acceso a la información contenida en sus expedientes personales, sean físicos o digitales.
- o) Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

**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:

- a) 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 postalfabetización, formación técnica y profesional, y a la educación permanente continua, en especial a los grupos en situación de vulnerabilidad.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.
- f) Fomentar y facilitar la participación activa de la persona mayor en actividades educativas, tanto formales como no formales.

**Artículo 21**  
**Derecho a la cultura**

La persona mayor tiene derecho a su identidad cultural, a participar en la vida cultural y artística de la comunidad, al disfrute de los beneficios del progreso científico y tecnológico y de otros productos de la diversidad cultural, así como a compartir sus conocimientos y experiencias con otras generaciones, en cualquiera de los contextos en los que se desarrolle.

Los Estados Parte reconocerán, garantizarán y protegerán el derecho a la propiedad intelectual de la persona mayor, en condiciones de igualdad con los demás sectores de la población y de acuerdo con la legislación interna y los instrumentos internacionales adoptados en este ámbito.

Los Estados Parte promoverán las medidas necesarias para asegurar el acceso preferencial de la persona mayor a los bienes y servicios culturales, en formatos y condiciones asequibles.

Los Estados Parte fomentarán programas culturales para que la persona mayor pueda desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, para su beneficio y para el enriquecimiento de la sociedad como agente transmisor de valores, conocimientos y cultura.

Los Estados Parte impulsarán la participación de las organizaciones de personas mayores en la planificación, realización y divulgación de proyectos educativos y culturales.

Los Estados Parte incentivarán, mediante acciones de reconocimiento y estímulo, los aportes de la persona mayor a las diferentes expresiones artísticas y culturales.

#### **Artículo 22**

##### **Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte**

La persona mayor tiene derecho a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte.

Los Estados Parte promoverán el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.

La persona mayor podrá participar en el establecimiento, gestión y evaluación de dichos servicios, programas o actividades.

#### **Artículo 23**

##### **Derecho a la propiedad**

Toda persona mayor tiene derecho al uso y goce de sus bienes y a no ser privada de estos por motivos de edad. La ley puede subordinar tal uso y goce al interés social.

Ninguna persona mayor puede ser privada de sus bienes, excepto mediante el pago de indemnización justa, por razones de utilidad pública o de interés social y en los casos y según las formas establecidas por la ley.

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizarle a la persona mayor el ejercicio del derecho a la propiedad, incluida la libre disposición de sus bienes, y para prevenir el abuso y la enajenación ilegal de su propiedad.

Los Estados Parte se comprometen a adoptar medidas para eliminar toda práctica administrativa o financiera que discrimine a la persona mayor, principalmente a las mujeres mayores y a los grupos en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho a la propiedad.

#### **Artículo 24**

##### **Derecho a la vivienda**

La persona mayor tiene derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades.

Los Estados Parte deberán adoptar las medidas pertinentes para promover el pleno goce de este derecho y facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio conforme a su voluntad.

Los Estados Parte deberán garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada y adoptarán políticas de promoción del derecho a la vivienda y el acceso a la tierra reconociendo las necesidades de la persona mayor y la prioridad en la asignación a aquella que se encuentre en situación de vulnerabilidad. Asimismo, los Estados Parte fomentarán progresivamente el acceso al crédito de vivienda u otras formas de financiamiento sin discriminación, promoviendo, entre otros, la colaboración con el sector privado, la sociedad civil y otros actores sociales. Las políticas deberán tener especialmente en cuenta:

- a) La necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.
- b) Las necesidades específicas de la persona mayor, particularmente aquellas que viven solas, a través de subsidios para el alquiler, apoyo a las renovaciones de la vivienda y otras medidas pertinentes, según la capacidad de los Estados Parte.

Los Estados Parte promoverán el establecimiento de procedimientos expeditos de reclamación y justicia en caso de desalojos de personas mayores y adoptarán las medidas necesarias para protegerlas contra los desalojos forzosos ilegales.

Los Estados Parte deberán promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de la persona mayor.

**Artículo 25**

**Derecho a un medio ambiente sano**

La persona mayor tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos, a tal fin los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho, entre ellas:

- a) Fomentar el desarrollo pleno de la persona mayor en armonía con la naturaleza.
- b) Garantizar el acceso de la persona mayor en condiciones de igualdad a servicios públicos básicos de agua potable y saneamiento, entre otros.

**Artículo 26**

**Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal**

La persona mayor tiene derecho a la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, y a su movilidad personal.

A fin de garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Parte adoptarán de manera progresiva medidas pertinentes para asegurar el acceso de la persona mayor, 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. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

Los Estados Parte también adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público.
- b) Asegurar que las entidades públicas y privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para la persona mayor.
- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad que enfrenta la persona mayor.
- d) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a la persona mayor para asegurar su acceso a la información.
- e) Promover el acceso de la persona mayor a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet y que estas sean accesibles al menor costo posible.
- f) Propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de uso público a la persona mayor.
- g) Promover iniciativas en los servicios de transporte público o de uso público para que haya asientos reservados para la persona mayor, los cuales deberán ser identificados con la señalización correspondiente.
- h) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en formatos de fácil lectura, comprensión y adecuados para la persona mayor.

**Artículo 27**  
**Derechos políticos**

La persona mayor tiene derecho a la participación en la vida política y pública en igualdad de condiciones con los demás y a no ser discriminados por motivo de edad.

La persona mayor tiene derecho a votar libremente y ser elegido, debiendo el Estado facilitar las condiciones y los medios para ejercer esos derechos.

Los Estados Parte garantizarán a la persona mayor una participación plena y efectiva en su derecho a voto y adoptarán las siguientes medidas pertinentes para:

- a) Garantizar que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar.
- b) Proteger el derecho de la persona mayor a emitir su voto en secreto en elecciones y referendos públicos, sin intimidación.
- c) Garantizar la libre expresión de la voluntad de la persona mayor como elector y a este fin, cuando sea necesario y con su consentimiento, permitir que una persona de su elección le preste asistencia para votar.
- d) Crear y fortalecer mecanismos de participación ciudadana con el objeto de incorporar en los procesos de toma de decisión en todos los niveles de Gobierno las opiniones, aportes y demandas de la persona mayor y de sus agrupaciones y asociaciones.

**Artículo 28**  
**Derecho de reunión y de asociación**

La persona mayor tiene derecho a reunirse pacíficamente y a formar libremente sus propias agrupaciones o asociaciones, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos.

A tal fin los Estados Parte se comprometen a:

- a) Facilitar la creación y el reconocimiento legal de dichas agrupaciones o asociaciones, respetando su libertad de iniciativa y prestándoles apoyo para su formación y desempeño de acuerdo con la capacidad de los Estados Parte.
- b) Fortalecer las asociaciones de personas mayores y el desarrollo de liderazgos positivos que faciliten el logro de sus objetivos y la difusión de los derechos enunciados en la presente Convención.

**Artículo 29**  
**Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias**

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.

**Artículo 30**  
**Igual reconocimiento como persona ante la ley**

Los Estados Parte reafirman que la persona mayor tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Los Estados Parte reconocerán que la persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a la persona mayor al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Los Estados Parte asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen 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 mayor, 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 la persona mayor.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Parte tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietaria y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria.

#### **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.

#### **CAPÍTULO V TOMA DE CONCIENCIA**

##### **Artículo 32**

Los Estados Parte acuerdan:

- a) Adoptar medidas para lograr la divulgación y capacitación progresiva de toda la sociedad sobre la presente Convención.
- b) Fomentar una actitud positiva 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.

- c) Desarrollar programas para sensibilizar a la población sobre el proceso de envejecimiento y sobre la persona mayor, fomentando la participación de ésta y de sus organizaciones en el diseño y formulación de dichos programas.
- d) Promover la inclusión de contenidos que propicien la comprensión y aceptación de la etapa del envejecimiento en los planes y programas de estudios de los diferentes niveles educativos, así como en las agendas académicas y de investigación.
- e) 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.

## **CAPÍTULO VI MECANISMO DE SEGUIMIENTO DE LA CONVENCIÓN Y MEDIOS DE PROTECCIÓN**

### **Artículo 33 Mecanismo de Seguimiento**

Con el fin de dar seguimiento a los compromisos adquiridos y promover la efectiva implementación de la presente Convención se establece un mecanismo de seguimiento integrado por una Conferencia de Estados Parte y un Comité de Expertos.

El Mecanismo de Seguimiento quedará constituido cuando se haya recibido el décimo instrumento de ratificación o adhesión.

Las funciones de la secretaría del Mecanismo de Seguimiento serán ejercidas por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

### **Artículo 34 Conferencia de Estados Parte**

La Conferencia de Estados Parte es el órgano principal del Mecanismo de Seguimiento, está integrada por los Estados Parte en la Convención y tiene, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Dar seguimiento al avance de los Estados Parte en el cumplimiento de los compromisos emanados de la presente Convención.
- b) Elaborar su reglamento y aprobarlo por mayoría absoluta.
- c) Dar seguimiento a las actividades desarrolladas por el Comité de Expertos y formular recomendaciones con el objetivo de mejorar el funcionamiento, las reglas y procedimientos de dicho Comité.
- d) Recibir, analizar y evaluar las recomendaciones del Comité de Expertos y formular las observaciones pertinentes.
- e) Promover el intercambio de experiencias, buenas prácticas y la cooperación técnica entre los Estados Parte con miras a garantizar la efectiva implementación de la presente Convención.
- f) Resolver cualquier asunto relacionado con el funcionamiento del Mecanismo de Seguimiento.

El Secretario General de la Organización de los Estados Americanos convocará la primera reunión de la Conferencia de Estados Parte dentro de los noventa días de haberse constituido el Mecanismo de Seguimiento. La primera reunión de la Conferencia será celebrada en la sede de la Organización, a menos que un Estado Parte ofrezca la sede, para aprobar su reglamento y metodología de trabajo, así como para elegir a sus autoridades. Dicha reunión será presidida por un representante del Estado que deposite el primer instrumento de ratificación o adhesión de la presente Convención.

Las reuniones ulteriores serán convocadas por el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos a solicitud de cualquier Estado Parte, con la aprobación de dos tercios de los mismos. En ellas podrán participar como observadores los demás Estados Miembros de la Organización.

### **Artículo 35 Comité de Expertos**

El Comité estará integrado por expertos designados por cada uno de los Estados Parte en la Convención. El quórum para sesionar será establecido en su reglamento.

El Comité de Expertos tiene las siguientes funciones:

- a) Colaborar en el seguimiento al avance de los Estados Parte en la implementación de la presente Convención, siendo responsable del análisis técnico de los informes periódicos presentados por los Estados Parte. A tales efectos, los Estados Parte se comprometen a presentar un informe al Comité de Expertos con relación al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la presente Convención, dentro del año siguiente de haberse realizado la primera reunión. De allí en adelante, los Estados Parte presentarán informes cada cuatro años.
- b) Presentar recomendaciones para el cumplimiento progresivo de la Convención sobre la base de los informes presentados por los Estados Parte de conformidad con el tema objeto de análisis.
- c) Elaborar y aprobar su propio reglamento en el marco de las funciones establecidas en el presente artículo.

El Secretario General de la Organización de los Estados Americanos convocará la primera reunión del Comité de Expertos dentro de los noventa días de haberse constituido el Mecanismo de Seguimiento. La primera reunión del Comité de Expertos será celebrada en la sede de la Organización, a menos que un Estado Parte ofrezca la sede, para aprobar su reglamento y metodología de trabajo, así como para elegir a sus autoridades. Dicha reunión será presidida por un representante del Estado que deposite el primer instrumento de ratificación o adhesión de la presente Convención.

El Comité de Expertos tendrá su sede en la Organización de los Estados Americanos.

#### **Artículo 36** **Sistema de peticiones individuales**

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.

Para el desarrollo de lo previsto en el presente artículo se tendrá en cuenta la naturaleza progresiva de la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales objeto de protección por la presente Convención.

Asimismo, todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o de adhesión a la presente Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce la competencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para recibir y examinar las comunicaciones en que un Estado Parte alegue que otro Estado Parte ha incurrido en violaciones de los derechos humanos establecidos en la presente Convención. En dicho caso, se aplicarán todas las normas de procedimiento pertinentes contenidas en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Los Estados Parte podrán formular consultas a la Comisión en cuestiones relacionadas con la efectiva aplicación de la presente Convención. Asimismo, podrán solicitar a la Comisión asesoramiento y cooperación técnica para asegurar la aplicación efectiva de cualquiera de las disposiciones de la presente Convención. La Comisión, dentro de sus posibilidades, les brindará asesoramiento y asistencia cuando le sean solicitados.

Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o de adhesión a la presente Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria y de pleno derecho y sin acuerdo especial la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de la presente Convención. En dicho caso, se aplicarán todas las normas de procedimiento pertinentes contenidas en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.



## **CAPÍTULO VII DISPOSICIONES GENERALES**

### **Artículo 37 Firma, ratificación, adhesión y entrada en vigor**

La presente Convención está abierta a la firma, ratificación y adhesión por parte de todos los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos. Después de que entre en vigor, todos los Estados Miembros de la Organización que no la hayan firmado estarán en posibilidad de adherirse a la Convención.

Esta Convención está sujeta a ratificación por parte de los Estados signatarios de acuerdo con sus respectivos procedimientos constitucionales. Los instrumentos de ratificación o adhesión se depositarán en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que se haya depositado el segundo instrumento de ratificación o adhesión en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

Para cada Estado que ratifique o se adhiera a la presente Convención después de que haya sido depositado el segundo instrumento de ratificación o adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que tal Estado haya depositado el instrumento correspondiente.

### **Artículo 38 Reservas**

Los Estados Parte podrán formular reservas a la Convención en el momento de su firma, ratificación o adhesión, siempre que no sean incompatibles con el objeto y fin de la Convención y versen sobre una o más de sus disposiciones específicas.

### **Artículo 39 Denuncia**

La Convención permanecerá en vigor indefinidamente, pero cualquiera de los Estados Parte podrá denunciarla mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos. Transcurrido un año contado a partir de la fecha de depósito del instrumento de denuncia, la Convención cesará en sus efectos para dicho Estado, permaneciendo en vigor para los demás Estados Parte. La denuncia no eximirá al Estado Parte de las obligaciones impuestas por la presente Convención con respecto a toda acción u omisión ocurrida antes de la fecha en que la denuncia haya entrado en vigor.

### **Artículo 40 Depósito**

El instrumento original de la Convención, cuyos textos en español, francés, inglés y portugués son igualmente auténticos, será depositado en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, la que enviará copia certificada de su texto para su registro y publicación a la Secretaría de las Naciones Unidas, de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas.

### **Artículo 41 Enmiendas**

Cualquier Estado Parte puede someter a la Conferencia de Estados Parte propuestas de enmiendas a esta Convención.

Las enmiendas entrarán en vigor para los Estados ratificantes de las mismas en la fecha en que dos tercios de los Estados Parte hayan depositado el respectivo instrumento de ratificación. En cuanto al resto de los Estados Parte, entrarán en vigor en la fecha en que depositen sus respectivos instrumentos de ratificación.

**CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS\***

**CASO POBLETE VILCHES Y OTROS VS. CHILE**

**SENTENCIA DE 8 MARZO DE 2018**

**(Fondo, Reparaciones y Costas)**

En el caso *Poblete Vilches y otros*,

la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante "la Corte Interamericana", "la Corte" o "este Tribunal"), integrada por los siguientes jueces:

Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, Presidente;  
Humberto Antonio Sierra Porto, Juez;  
Elizabeth Odio Benito, Jueza;  
Eugenio Raúl Zaffaroni, Juez, y  
L. Patricio Pazmiño Freire, Juez;

presente además\*\* ,

Emilia Segares Rodríguez, Secretaria Adjunta,

de conformidad con los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante "la Convención Americana" o "la Convención") y con los artículos 31, 32, 62, 65 y 67 del Reglamento de la Corte Interamericana (en adelante "el Reglamento" o "Reglamento de la Corte"), dicta la presente Sentencia, que se estructura en el siguiente orden:

---

\* De conformidad con el artículo 19.1 del Reglamento de la Corte Interamericana aplicable al presente caso, el Juez Eduardo Vio Grossi, de nacionalidad chilena, no participó en la deliberación de esta Sentencia. Por otra parte, el Juez Roberto F. Caldas, no participó en la deliberación y firma de la presente Sentencia por razones de fuerza mayor aceptadas por el Pleno.

\*\* El Secretario Pablo Saavedra Alessandri se excusó de participar en el presente caso. La Corte aceptó la excusa presentada.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>I INTRODUCCIÓN DE LA CAUSA Y OBJETO DE LA CONTROVERSI A .....</b>	<b>4</b>
<b>II PROCEDIMIENTO ANTE LA CORTE .....</b>	<b>6</b>
<b>III COMPETENCIA .....</b>	<b>7</b>
<b>IV RECONOCIMIENTO PARCIAL DE RESPONSABILIDAD INTERNACIONAL DEL ESTADO</b>	<b>7</b>
A. Posiciones respecto del Reconocimiento Parcial de responsabilidad del Estado .....	7
B. Consideraciones de la Corte .....	10
1. En cuanto a los hechos .....	11
2. En cuanto a las pretensiones de derecho .....	11
3. En cuanto a las reparaciones.....	12
4. Valoración del alcance del reconocimiento parcial de responsabilidad .....	12
<b>V PRUEBA .....</b>	<b>12</b>
A. Prueba documental, testimonial y pericial .....	12
B. Admisión de la prueba.....	13
C. Valoración de la prueba .....	13
<b>VI HECHOS.....</b>	<b>14</b>
<b>VII FONDO .....</b>	<b>25</b>
<b>VII-1 DERECHOS A LA SALUD, VIDA, INTEGRIDAD Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (ARTÍCULOS 26, 1.1, 4, 5, 13, 7 Y 11 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)</b>	<b>26</b>
A. Argumentos de las partes y de la Comisión .....	26
1. Relativos al derecho a la salud .....	26
2. Relativos a la vida y a la integridad personal .....	27
3. Relativos al consentimiento informado.....	29
B. Consideraciones de la Corte .....	31
1. El Derecho a la Salud.....	31
1.1 El derecho a la salud protegido por el artículo 26 de la Convención.....	31
1.1.1 Estándares sobre el derecho a la salud aplicables a situaciones de urgencia médica.....	39
1.1.2 Respeto de las personas mayores en materia de salud .....	41
1.1.3 Análisis del presente caso.....	45
1.2 Derechos a la vida e integridad personal.....	48
1.3 Derecho al consentimiento informado en materia de salud y acceso a la información .....	51
1.3.1. Respeto del señor Vinicio Poblete y el reconocimiento parcial de responsabilidad del Estado.....	51
1.3.2 Consentimiento por sustitución y acceso a la información en materia de salud a favor de los familiares .....	52
1.4 Conclusión general sobre el derecho a la salud .....	56
<b>VII-2 DERECHOS A LAS GARANTÍAS JUDICIALES Y A LA PROTECCIÓN JUDICIAL (ARTÍCULOS 8 Y 25 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)</b>	<b>57</b>
A. Argumentos de las partes y de la Comisión .....	57
B. Consideraciones de la Corte .....	59
1. Respeto de la debida diligencia .....	59
2. Respeto de la imparcialidad judicial .....	62

<b>VII-3 DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE LOS FAMILIARES (ARTÍCULO 5.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)</b>	63
A. Argumentos de la Comisión y de las partes .....	63
B. Consideraciones de la Corte .....	64
<b>VIII REPARACIONES (APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 63.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)</b>	66
A. Parte lesionada .....	67
B. Investigación .....	67
C. Satisfacción .....	68
D. Rehabilitación .....	69
E. Garantías de no repetición .....	69
F. Indemnización compensatoria .....	72
1. Daño Material .....	74
2. Daño Inmaterial .....	74
G. Gastos y Costas .....	75
H. Reintegro de los gastos al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas .....	76
I. Modalidad de cumplimiento de los pagos ordenados .....	77
<b>IX PUNTOS RESOLUTIVOS</b>	78

**I****INTRODUCCIÓN DE LA CAUSA Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA**

1. *El caso sometido a la Corte.* – El 26 de agosto de 2016 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Comisión Interamericana” o “la Comisión”) sometió a la jurisdicción de la Corte el caso “*Poblete Vilches y otros*” contra la República de Chile (en adelante “el Estado de Chile”, “el Estado chileno” o “Chile”). De acuerdo con lo indicado por la Comisión, el caso se refiere a la alegada responsabilidad internacional del Estado de Chile por las acciones y omisiones que tuvieron lugar entre el 17 de enero y el 7 de febrero de 2001, fechas en las cuales Vinicio Antonio Poblete Vilches, quien era un adulto mayor, ingresó en dos oportunidades al hospital público Sótero del Río, donde falleció en la última fecha. La Comisión estableció que en dos momentos el personal médico del hospital se abstuvo de obtener el consentimiento informado para la toma de decisiones en materia de salud. Específicamente, en el marco de un procedimiento realizado el 26 de enero de 2001 durante el primer ingreso al hospital, así como en la decisión de mantenerlo en “tratamiento intermedio” en las horas anteriores a su muerte en el segundo ingreso al hospital. La Comisión concluyó que existen suficientes elementos para considerar que la decisión de dar de alta a Vinicio Antonio Poblete Vilches y la manera en que la misma se realizó, pudo tener incidencia en el rápido deterioro que sufrió en los días inmediatamente posteriores a su salida del hospital y su posterior muerte cuando ingresó nuevamente en grave estado de salud. Asimismo, determinó la responsabilidad estatal por no haberle brindado el tratamiento intensivo que requería en su segundo ingreso al hospital, y que las investigaciones a nivel interno no fueron realizadas con la debida diligencia y en un plazo razonable. Las presuntas víctimas en este caso, además del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, son: su esposa, Blanca Tapia Encina (fallecida), y sus hijos e hija, Gonzalo Poblete Tapia (fallecido), Vinicio Marco Poblete Tapia y Cesia Poblete Tapia.

2. *Trámite ante la Comisión.* – El trámite ante la Comisión fue el siguiente:

- a) *Petición.* – El 15 de mayo de 2002 las señoras Blanca Margarita Tapia Encina, así como Cesia Leyla Poblete Tapia, y el señor Vinicio Antonio Poblete Tapia (en adelante “los peticionarios”) presentaron la petición inicial ante la Comisión en la cual se alegó la responsabilidad internacional de Chile en relación con la muerte del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, acaecida el 7 de febrero de 2001 en un hospital público de la ciudad de Santiago.
- b) *Informe de Admisibilidad.* – El 19 de marzo de 2009 la Comisión aprobó el Informe de Admisibilidad No. 13/09 en el que concluyó que la petición 339-02 era admisible<sup>1</sup>.
- c) *Informe de Fondo.* – El 13 de abril de 2016 la Comisión aprobó el Informe de Fondo No. 1/16, de conformidad con el artículo 50 de la Convención (en adelante también “el Informe de Fondo” o “el Informe No. 1/16”), en el cual llegó a una serie de conclusiones y formuló varias recomendaciones al Estado.

I. *Conclusiones.* – La Comisión concluyó que el Estado era responsable por la alegada violación a los siguientes derechos humanos establecidos en la Convención Americana:

1. [I]a violación del derecho de acceso a la información en materia de salud establecido en el artículo 13 de la Convención, en relación con los derechos a la

---

<sup>1</sup> En dicho informe, la Comisión decidió que la petición era admisible respecto de la presunta violación de los derechos reconocidos en los artículos 4, 8, 24 y 25 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento. CIDH. Informe de Admisibilidad No. 13/09, Petición 339-02. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*, 19 de marzo de 2009 (expediente de trámite ante la Comisión, tomo IV, folios 1310-1322).

vida, integridad personal y salud establecidos en los artículos 4 y 5 de la Convención, y con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Vinicio Antonio Poblete Vilches y sus familiares[;]

2. [l]a violación de los derechos a la vida, integridad personal y salud establecidos en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana, en relación con las obligaciones establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de Vinicio Antonio Poblete Vilches, [y]
3. [l]a violación de los derechos a la integridad personal, garantías judiciales y protección judicial establecidos en los artículos 5, 8 y 25 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio de los familiares del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches.

II. *Recomendaciones.* – En consecuencia, la Comisión hizo al Estado una serie de recomendaciones:

1. [r]eparar integralmente a los familiares del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches por las violaciones de derechos humanos declaradas en el presente informe, incluyendo una debida compensación por el daño material y moral causado, así como otras medidas de satisfacción moral[;]
2. [r]ealizar una investigación completa y efectiva de las violaciones de derechos humanos declaradas en el presente informe, a fin de que los familiares del señor Poblete Vilches cuenten con un esclarecimiento de lo sucedido y, de ser el caso, se impongan las sanciones correspondientes. Para tal efecto, el Estado deberá continuar la investigación reabierta en el año 2008 o, de ser el caso, iniciar una nueva investigación con el objetivo de superar los obstáculos identificados en el presente informe que han impedido la obtención de justicia, [y]
3. Disponer mecanismos de no repetición que incluyan: i) las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que se requieran para la implementación del consentimiento informado en materia de salud de conformidad con los estándares establecidos en el presente informe; ii) las medidas necesarias, incluyendo medidas presupuestarias, para asegurar que el Hospital Sótero del Río cuente con los medios e infraestructura necesarios para brindar una atención adecuada, particularmente cuando se requiera terapia intensiva; y iii) las medidas de capacitación y entrenamiento a los operadores judiciales en cuanto al deber de investigar posibles responsabilidades derivadas de la muerte de una persona como consecuencia de una atención inadecuada en salud.

d) *Notificación al Estado.* – El Informe de Fondo fue notificado al Estado el 27 de mayo de 2016, otorgándole un plazo de dos meses para informar sobre el cumplimiento de las recomendaciones.

e) *Informes sobre las recomendaciones de la Comisión.* – El Estado chileno no dio respuesta alguna al Informe de Fondo de la Comisión.

3. *Sometimiento a la Corte.* – El 26 de agosto de 2016, la Comisión sometió a la jurisdicción de la Corte Interamericana la totalidad de los hechos y violaciones de derechos humanos descritos en el Informe de Fondo “ante la necesidad de obtención de justicia”<sup>2</sup>.

4. *Solicitudes de la Comisión Interamericana.* – Con base en lo anterior, la Comisión solicitó a la Corte que declarara la responsabilidad internacional del Estado por las mismas violaciones señaladas en su Informe de Fondo (*supra* párr. 2. c.). Asimismo, la Comisión solicitó a la Corte que ordenara al Estado determinadas medidas de reparación, las cuales se detallan y analizan en el Capítulo VIII de la presente Sentencia.

<sup>2</sup> La Comisión designó, como sus delegados ante la Corte, al Comisionado Enrique Gil Botero y al Secretario Ejecutivo Paulo Abrão y designó, como asesoras legales, a la señora Elizabeth Abi-Mershed, Secretaria Ejecutiva Adjunta y a la señora Silvia Serrano Guzmán, abogada de la Secretaría Ejecutiva.

## II PROCEDIMIENTO ANTE LA CORTE

5. *Notificación a las representantes y al Estado.* – El sometimiento del caso por parte de la Comisión fue notificado por la Corte a los representantes de las presuntas víctimas, Nicolás Daneri Bascuña y Vinicio Marco Poblete Tapia, y al Estado, el 17 de octubre de 2016.

6. *Designación de Defensores Públicos Interamericanos.* – El 23 de noviembre de 2016 el señor Vinicio Poblete Tapia señaló que el señor Nicolás Daneri Bascuña no continuaría con la representación legal del caso ante la Corte, información que fue confirmada por el señor Daneri. Luego de una comunicación remitida por la Secretaría, siguiendo instrucciones del Presidente de la Corte, el 24 de noviembre de 2016 el señor Poblete Tapia solicitó la designación de un Defensor Público Interamericano. Mediante Resolución del Presidente de 25 de noviembre de 2017 se suspendió el plazo de dos meses para la presentación del escrito de solicitudes, argumentos y pruebas (en adelante “escrito de solicitudes y argumentos”) hasta que se notificara la nueva representación, de conformidad con el artículo 40 del Reglamento de la Corte<sup>3</sup>. Luego de las respectivas comunicaciones con la Asociación Interamericana de Defensorías Públicas (AIDEP), el 7 de diciembre de 2017 el Coordinador General de dicha Asociación comunicó a la Corte que la señora Silvia Martínez y la señora Rivana Barreto Ricarte de Oliveira habían sido designados como defensoras públicas interamericanas para ejercer la representación legal de las presuntas víctimas en este caso (en adelante “las defensoras interamericanas” o “las representantes”).

7. *Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas.* – El 27 de enero de 2017 las defensoras interamericanas presentaron ante la Corte su escrito de solicitudes y argumentos. Las representantes coincidieron sustancialmente con los alegatos de la Comisión y solicitaron a la Corte que declarara la responsabilidad internacional del Estado por la violación de los artículos 4.1, 5.1, 26, 8, 25, 13.1, 11 y 7 de la Convención Americana, en conexión con el artículo 1.1 y 2 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches y sus familiares. Asimismo, las defensoras interamericanas solicitaron acogerse al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas de la Corte Interamericana (en adelante el “Fondo de Asistencia de la Corte” o el “Fondo”). Finalmente, solicitaron a la Corte que ordenara al Estado la adopción de diversas medidas de reparación y el reintegro de determinadas costas y gastos.

8. *Escrito de contestación.* – El 21 de abril de 2017 el Estado<sup>4</sup> presentó ante la Corte su escrito de contestación al sometimiento del caso e Informe de Fondo de la Comisión Interamericana y al escrito de solicitudes y argumentos. En dicho escrito el Estado realizó un reconocimiento parcial de responsabilidad internacional.

9. *Observaciones al Reconocimiento Parcial de Responsabilidad Internacional del Estado.* – El 3 de julio de 2017 las defensoras interamericanas y la Comisión Interamericana presentaron sus observaciones al reconocimiento parcial de responsabilidad internacional presentado por el Estado de Chile.

10. *Audiencia Pública* - Mediante Resolución de 21 de septiembre de 2017<sup>5</sup> el Presidente convocó a las partes y a la Comisión Interamericana a una audiencia pública para recibir sus

---

<sup>3</sup> Cfr. Caso *Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Resolución del Presidente de la Corte Interamericana de 25 de noviembre de 2016. Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/poblete\\_25\\_11\\_16.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/poblete_25_11_16.pdf)

<sup>4</sup> El Estado designó como Agentes del Estado Hernán Quezada Cabrera, Óscar Alcámán Riffo y Diana Maquilon Tamayo, y como agentes alternas Beatriz Contreras e Isidora Rojas Fermandois.

<sup>5</sup> Cfr. Caso *Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Resolución del Presidente de la Corte Interamericana de 21 de septiembre de 2017. Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/poblete\\_21\\_09\\_17.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/poblete_21_09_17.pdf)

alegatos y observaciones finales orales sobre el fondo y eventuales reparaciones y costas, así como para recibir las declaraciones de una presunta víctima, de un testigo propuesto por el Estado y de dos peritos ofrecidos por la Comisión y las defensoras interamericanas. La audiencia pública fue celebrada el 19 de octubre de 2017, durante el 58° Período Extraordinario de Sesiones de la Corte, llevado a cabo en la Ciudad de Panamá<sup>6</sup>. En la audiencia se recibió la declaración de la presunta víctima Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia, del testigo Rodrigo Avendaño Brandeis y de los peritos Alicia Ely Yemin y Javier Alejandro Santos. Asimismo, la Corte requirió a las partes que presentaran determinada información y documentación. Las declaraciones solicitadas ante fedatario público fueron recibidas los días 10 y 11 de octubre de 2017.

11. *Alegatos y observaciones finales escritas.* - El 20 de noviembre de 2017 el Estado y las representantes presentaron sus alegatos finales escritos y sus anexos, así como la Comisión presentó sus observaciones finales escritas. El 27 de noviembre de 2017 la Secretaría de la Corte remitió el anexo a los alegatos finales escritos de las representantes y solicitó al Estado las observaciones que estimaren pertinentes. Mediante comunicación de 4 de diciembre de 2017, el Estado presentó observaciones sobre el anexo presentado por las representantes.

12. *Prueba para mejor resolver.* - El 27 de noviembre de 2017 y 26 de enero de 2018 se solicitó al Estado prueba para mejor resolver. El 22 de diciembre de 2017 y 12 de febrero de 2018 el Estado remitió la información solicitada.

13. *Erogaciones en aplicación del Fondo de Asistencia.* - El 26 de enero de 2018 la Secretaría, siguiendo instrucciones del Presidente de la Corte, remitió información al Estado sobre las erogaciones efectuadas en aplicación del Fondo de Asistencia en el presente caso y, según lo dispuesto en el artículo 5 del Reglamento de la Corte sobre el Funcionamiento del referido Fondo, le otorgó un plazo para presentar las observaciones que estimara pertinentes. El Estado presentó observaciones el 2 de febrero de 2018.

14. *Deliberación del presente caso.* - La Corte inició la deliberación de la presente Sentencia el 5 de marzo de 2018.

### III COMPETENCIA

15. La Corte es competente para conocer del presente caso, en los términos del artículo 62.3 de la Convención, en razón de que Chile es Estado Parte de la Convención desde el 21 de agosto de 1990 y reconoció la competencia contenciosa de la Corte en esa misma fecha.

### IV RECONOCIMIENTO PARCIAL DE RESPONSABILIDAD INTERNACIONAL DEL ESTADO

#### ***A. Posiciones respecto del Reconocimiento Parcial de responsabilidad del Estado***

16. El **Estado** reconoció su responsabilidad internacional por la "afectación al derecho a la integridad personal[, del] artículo 5 [de la Convención Americana], integridad corporal[, del]

<sup>6</sup> A esta audiencia comparecieron: a) por la Comisión Interamericana: el Comisionado José de Jesús Orozco Henríquez, y las abogadas de la Secretaría Ejecutiva, Silvia Serrano Guzmán, y Selene Soto; b) por los representantes de la presunta víctima: las defensoras interamericanas, señora Rivana Barreto Ricarte de Olivera y Silvia Edith Martínez, y c) por el Estado de Chile: los agentes Hernán Quezada Cabrera, Oscar Alcamán Riffo y Diana Maquilón Tamayo; las agentes alternas Beatriz Contreras Reyes e Isidora Rojas Fermandois; el representante de la Subsecretaría de Derechos Humanos, Juan Pablo Gómez y el representante del Poder Judicial, Jorge Sáenz Martín.



artículo 5 [del mismo instrumento] y el derecho a la salud, en relación al artículo 1.1 de la [Convención] en perjuicio del [señor] Vinicio Poblete". Sin embargo, el derecho a la vida del señor Vinicio Poblete, consagrado en el artículo 4 de la Convención, no fue reconocido por el Estado. Además, el Estado reconoció "la vulneración del derecho al acceso a la información en materia de salud, establecido [en el artículo 13 de la Convención], en conexión con los derechos a la vida, integridad personal y salud, [previstos en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana], en relación con las obligaciones establecidas en los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches y sus familiares". Asimismo, reconoció en los términos previstos en los artículos 11 y 7 de la Convención Americana, la violación del derecho a la dignidad y autodeterminación del señor Vinicio Poblete Vilches, pero no respecto de sus familiares. Por último, conforme a lo establecido en los artículos 8 y 25 de la Convención Americana, el Estado reconoció responsabilidad en lo referente al incumplimiento de la obligación de desarrollar su actuación jurisdiccional dentro de un plazo razonable, pero no respecto de la debida diligencia.

17. El Estado consideró que los hechos que violaron los derechos del señor Poblete Vilches fueron los siguientes:

[L]a decisión de alta médica del Señor Vinicio Poblete [Vilches] constituyó un obstáculo en el acceso a condiciones que le garantiza[ran] su derecho a la integridad corporal y, además a su salud. En efecto, esto fue así dado que el alta tuvo lugar aún cu[an]do la información que constaba se desprend [ió] que no era una medida pertinente. A lo anterior, se suma el hecho de que cuando el [señor] Vinicio Poblete reingresó al Hospital, no fue tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a pesar que la misma ficha médica indicaba que era la Unidad adecuada para su debido tratamiento en razón de los síntomas que presentaba.

[E]l Estado de Chile entend[ió] que, dada las circunstancias fácticas del presente caso, en especial la hospitalización en el Hospital Sótero del R[í]o, en una unidad de cuidado distinta de la recomendada en la ficha clínica, debido a la ausencia de camas y la falta de diligencias por parte del Estado para gestionar su traslado a otro centro de salud, implic[ó] vulneraciones al derecho a la integridad corporal en relación al derecho a la salud.

18. El Estado también reconoció los siguientes hechos ante la Corte: "i) la presunta víctima se encontraba inconsciente al momento en que se decidiera su intervención quirúrgica y por ello, no estaba en condiciones de consentir ningún tipo de procedimiento; ii) los familiares no fueron debidamente informados del procedimiento que se le realizaría a la presunta víctima; iii) la única referencia a la existencia de un supuesto consentimiento por parte de la familia se encuentra en el expediente clínico, el cual a su vez, plantea dudas sobre la manera en que fue obtenido y su autenticidad; iv) de la historia clínica no resulta información o registro alguno que permita entender que el supuesto consentimiento informado fue brindado de acuerdo a los requisitos establecidos por el derecho internacional, y v) en el expediente médico existen dudas sobre si los familiares comprendieron la situación en la que se encontraba la presunta víctima". Respecto de las actuaciones de las autoridades judiciales, el Estado chileno reconoció que no fueron llevadas a cabo en un plazo razonable.

19. Respecto a las reparaciones, el Estado no reconoció las reparaciones solicitadas por las presuntas víctimas, ya que consideró que las reparaciones estaban relacionadas con la violación al derecho a la vida. Sin embargo, el Estado solicitó a la Corte que a efectos de determinar las reparaciones que en estos aspectos sean procedentes, se tomen en consideración los planteamientos del Estado, prescindiendo de aquellos factores y consideraciones que no tienen relación con la comisión de un ilícito internacional o que carecen nexo causal entre la vulneración y el daño a reparar.

20. En sus alegatos finales escritos, el Estado señaló que los puntos sobre los cuales no reconoce haber incurrido en responsabilidad internacional son que: "i) [l]os tribunales chilenos

llevaron a cabo una investigación sustantiva sobre los hechos que dan lugar a esta causa, cumpliendo con el estándar internacional de debida diligencia; ii) [d]e los hechos de la causa no se puede identificar, de acuerdo a los estándares fijados por esta misma Corte, vulneración al derecho a ser juzgado por un tribunal imparcial, ya sea en su variante subjetiva como objetiva; iii) [n]o se puede imputar el fallecimiento del señor Poblete Vilches al Estado de Chile, por cuanto su muerte es atribuible a su grave estado de salud; iv) [q]ue Chile, a la luz del artículo 26 de la Convención, sí ha adoptado diversas medidas para garantizar el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud; v) [r]especto a los familiares, el Estado no es responsable internacionalmente ni por la supuesta vulneración a su integridad personal ni al derecho a la dignidad y autodeterminación en relación al derecho a tomar decisiones libres en materia de salud en referencia al derecho al consentimiento informado”.

21. La **Comisión** valoró positivamente el reconocimiento de responsabilidad formulado por el Estado de Chile, en relación con: i) los hechos relativos al alta médica y la falta de atención médica adecuada durante el reingreso al hospital; ii) la violación de los derechos de acceso a la información en materia de salud, en relación con los artículos 4, 5 y 13 de la Convención Americana y las obligaciones establecidas en los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento, en perjuicio del señor Vinicio Poblete Vilches y sus familiares, así como los hechos vinculados a dicha afectación.

22. Sin embargo, la Comisión consideró que se mantiene controversia respecto de las violaciones a los familiares del señor Poblete Vilches conforme a los artículos 8, 25 y 5 de la Convención Americana, en lo relativo a la denegación de justicia. Respecto de la violación del artículo 4 de la Convención Americana, la Comisión consideró que “se desprende que subsistirá la controversia respecto de partes importantes del Informe de Fondo y que no estarían cubiertas por el reconocimiento del Estado”. Además, “la Comisión consider[ó] que la Corte debe realizar la determinación de hechos correspondientes, establecer las consecuencias jurídicas de los mismos y las reparaciones respectivas, de acuerdo con la gravedad y naturaleza de las violaciones ocurridas en este caso”. Por otra parte, la Comisión indicó en sus alegatos finales que es pertinente tener en cuenta la relación de interdependencia e indivisibilidad entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, y el impacto que tienen tanto en el derecho a la vida como en la integridad personal y la prestación inadecuada de los servicios de salud.

23. La Comisión resaltó que un aspecto fundamental del análisis permanece en controversia, específicamente la falta de adopción de medidas adecuadas por parte del personal médico de un Hospital Público chileno indistintamente de cuál hubiese sido el impacto final que dichas medidas tuvieran en la salud del señor Poblete Vilches y sus posibilidades de sobrevivir. Por otra parte, la Comisión destacó la posible inconsistencia en algunos aspectos del reconocimiento, como el hecho de que el Estado reconoció la violación del derecho a la integridad personal, pero al referirse a los mismos hechos a la luz del derecho a la vida, pareciera efectuar valoraciones diferentes sobre ellos cuanto la respuesta estatal fue adecuada o no. Por último, la Comisión solicitó analizar el alcance del reconocimiento, en cuanto al derecho al consentimiento informado y los artículos 4, 5 y 13 de la Convención, ya que en el Informe de Fondo se analizaron también “respecto a la falta de adopción de medidas adecuadas por parte del personal médico para garantizar el acceso a la información tanto al señor Poblete Vilches como a sus familiares”.

24. Las **representantes** también valoraron positivamente el reconocimiento parcial del Estado chileno respecto de la violación al derecho a la integridad personal y derecho a la salud del señor Poblete Vilches, en relación con el artículo 1.1 de la Convención; el derecho de acceso a la información en materia de salud en perjuicio del señor Poblete Vilches y su familia, y los artículos 11 y 7 de la Convención en perjuicio del señor Poblete Vilches. En cuanto a los

artículos 8.1 y 25 en relación con el 1.1 de la Convención Americana, las representantes indicaron que el Estado negó su responsabilidad a la afectación al derecho a la debida diligencia y al derecho a un tribunal imparcial, pero aceptó responsabilidad en cuanto a que el caso no se llevó en un plazo razonable. Además, las representantes notaron que en la contestación del Estado en el capítulo de consideraciones finales, sólo se menciona la afectación al derecho a la integridad personal y al derecho al consentimiento informado en perjuicio del señor Poblete Vilches; pero no menciona las violaciones al derecho a la dignidad y autodeterminación, el derecho a tomar decisiones libres ni el derecho a un plazo razonable, todos reconocidos anteriormente en diferentes partes del escrito. Por lo que las representantes señalaron que subsisten varios hechos que no fueron reconocidos por el Estado y existen discrepancias respecto de la significación jurídica de los hechos reconocidos, como ejemplo de esto "la enorme diferencia existente entre las partes respecto del significado jurídico de los hechos que afectaron la integridad personal y la salud del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, a los que el Estado ha vinculado solamente con la violación del art[ículo] 5 de la C[onvención] y esta parte por el contrario, ente[ndió] que más allá de la violación del art[ículo] 5, los hechos también resultaron violatorios del art[ículo] 4, derecho a la vida, y adicionalmente importaron la violación autónoma del derecho a la salud y a la seguridad social reconocidos en el art[ículo] 26 de la [Convención]".

### **B. Consideraciones de la Corte**

25. En este sentido, el Tribunal estima que el reconocimiento parcial de responsabilidad efectuado por el Estado constituye una contribución positiva al desarrollo de este proceso y a la vigencia de los principios que inspiran la Convención Americana<sup>7</sup>. Asimismo, la Corte considera, como en otros casos<sup>8</sup>, que tal reconocimiento produce plenos efectos jurídicos en el presente caso.

26. Sin perjuicio de lo anterior, de conformidad con los artículos 62<sup>9</sup> y 64<sup>10</sup> del Reglamento, así como en ejercicio de sus poderes de tutela judicial internacional de derechos humanos, cuestión de orden público internacional que trasciende la voluntad de las partes, incumbe al Tribunal velar porque los actos de allanamiento resulten aceptables para los fines que busca cumplir el sistema interamericano. En esta tarea no se limita únicamente a tomar nota del reconocimiento efectuado por el Estado, o a verificar las condiciones formales de los mencionados actos, sino que los debe confrontar con la naturaleza y gravedad de las violaciones alegadas, las exigencias e interés de la justicia, las circunstancias particulares del caso concreto y la actitud y posición de las partes<sup>11</sup>, de manera tal que pueda precisar, en cuanto sea posible y en el ejercicio de su competencia, la verdad de lo acontecido<sup>12</sup>. En tal

<sup>7</sup> Cfr. *Caso Benavides Cevallos Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de junio de 1998. Serie C No. 38, párr. 57, y *Caso Vereda La Esperanza Vs. Colombia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 341, párr. 21.

<sup>8</sup> Cfr. *Caso Acevedo Jaramillo y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144, párrs. 176 a 180, y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de agosto de 2017. Serie C No. 338, párr. 34.

<sup>9</sup> Artículo 62. Reconocimiento. Si el demandado comunicare a la Corte su aceptación de los hechos o su allanamiento total o parcial a las pretensiones que constan en el sometimiento del caso o en el escrito de las presuntas víctimas o sus representantes, la Corte, oído el parecer de los demás intervinientes en el proceso, resolverá, en el momento procesal oportuno, sobre su procedencia y sus efectos jurídicos.

<sup>10</sup> Artículo 64. Prosecución del examen del caso. La Corte, teniendo en cuenta las responsabilidades que le incumben de proteger los derechos humanos, podrá decidir que prosiga el examen del caso, aun en presencia de los supuestos señalados en los artículos precedentes.

<sup>11</sup> Cfr. *Caso Kimel Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 2 de mayo de 2008. Serie C No. 177, párr. 24, y *Caso Vereda La Esperanza Vs. Colombia*, *supra*, párr. 21.

<sup>12</sup> Cfr. *Caso Manuel Cepeda Vargas Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Serie C No. 213, párr. 17, y *Caso Vereda La Esperanza Vs. Colombia*, *supra*, párr. 21.

sentido, el reconocimiento no puede tener por consecuencia limitar, directa o indirectamente, el ejercicio de las facultades de la Corte de conocer el caso que le ha sido sometido<sup>13</sup> y decidir si, al respecto, hubo violación de un derecho o libertad protegidos en la Convención<sup>14</sup>. Para estos efectos, el Tribunal analiza la situación planteada en cada caso concreto<sup>15</sup>.

### **1. En cuanto a los hechos**

27. En el presente caso, el Estado planteó su reconocimiento parcial de responsabilidad en torno a los hechos referentes a: i) la decisión de alta médica; ii) el reingreso al Hospital del señor Poblete Vilches y la falta de diligencia del Estado durante su hospitalización, relacionada con las medidas que se debieron haber tomados para hacerle frente a su situación, la falta de camas disponibles en el hospital y el hecho de que el señor Poblete Vilches no fue trasladado a otro Hospital; iii) las falencias relativas al consentimiento informado en relación con la intervención quirúrgica realizada al señor Poblete Vilches, y iv) que las actuaciones de autoridades judiciales no fueron llevadas a cabo en un plazo razonable.

28. En particular, la Corte nota que subsisten algunas controversias respecto de algunos hechos no reconocidos por el Estado, específicamente los hechos relacionados con las actuaciones del personal médico y su impacto en la salud del señor Poblete Vilches, especialmente la relación con su muerte, la obtención del consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y el tratamiento del personal médico a los familiares. Por lo que la Corte considera oportuno realizar un análisis de los hechos controvertidos en los hechos probados de la presente Sentencia en el Capítulo VI.

### **2. En cuanto a las pretensiones de derecho**

29. La Corte constata que el Estado reconoció su responsabilidad internacional por la violación al artículo 13 en conexión con los artículos 4 y 5 de la Convención Americana y en relación con las obligaciones establecidas en los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Poblete Vilches y de su familia. Además consideró que se vulneraron los artículos 5, 7 y 11 de la Convención en perjuicio del señor Poblete Vilches. Por último, reconoció que hubo una violación a los artículos 8 y 25, al haber una infracción al plazo razonable por parte de las autoridades chilenas.

30. En lo que se refiere a los alcances de la responsabilidad del Estado por la violación de los artículos 5, 7 y 11 de la Convención, el Estado se refirió únicamente a la vulneración del señor Poblete Vilches pero no de sus familiares. Además, el Estado no reconoció responsabilidad por los artículos 4 y 26 de la Convención. Respecto de los artículos 8 y 25 de la Convención Americana, la Corte nota que, al reconocer su responsabilidad, el Estado se centró en el hecho de que las actuaciones de autoridades judiciales no fueron realizadas en un plazo razonable pero negó su responsabilidad por la afectación al derecho a la debida diligencia y al derecho a un tribunal imparcial.

31. Por último, teniendo en cuenta las violaciones reconocidas por el Estado, así como las observaciones de las representantes y de la Comisión, la Corte considera que este reconocimiento del Estado constituye un allanamiento parcial a las pretensiones de derecho de

---

<sup>13</sup> El artículo 62.3 de la Convención establece: “[l]a Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados Partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia, ora por declaración especial, como se indica en los incisos anteriores, ora por convención especial”.

<sup>14</sup> El artículo 63.1 de la Convención.

<sup>15</sup> Cfr. *Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala*. Sentencia de 25 de noviembre de 2003. Serie C No. 101, párr. 105, y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela, supra*, párr. 22.

la Comisión y de las representantes. Sin perjuicio de lo anterior y al subsistir controversias al respecto, el Tribunal considera oportuno hacer algunas consideraciones respecto de tales derechos en el Capítulo VII de la Sentencia.

### **3. En cuanto a las reparaciones**

32. En lo que se refiere a las medidas de reparación, la Corte constata que el Estado no reconoció las medidas solicitadas por las defensoras interamericanas. Por lo tanto, en el capítulo VIII, el Tribunal resolverá lo conducente en torno a las reparaciones solicitadas por la Comisión y las representantes y analizará la existencia del nexo causal entre las violaciones declaradas y los daños y medidas alegadas por las partes.

### **4. Valoración del alcance del reconocimiento parcial de responsabilidad**

33. En virtud de lo anterior y de las atribuciones que le incumben como órgano internacional de protección de los derechos humanos, la Corte estima necesario, en atención a las particularidades de los hechos sucedidos en el presente caso y a la forma como se ha desarrollado la controversia, dictar una Sentencia en la cual se determinen los hechos ocurridos de acuerdo a la prueba recabada en el proceso ante este Tribunal, que se repitan hechos similares y a satisfacer, en suma, los fines de la jurisdicción toda vez que ello contribuye a la reparación de los familiares del señor Poblete Vilches, a evitar interamericana sobre derechos humanos<sup>16</sup>.

34. De igual forma y en aras de asegurar una mejor comprensión de la responsabilidad internacional estatal en el presente caso y del nexo causal entre las violaciones establecidas y las reparaciones que se ordenarán, la Corte estima pertinente precisar el alcance y clasificación de las violaciones a los derechos humanos que acontecieron en el presente caso<sup>17</sup>.

## **V PRUEBA**

### **A. Prueba documental, testimonial y pericial**

35. La Corte recibió diversos documentos presentados como prueba por el Estado, las representantes y la Comisión Interamericana, adjuntos a sus escritos principales y de alegatos finales (*supra* párrs. 5 a 13). Asimismo, la Corte recibió las declaraciones rendidas ante fedatario público (*affidavit*) de Cesia Leila Poblete Tapia, Alejandra Marcela Fuentes Poblete y Sandra Momtufar Castillo, propuestas por las defensoras interamericanas y Patricia Isabel Navarrete y Osvaldo Salgado Zepeda, propuestos por el Estado. De igual forma, recibió los dictámenes de los peritos Fernando Mussa Abujamra Aith y Hernán Víctor Gullco, propuestos por las defensoras interamericanas y Claudio Fuentes, propuesto por el Estado. En cuanto a la prueba rendida en audiencia pública, la Corte recibió las declaraciones de la presunta víctima Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia y del testigo Rodrigo Avendaño Brandeis, propuesto por el Estado; así como de los peritos Alicia Ely Yemin, propuesta por la Comisión y Javier Alejandro Santos, propuesto por las defensoras interamericanas. Por otra parte, de conformidad con el artículo 59. b) del Reglamento, la Corte solicitó como prueba para mejor resolver "el Oficio No. 02609 de la Dirección del Servicio Metropolitano Sur Oriente dirigido al Ministerio de Salud de Chile" y la "Resolución de la Suprema Corte de Justicia de 14 de agosto de 2014". El Estado

<sup>16</sup> Cfr. *Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, párr. 69, y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. supra*, párr. 38.

<sup>17</sup> Cfr. *Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163*, párr. 54, y *Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. supra*, párr. 39.

presentó dicha documentación mediante comunicación de 22 de diciembre de 2017 y de 13 de febrero de 2018<sup>18</sup>, la cual fue transmitida a las representantes y a la Comisión.

### **B. Admisión de la prueba**

36. El Tribunal admite el valor probatorio de aquellos documentos presentados en la debida oportunidad procesal por las partes y la Comisión que no fueron controvertidos ni objetados, y cuya autenticidad no fue puesta en duda<sup>19</sup>. La Corte estima pertinente admitir las declaraciones y dictámenes rendidos en audiencia pública y mediante declaraciones ante fedatario público, en cuanto se ajusten al objeto definido por el Presidente en la Resolución que ordenó recibirlos<sup>20</sup> y al objeto del presente caso.

37. Ahora bien, en lo que se refiere a la oportunidad procesal para la presentación de prueba documental, de conformidad con el artículo 57.2 del Reglamento, ésta debe ser presentada, en general, junto con los escritos de sometimiento del caso, de solicitudes y argumentos o de contestación, según corresponda. La Corte recuerda que no es admisible la prueba remitida fuera de las debidas oportunidades procesales, salvo en las excepciones establecidas en el referido artículo 57.2 del Reglamento, a saber, fuerza mayor, impedimento grave o si se tratare de un hecho ocurrido con posterioridad a los citados momentos procesales<sup>21</sup>.

38. Mediante comunicación de 24 de octubre de 2017, la perita Alicia Ely Yemin presentó un documento correspondiente a información complementaria a su declaración pericial. Dicho documento quedó incorporado al trámite y resulta pertinente para la resolución del presente caso<sup>22</sup>, mismo que no fue objetado por el Estado.

39. El 20 de noviembre de 2017 las representantes remitieron, junto a sus alegatos finales escritos, un anexo referente a una factura por concepto de honorarios del perito Fernando Mussa Abujamra Aith. Al respecto, mediante comunicación de 4 de diciembre de 2017, el Estado presentó sus observaciones al anexo correspondiente y señaló que dicho anexo se remitió de forma extemporánea, al no haber sido presentado junto con los restantes gastos que pudo haber incurrido la contraparte y además dicho documento no podría ser reconocido ya que carece de los elementos esenciales para ser incorporado como factura válida para el fondo de asistencia a víctimas. Al respecto, la Corte observa que, pese a las prórrogas concedidas, las representantes no presentaron la factura original solicitada por la Corte el 12 de diciembre de 2017 con el fin de subsanar los defectos de dicha documentación, por lo que dicha documentación relativa al recibo de cobro es inadmisibile.

### **C. Valoración de la prueba**

40. Con base en su jurisprudencia constante respecto de la prueba y su apreciación, la Corte examinará y valorará los elementos probatorios documentales remitidos por las partes y la

<sup>18</sup> Respecto de la Resolución de 14 de agosto de 2014, el Estado aclaró que dicha Resolución corresponde a la Resolución de 25 de agosto de 2014 en atención a un error de transcripción.

<sup>19</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo*, Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr. 140, y *Caso Trabajadores Cesados de Petoperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344, párr. 74.

<sup>20</sup> Los objetos de todas estas declaraciones se encuentran establecidos en la Resolución del Presidente de la Corte de 21 de septiembre de 2017, puntos resolutivos primero y quinto, la cual puede ser consultada en la página web de la Corte en el siguiente enlace: [http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/poblete\\_21\\_09\\_17.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/poblete_21_09_17.pdf)

<sup>21</sup> Cfr. *Caso Barbani Duarte y otros Vs. Uruguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 13 de octubre de 2011. Serie C No. 234, párr.22, y *Caso Trabajadores Cesados de Petoperú, supra*, párr. 75.

<sup>22</sup> Cfr. *Caso Galindo Cárdenas y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 2 de octubre de 2015. Serie C No. 301, párr. 70, y *Caso Trabajadores Cesados de Petoperú, supra*, párr. 75.

Comisión que fueron incorporados por este Tribunal, así como las declaraciones y dictámenes periciales, al establecer los hechos del caso y pronunciarse sobre el fondo. Para ello se sujeta a los principios de la sana crítica, dentro del marco normativo correspondiente, teniendo en cuenta el conjunto del acervo probatorio y lo alegado en la causa<sup>23</sup>. Finalmente, conforme a la jurisprudencia de este Tribunal, la Corte recuerda que las declaraciones rendidas por las presuntas víctimas no pueden ser valoradas aisladamente sino dentro del conjunto de las pruebas del proceso, en la medida en que pueden proporcionar mayor información sobre las presuntas violaciones y sus consecuencias<sup>24</sup>.

## VI HECHOS

41. En este capítulo se establecerán los hechos del presente caso, con base en el marco fáctico sometido al conocimiento de la Corte por la Comisión, tomando en consideración el acervo probatorio del caso, lo alegado por las representantes y el Estado, así como tomando en cuenta los hechos reconocidos por el Estado y demás que no han sido controvertidos por las partes (*supra* párrs. 16 a 20). De esta forma, los mismos serán expuestos en los siguientes apartados: a) Sobre el señor Vinicio Antonio Poblete Vilches; b) Primer ingreso del Señor Vinicio Antonio Poblete Vilches al Hospital Sótero del Río; c) Segundo ingreso del Señor Vinicio Antonio Poblete Vilches al Hospital Sótero del Río, y d) Actuaciones de los familiares ante los órganos estatales.

### **A. Sobre el señor Vinicio Antonio Poblete Vilches**

42. El señor Poblete Vilches nació el 22 de mayo de 1924 y al momento de su muerte, el 7 de febrero de 2001, tenía 76 años<sup>25</sup>. El señor Poblete Vilches vivía junto con su esposa, Blanca Tapia Encina y sus tres hijos: Cesia Leila Siria Poblete Tapia, Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia y Gonzalo Poblete Tapia<sup>26</sup>.

### **B. Primer ingreso del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches al Hospital Sótero del Río**

43. El 17 de enero de 2001 el señor Poblete Vilches ingresó al Hospital Sótero del Río a causa de una insuficiencia respiratoria grave<sup>27</sup>. De conformidad con un informe ministerial que hace alusión a

<sup>23</sup> Cfr. *Caso de la "Panel Blanca" (Paniagua Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo*. Sentencia de 8 de marzo de 1998. Serie C No. 37, párrs. 69 a 76, y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú, supra*, párr. 79.

<sup>24</sup> Cfr. *Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Fondo*. Sentencia de 17 de septiembre de 1997. Serie C No. 33, párr. 43, y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párr. 35.

<sup>25</sup> Certificado de defunción de Vinicio Antonio Poblete Vilches emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación Chile el 9 de marzo de 2001 (expediente de prueba, anexo 1 del Informe de Fondo, f. 7).

<sup>26</sup> Cfr. Declaración rendida por Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017 (Transcripción de audiencia pública sobre fondo, eventuales reparaciones y costas; 19 de octubre de 2017, pág. 96), y Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, *affidávits*, f. 4462). Por su parte, la señora Blanca Tapia Encina falleció el 13 de enero de 2003 por estado séptico y cáncer de vesícula biliar con metástasis múltiples, mientras que el señor Gonzalo Poblete Tapia presentaba daño cerebral y una invalidez física y falleció el 4 de diciembre de 2011. Cfr. Certificado de defunción de Blanca Margarita Tapia Encina emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación Chile del 14 de enero de 2003 (expediente de prueba, anexo 17 del Informe de Fondo, f. 126), y Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 20 y 96, y Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4467).

<sup>27</sup> Cfr. Declaración rendida por Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 4 y 12, Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4462, y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, *affidávits*, f. 4470).

la ficha clínica<sup>28</sup> se precisó que “el [p]aciente ingres[ó] en [...] muy mal estado general, polipnéico, con compromiso de conciencia. Diabetes en tratamiento, arritmia no precisada, tratada con Amiodarona. En [tales] condiciones [fue] trasladado a la [Unidad de Cuidados Intensivos (en adelante UCI)], donde se estabili[zó] [...], por lo que al cuarto día [...] [fue] trasladado a Medicina”<sup>29</sup>. Estuvo durante cuatro días hospitalizado en la UCI Médica. El 22 de enero de 2001 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica donde estuvo amarrado con cables de sonda y bajo efectos sedantes<sup>30</sup>.

44. Al visitar a su familiar el 23 de enero de 2001, la médica María Chacón Fernández no les permitió verlo y según los familiares escucharon un quejido del señor Poblete Vilches para que “lo sacara[n] de ahí porque lo estaban matando”<sup>31</sup>. Además, declararon que la doctora Chacón les informó que el señor Poblete Vilches se encontraba en buen estado de salud y que lo llevarían al “pabellón” para hacerle una pequeña punción para ver si tenía líquido en el corazón pero no sería operado; a lo cual los familiares advirtieron que su padre padecía diabetes y que no podía ser intervenido quirúrgicamente<sup>32</sup>.

45. El día 26 de enero 2001 el señor Poblete Vilches entró “a pabellón”, y al salir los familiares pudieron observar que tenía en la cintura tres grandes heridas de las cuales salía un tubo de drenaje, además declararon que nunca se les solicitó autorización para someterlo a dicha cirugía<sup>33</sup>, siendo que se encontraba inconsciente<sup>34</sup>.

<sup>28</sup> “[...] Paciente con antecedentes de DM2 en tratamiento con glibenclamida 5mg c/12 [ilegible] y arritmia cardíaca cuyo [ilegible] no conoce por lo que uso amiodarona 200 mg/día V.O. Ayer inició cuadro de dificultad respiratoria asociada a mayor compromiso del estado general [...]. No se ha objetivado fiebre. Hoy empeoró hasta presentar disnea de reposo por lo que es traído al S.U., en este se objetivó [ilegible] apremio respiratorio con taquicardia irregular entre 130-100x [...]”. Ficha clínica del señor Vinicio Poblete Vilches. Documento anexo al Oficio Reservado No. 026/09 del Director Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, dirigido al Ministro de Salud, de 31 de agosto de 2009 (expediente de fondo, f. 1130).

<sup>29</sup> Auditoría Ministerial, Reservado No. 024, firmada por el Dr. Sergio Valenzuela Estévez, Jefe de Depto. [sic] Auditoría Servicio Salud Oriente. Documento dentro de Oficio Reservado No. 026/09 del Director del Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente, *supra*, y que consta dentro del oficio Ordinal No. 0812 del Director [S] Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, dirigido a la Directora de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores, de 19 de mayo de 2010 (expediente de fondo f. 1108).

<sup>30</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 4, Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4463, y Declaración rendida por Alejandra Marcela Fuentes Poblete ante el Primer Juzgado Civil el 15 de junio de 2007 (expediente de prueba, anexo 12 del Informe de Fondo, f. 110).

<sup>31</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 13 y 14, y Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4463.

<sup>32</sup> Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4464).

<sup>33</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 4 a 5, Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4464, Querrela criminal presentada Blanca Margarita Tapia Encina y Cesia Leila Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil el 12 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 6 al Informe de Fondo, f. 29), y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017, *supra* (expediente de fondo, f. 4471).

<sup>34</sup> Respecto del alcance del estado de “inconsciencia”, “compromiso de consciencia” y/o “desorientación” que presentaba el señor Poblete Vilches previo a la intervención quirúrgica de referencia, Cfr. Informe Médico de 19 de abril de 2006 suscrito por el Dr. Jorge Godoy Gallardo, Jefe de la Unidad de Paciente Crítico, sobre el ingreso del señor Vinicio Poblete Vilches al Hospital Sótero del Río el 17 de enero de 2001. Documento anexo al Oficio Reservado No. 026/09, *supra* (expediente de fondo, ff. 1110 a 1111). Respecto del estado que presentaba el señor Poblete Vilches al momento de ser sometido a la referida intervención quirúrgica, en este se informa: “[...] Paciente de 76 años [...]. Antecedente de: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y arritmia cardíaca, que ingresa al Hospital por dificultad respiratoria [...] Se conecta a ventilador mecánico hasta el día 20/01/01 [...] Se traslada a Medicina el 22/01/01 en condiciones estables, vigíl, desorientado pero cooperador. En su estadía en Medicina se le efectúa un ecocardiograma que muestra un derrame pericárdico moderado. Se decide efectuar un drenaje quirúrgico de su derrame pericárdico para lo cual se pide consentimiento informado. El procedimiento se llevó a cabo el día 26/01 realizándose una videotoracoscopia con ventana pericárdica [...]”. Cfr. Declaración rendida por Javier Alejandro Santos ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017 (Transcripción de audiencia pública sobre fondo, eventuales reparaciones y costas; 19 de octubre de 2017, págs. 50 a 51).



46. En el expediente médico de 26 de enero de 2001, se encuentra una leyenda manuscrita por "Margarita Tapia" que señala:

"26.0120001 se me ha explicado [sic] el procedimiento quirúrgico [sic] que se realizará a mi padre y estoy de acuerdo que este se realice, se me ha explicado [sic] y aceto [sic] los riesgos de la operación"<sup>35</sup>.

47. Según el Informe Pericial Calígrafo de 26 de diciembre del 2016, se asentó que la firma en el expediente médico no correspondía al de la señora Blanca Margarita Tapia Encina<sup>36</sup>, quien además era su esposa y no su hija<sup>37</sup>.

48. El 2 de febrero de 2001 el señor Vinicio Poblete Tapia recibió una llamada del hospital informándole que su padre ya se encontraba bien y debía volver a su entorno familiar. Al llegar al hospital a recoger a su padre, los familiares lo notaron en mal estado de salud e intentaron hablar con los médicos, pero nadie los atendió<sup>38</sup>.

49. Por el mal estado de salud en el que el señor Poblete Vilches se encontraba los familiares decidieron contratar una ambulancia privada para su traslado pues, según describieron, no había ambulancias disponibles en el hospital<sup>39</sup>.

50. El señor Poblete Vilches llegó a su casa ese mismo 2 de febrero de 2001 con una fiebre muy elevada, emanando pus de sus heridas, de las cuales sólo una estaba suturada<sup>40</sup>. Consecuentemente, el 5 de febrero de 2001 sus familiares llamaron a la doctora privada, Sandra Castillo Montufar, quien, luego de examinarlo, ordenó trasladarlo de inmediato al hospital, debido a que presentaba un cuadro febril complicado y diagnosticó "shock séptico, bronconeumonía bilateral, diabetes mellitus 2 [y] [p]ericarditis"<sup>41</sup>.

### **C. Segundo ingreso del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches al hospital Sótero del Río.**

51. El 5 de febrero de 2001 el señor Poblete Vilches fue nuevamente ingresado al Hospital Sótero del Río en el Servicio de Urgencias donde, fueron informados por el doctor Luis Car[v]ajal Freire

<sup>35</sup> Ficha clínica de Vinicio Antonio Poblete Tapia (expediente de prueba, anexo 8 del Informe de Fondo, f. 79).

<sup>36</sup> Informe Pericial Caligráfico Privado firmado por el perito Caligráfico Público Nacional José María Buitrago, de fecha 26 de diciembre de 2016 (expediente de prueba, anexo 13 del escrito de solicitudes y argumentos, f. 3225)

<sup>37</sup> Al respecto, el Estado en su contestación reconoció que el supuesto consentimiento por parte de los familiares que se encuentra en el expediente médico "[...] plantea dudas sobre la manera en que fue obtenido y su autenticidad" (expediente de fondo, ff. 380 a 381).

<sup>38</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 5 y 14, Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, ff. 4464 a 4465), y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017, (expediente de prueba ff. 4471 a 4472).

<sup>39</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 5, 8 y 14, Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4465), y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba f. 4472).

<sup>40</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 2 y 5, Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4465, y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4471.

<sup>41</sup> Declaración rendida ante fedatario público por Sandra Castillo Montúfar el 11 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4475). Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 16, y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4472).

que el señor Poblete Vilches tenía una "simple bronconeumonía"<sup>42</sup>. De acuerdo con la ficha clínica de ingreso<sup>43</sup>, se requería que el señor Poblete ingresara a la unidad de cuidados intensivos y apoyo de ventilador. A saber:

"[...] Plan: Paciente con indicación de UCI para apoyo ventilatorio. No hay disponibilidad en UCI o Qx. Se realizará manejo en intermedio a la espera de una cama de UCI.

Dg. 1) Insuficiencia respiratoria aguda parcial.

2) Shock probablemente séptico.

Foco [...] Neumonía intrahospitalaria.

3) DM Tipo II descompensada

4) Insuficiencia renal ¿agudo?

5) HTA

6) ICC

7) ACx FA

8) Cardiopatía coronaria

9) Hipercolemia

10) Compromiso conciencia [...]"

52. Según las declaraciones de los familiares en el segundo ingreso sucedieron los siguientes hechos que el Estado no controvertió:

- a) Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia declaró que el Dr. Gonzales le informó que su padre necesitaba un respirador mecánico, ya que no había en las instalaciones de la UCI Quirúrgica pero sí en la UCI Médica<sup>44</sup>.
- b) Vinicio Poblete Tapia le preguntó a un doctor sobre la disponibilidad de un respirador mecánico, pero éste le respondió que "no sacaban nada con ponérselo, ya que igual iba a durar unos siete días más"<sup>45</sup>.
- c) Cesia Leila Siria Poblete declaró que su padre permaneció en su segundo ingreso en la UCI Quirúrgica y un médico le informó a su hermano, Vinicio, que necesitaba de un respirador mecánico, el cual no había en dichas instalaciones pero sí en la UCI Médica<sup>46</sup>.
- d) Cesia Leila Siria Poblete manifestó que su hermano Vinicio Marco Poblete llamó al hospital y la doctora que se encontraba a cargo de su padre le dijo a que lo habían subido a UCI Quirúrgica y no a la UCI Médica, porque no era posible que subieran a un viejo a la UCI Médica ya que había que darle esa posibilidad a alguien más joven<sup>47</sup>.
- e) Cesia Leila Siria Poblete agregó que su hermano Vinicio Marco Poblete se comunicó a la UCI Médica hablando con el subdirector Dr. Humberto Montecinos para pedirle que ayudaran a su padre y lo ingresaran a la UCI Médica en donde sí contaban con el respirador, a lo que el médico contestó "que él ya le había dado una oportunidad para estar en la UCI Médica la

<sup>42</sup> Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, *affidávits*, folio 4466).

<sup>43</sup> Ficha clínica del señor Vinicio Poblete Vilches de 6 de febrero de 2001 (expediente de prueba, f. 815).

<sup>44</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 5, y Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4466.

<sup>45</sup> Declaración de Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia de 6 de abril de 2006 ante el Primer Juzgado Penal (expediente de prueba, anexo 4 del Informe de Fondo, f. 570).

<sup>46</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4466).

<sup>47</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4466, y Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 5.

primera vez que había estado hospitalizado, por lo que no le darían una nueva [oportunidad]<sup>48</sup>.

- f) Cesia Leila Siria Poblete declaró que, al no tener dinero para comprar un respirador para su padre, su hermano Vinicio Marco Antonio llamó a los canales de televisión solicitando ayuda para conseguir uno. Posteriormente, un periodista les informó que habían conseguido uno y que esa información ya había sido comunicada al doctor Humberto Montecinos, pero los familiares nunca supieron qué paso con ese ventilador mecánico<sup>49</sup>.

53. En la ficha clínica de Vinicio Antonio Poblete Vilches de 7 de febrero de 2001, a las 12:10 horas, se indica sobre el momento en el que se le proporcionó la información a los familiares sobre el estado de salud del señor Poblete Vilches:

"[...] Se ha conversado la gravedad de la situación con familiares, también he conversado sobre la decisión de manejar en intermedio y no en UCI por la condición y pronóstico del paciente, junto a la carencia de camas de paciente crítico. La familia muestra conformidad pero tengo dudas sobre si entienden a cabalidad el pronóstico [y] la enfermedad actual del paciente"<sup>50</sup>.

54. Según oficio del Director del Complejo Asistencial Sótero del Río, señala que "[...] Con fecha 6 de febrero de 2001, el paciente Vinicio Antonio Poblete Vilches, reingres[ó] a la Unidad de Emergencia Adulto de este Centro Asistencial, hospitalizándose con diagnóstico de cuadro neumónico y falla renal [...] En esta Unidad el Dr. Humberto Montecinos Salucci, en conjunto con el equipo médico a cargo, atendiendo a la clínica y los exámenes disponibles, concluyen que el paciente presenta una falla multiorgánica, situación que es informada a la familia del paciente, así como el mal pronóstico. Producto de la reunión que el equipo médico tuvo con los familiares [...] se tom[ó] la decisión de no conectar al paciente a ventilación mecánica, considerando que era una limitación de esfuerzo terapéutico"<sup>51</sup>.

### **1. Fallecimiento del señor Poblete Vilches**

55. En el peritaje médico emitido por el Servicio Médico Legal del Gobierno de Chile efectuado el 8 de junio de 2006 se indicó lo siguiente sobre las últimas horas de vida del señor Poblete Vilches:

"23:20: En falla multiorgánica y acidosis metabólica progresiva. Esto asociado a patología previa constituye un mal pronóstico. En Intercunsulta [*sic*], médico de UCI anota paciente con compromiso de conciencia tóxico asociado a deterioro cerebral previo. Se conversa con familiares sobre la gravedad del paciente y la necesidad, por falta de cama en UCI de continuar [*sic*] en Servicio Intermedio. Médico duda sobre si familiares comprenden a cabalidad la situación actual y pronóstico del paciente. 5:45 horas se constata fallecimiento [...]"<sup>52</sup>.

<sup>48</sup> Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, ff. 4466 y 4467. *Cfr.* Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 5.

<sup>49</sup> *Cfr.* Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, ff. 4466 y 4467. *Cfr.* Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública del 19 de octubre de 2017, pág. 5.

<sup>50</sup> Ficha clínica del señor Vinicio Poblete Vilches. Documento anexo al Oficio Reservado No. 026/09, *supra*, (expediente de fondo, f. 1313).

<sup>51</sup> Oficio ordinario No. [ilegible] de Dr. Fernando Betanza Vallejos, Director, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, que "[e]nvía antecedentes de atención médica, caso. D. Vinicio Poblete Vilches" [*sic*]. Dirigido al Ministerio de Salud del Gobierno de Chile por el Director del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 1 de septiembre de 2009 (expediente de fondo, ff. 1119 y 1120).

<sup>52</sup> Pericia médico legal No. 140-2005 emitida por el Servicio Médico Legal del Gobierno de Chile el 8 de junio de 2006 (expediente de prueba, anexo 48 del Informe de Fondo, f. 205).

56. Según el certificado de defunción el señor Vinicio Antonio Poblete Vilches falleció de un shock séptico y una bronconeumonía bilateral a las 5:40 horas del 7 de febrero de 2001<sup>53</sup>.

57. No obstante, los familiares declararon que recibieron una llamada informándoles que su pariente había muerto de un paro cardíaco<sup>54</sup>. Además, el señor Poblete Tapia manifestó que al acudir al hospital fue informado de que su padre había muerto por una falla en el hígado<sup>55</sup>. Posteriormente, los familiares indicaron que al acudir por el cuerpo, vieron que el señor Poblete Vilches tenía una cinta en su pecho que mencionaba como causa de muerte "edema pulmonar"<sup>56</sup>.

58. Consecuentemente, los familiares solicitaron al hospital la realización de una autopsia, pero el hospital se negó a hacerla<sup>57</sup>.

#### **D. Actuaciones de los familiares ante los órganos estatales**

##### **1. Querellas criminales**

59. El 12 de noviembre de 2001 Blanca Margarita Tapia Encina y Cesia Leila Poblete Tapia presentaron querrela criminal por el delito culposo de homicidio ante el Primer Juzgado de Letras de Puente Alto<sup>58</sup> (en adelante "Primer Juzgado Civil") en contra de "María Chacon Fernández, Ximena Echeverría Pezoa, Luis Carvajal Freire, Erick o Marcelo Garrido, del Sr. Anuch y Sr. Montesinos en su calidad de médicos o becados del Hospital Sótero del Río [...], que atendieron profesionalmente a [su] familiar don Vinicio Antonio Poblete Vilches, quienes con su actuar, en forma inexplicable y absolutamente negligente y culpable, trajo consigo el desenlace fatal[...]"<sup>59</sup>. En dicha denuncia, sustanciada bajo el Número de Rol 75.821-M, se solicitaron las siguientes diligencias: i) citar a declarar a los querrelados y otros relacionados al asunto; ii) solicitar la ficha clínica del señor Poblete Vilches, y iii) decretar la exhumación del cadáver del señor Poblete Vilches, con la finalidad de realizar una autopsia<sup>60</sup>.

60. El Primer Juzgado Civil, el 12 de noviembre de 2001, se declaró incompetente dado que "el delito denunciado [...] tuvo su principio de ejecución el 17 de [e]nero de 2001, fecha en la cual se encontraba de turno el T[ercer] Juzgado del Crimen" a quien remitió la causa<sup>61</sup>. El Tercer Juzgado del Crimen igualmente se declaró incompetente el 23 de noviembre de 2001 y devolvió la causa al

<sup>53</sup> Certificado de defunción de Vinicio Antonio Poblete Vilches emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación Chile el 9 de marzo de 2001 (expediente de prueba, anexo 1 del Informe de Fondo, f. 7).

<sup>54</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4467), y Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública el 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 5.

<sup>55</sup> Cfr. Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 6 de abril de 2006, *supra*, f. 570.

<sup>56</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, f. 4467, Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 6 de abril de 2006, *supra*, (expediente de prueba, f. 570), y Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública el 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 17.

<sup>57</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4467), y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017, *supra*, (expediente de prueba, f. 4472).

<sup>58</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, *affidávits* de los representantes, f. 4467), y Querrela criminal presentada por Blanca Tapia Encina y Cesia Leila Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 12 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 6 del Informe de Fondo, f. 27).

<sup>59</sup> Cfr. Querrela criminal presentada por Blanca Tapia Encina y Cesia Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 12 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 6 del Informe de Fondo, f. 28).

<sup>60</sup> Cfr. Querrela criminal interpuesta por Blanca Tapia Encina y Cesia Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 12 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 6 del Informe de Fondo, ff. 32 a 34).

<sup>61</sup> Cfr. Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto de 12 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 18 del Informe de Fondo, f. 128).

Primer Juzgado Civil<sup>62</sup>. El Primer Juzgado Civil se declaró incompetente de nuevo el 11 de diciembre de 2001<sup>63</sup>, elevando la causa a la Corte de Apelaciones de San Miguel<sup>64</sup>, la cual determinó la competencia a favor del Primer Juzgado Civil el 6 de febrero de 2002<sup>65</sup>. Este juzgado tuvo por interpuesta la querrela y despachó una orden de investigación por la Brigada de Homicidios con el Rol No. 75.821-M el 13 de febrero de 2002<sup>66</sup>. Asimismo, el 13 de febrero de 2002, fue ordenada por el Primer Juzgado Civil la exhumación del cadáver del señor Poblete Vilches para la realización de la autopsia, sin embargo, esta diligencia no se llevó a cabo<sup>67</sup>.

61. El 16 de octubre de 2002, el Primer Juzgado Civil solicitó al Hospital Sótero del Río la ficha clínica del señor Poblete Vilches, la cual se recibió el 14 de noviembre de 2002<sup>68</sup>.

62. El 12 de abril de 2003, el Primer Juzgado Civil recibió el Informe Policial de la Brigada de Homicidios Metropolitana de la Policía de Investigaciones de Chile. Al mismo se adjuntó el informe del Médico Asesor Criminalista, quien concluyó que del contenido de la ficha clínica se desprendería que el "paciente recibió las atenciones y cuidados médicos oportunos y eficaces; en consecuencia, el fallecimiento está mejor explicado [...] por la gravedad de sus complicaciones, que superaron los esfuerzos médicos y medios disponibles"<sup>69</sup>.

63. Los días 13 y 20 de mayo y 3 de diciembre de 2003 declararon ante el juzgado, los médicos Ximena del Pilar Echeverría Pezoa<sup>70</sup>, Humberto Reinaldo Montecinos Salucci<sup>71</sup> y Sandra Zoraida Castillo Montufar<sup>72</sup>, respectivamente.

64. Los días 28 de febrero de 2004, 20 de diciembre de 2004 y 31 de octubre de 2005 el Primer Juzgado Civil despachó las órdenes de arresto en contra de Luis Carvajal Freire<sup>73</sup>. El 6 de abril de 2004, el Décimo Noveno Juzgado del Crimen ordenó el arresto contra el doctor Luis Carvajal Freire por el delito de desobediencia a las órdenes del Primer Juzgado Civil de Puente Alto<sup>74</sup>. El 8 de enero

<sup>62</sup> Cfr. Resolución del Tercer Juzgado del Crimen el 23 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 19 del Informe de Fondo, f. 130).

<sup>63</sup> Cfr. Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 11 de diciembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 20 del Informe de Fondo, f. 132).

<sup>64</sup> Cfr. Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 11 de diciembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 20 del Informe de Fondo, f. 132), y Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 24 de diciembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 21 del Informe de Fondo, f. 134).

<sup>65</sup> Cfr. Resolución de la Corte de Apelaciones de San Miguel el 6 de febrero de 2002 (expediente de prueba, anexo 22 del Informe de Fondo, f. 136).

<sup>66</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 13 de febrero de 2002 (expediente de prueba, anexo 23 del Informe de Fondo, f. 138). Nota: el Auto incluye la orden de investigar por la Brigada de Homicidios, bajo el Rol con el No. 75821-M.

<sup>67</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 13 de febrero de 2002 (expediente de prueba, anexo 23 del Informe de Fondo, f. 138).

<sup>68</sup> Cfr. Autos del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 16 de octubre de 2002 y 14 de noviembre de 2002 (expediente de prueba, anexo 24 del Informe de Fondo, ff. 140 a 142).

<sup>69</sup> Cfr. Informe de 5 de abril de 2003 del Médico Asesor Criminalista, Dr. José Belletti Barrera, de la Brigada de Homicidios Metropolitana de la Policía de Investigaciones de Chile (expediente de prueba, expediente de trámite ante la CIDH, ff. 2405 a 2408).

<sup>70</sup> Cfr. Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto de Ximena del Pilar Echeverría Pezoa el 13 de mayo de 2003 (expediente de prueba, anexo 27 del Informe de Fondo, f. 157).

<sup>71</sup> Cfr. Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Humberto Reinaldo Montecinos Salucci el 20 de mayo de 2003 (expediente de prueba, anexo 28 del Informe de Fondo, f. 159).

<sup>72</sup> Cfr. Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Sandra Zoraida Castillo Montufar el 3 de diciembre de 2003 (expediente de prueba, anexo 10 del Informe de Fondo, f. 104).

<sup>73</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 28 de febrero de 2004 (expediente de prueba, anexo 30 del Informe de Fondo, f. 163); Oficio No. 261 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 28 de febrero de 2004 (expediente de prueba, anexo 31 del Informe de Fondo, f. 165), Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 20 de diciembre de 2004 (expediente de prueba, anexo 32 del Informe de Fondo, f. 167), y Orden de aprehensión del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 31 de octubre de 2005 (expediente de prueba, anexo 34 del Informe de Fondo, f. 169).

<sup>74</sup> Cfr. Orden de arresto del Décimo Noveno Juzgado del Crimen del 06 de abril de 2004 (expediente de prueba, anexo 35 del Informe de Fondo, f. 171).

de 2005, el anterior Juzgado ordenó el arresto en contra del doctor Luis Carvajal Freire por el delito Cuasidelito de Homicidio<sup>75</sup>. El 6 de febrero de 2006, el Primer Juzgado Civil declaró "rebelde" a Luis Carvajal Freire<sup>76</sup>. El 23 de mayo de 2007, el Primer Juzgado Civil comprobó que el doctor Luis Carvajal Freire continuaba trabajando en el Hospital Sótero del Río<sup>77</sup>.

65. El 19 de julio de 2005, el Primer Juzgado Civil remitió la causa al Servicio Médico Legal para que éste obtuviera información "respecto de la responsabilidad médica que habría cabido a los facultativos tratantes"<sup>78</sup>. El 15 de septiembre de 2005, el Primer Juzgado Civil remitió la causa nuevamente a la Corte de Apelaciones de San Miguel<sup>79</sup>, pero ésta devolvió la causa al Primer Juzgado Civil el 21 de noviembre de 2005 y declaró que "la señora Juez del Primer Juzgado Civil [...] prestará atención preferente a la tramitación de la mencionada causa, dando cuenta a es[a] Corte en forma quincenal de su avance"<sup>80</sup>.

66. El 7 de octubre de 2005, el señor Vinicio Poblete Tapia presentó otra querrela ante el Primer Juzgado Civil, la cual fue tramitada bajo el No. de Rol 94.393-M, en contra de quienes resultaren responsables por el delito de homicidio culposo cometido en perjuicio del señor Poblete Vilches y solicitó, entre otras, las siguientes diligencias: i) citar a declarar a los doctores Garrido [sic], Ximena Echeverría Pezoa, María Chacón Fernández, Anuch [sic], Lorna Luco, Gonzálo Menchaca, y Luis Carvajal Freire; ii) oficiar al Hospital Sótero del Río a fin de que este enviara la ficha médica completa de Vinicio Antonio Poblete Vilches; iii) decretar la "exhumación del cadáver" del señor Poblete Vilches, "con el fin de realizar una autopsia que determine la causa real de su muerte", y v) que se acumulara esa segunda querrela a la anterior, es decir, la tramitada con el Rol No. 75.821-M, y cuya acumulación solicitada por el denunciante fue concedida en auto de misma fecha, "una vez que la causa rol No. 75.821 se recepci[onara] de la I. Corte de Apelaciones de San Miguel", lo cual sucedió el día 7 de diciembre de 2005<sup>81</sup>.

67. Entre el 3 de marzo de 2006 y el 15 de junio de 2007, durante el trámite de la querrela acumulada ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto, las siguientes personas declararon ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto: Marcelo Adán Garrido; María Carolina Chacón Fernández; Vinicio Poblete Tapia; Cesia Leila Poblete Tapia; Lili Marlene Rojas Hernández; Jorge Alejandro Fuentes Poblete; y Alejandra Marcela Fuentes Poblete<sup>82</sup>.

<sup>75</sup> Cfr. Orden de arresto del Décimo Noveno Juzgado del Crimen del 08 de enero del 2005 (expediente de prueba, anexo 36 del Informe de Fondo, f. 173).

<sup>76</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 06 de febrero de 2006 (expediente de prueba, anexo 37 del Informe de Fondo, f. 176).

<sup>77</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 23 de mayo de 2007 (expediente de prueba, anexo 61 del Informe de Fondo, f. 239).

<sup>78</sup> Cfr. Oficio No. 1363 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto de 19 de julio de 2005 (expediente de prueba, anexo 38 del Informe de Fondo, f. 178).

<sup>79</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 15 de septiembre de 2005 (expediente de prueba, anexo 40 del Informe de Fondo, f. 182).

<sup>80</sup> Cfr. Oficio No. 2809-05 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 7 de diciembre de 2005 (expediente de prueba, anexo 41 del Informe de Fondo, f. 184).

<sup>81</sup> Cfr. Querrela presentada por Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 7 de octubre de 2005 (expediente de prueba, anexo 7 del Informe de Fondo, ff. 42 y 43); Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 7 de octubre de 2005 (expediente de prueba, anexo 7 del Informe de Fondo, f. 44), y Oficio No. 2809-05 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 7 de diciembre de 2005 (expediente de prueba, anexo 41 del Informe de Fondo, f. 184).

<sup>82</sup> Cfr. Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Marcelo Adán Garrido Salvo el 3 de marzo de 2006 (expediente de prueba, anexo 2 del Informe de Fondo, f. 9); Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por María Carolina Chacón Fernández el 7 de marzo de 2006 (expediente de prueba, anexo 42 del Informe de Fondo, f. 186); Declaración ante el Primer Juzgado Penal por Vinicio Marco Antonio Poblete el 6 de abril de 2006 (expediente de prueba, anexo 4 del Informe de Fondo, ff. 17 a 22); Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 14 de septiembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 3 del Informe de Fondo, f. 11); Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Lili Marlene Rojas Hernández el 18 de octubre de 2006 (expediente de prueba, anexo 53 del Informe de Fondo, f. 220); Declaración ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Jorge Alejandro Fuentes Poblete el 12 de junio de 2007 (expediente de prueba, anexo 5 del Informe de Fondo, ff. 24 y 25), y Declaración ante el

68. El 21 de marzo de 2006, la representación del señor Vinicio Poblete Tapia solicitó las siguientes diligencias: i) la declaración del querellante, ii) la declaración de Cesia Leila Poblete Tapia, iii) careo entre los dos anteriores y la doctora María Carolina Chacón Fernández. Además se solicitó que, debido al deterioro de salud del señor Poblete Tapia, éstas fuesen "decretadas a la brevedad posible y con carácter de urgentes"<sup>83</sup>. El 18 de abril de 2006, la representación del señor Poblete Tapia solicitó diversas declaraciones<sup>84</sup>.

69. El 8 de junio de 2006, el Servicio Médico Legal del Gobierno de Chile remitió la Pericia Médico Legal N° 140-2005, realizada con base en la historia clínica, en la cual se concluyó que el señor Poblete Vilches, quien padecía de diabetes tipo 2, "debió hospitalizarse en dos oportunidades en lapso de tres semanas por un Edema Pulmonar Agudo más un Fibrilación Auricular de alta frecuencia desencadenadas por una Cardiopatía Isquémica y además una infección cutánea extensa". Además, fue señalado que "[e]l conjunto de todas estas patologías fue debidamente diagnosticado y dada su gravedad fueron debidamente tratadas primero en la UCI [Quirúrgica] y luego en un Servicio de Medicina". La Pericia Médico Legal notó también que el segundo ingreso se debió a un "[s]hock [s]éptico y [f]alla [m]ultiorgánica debido a una neumonía intrahospitalaria, situación susceptible de ocurrir luego de una estadía hospitalaria previa" y que, "dado su avanzada edad, patologías preexistentes y múltiples factores de riesgo, precipitaron su fallecimiento a pesar de las múltiples y adecuadas medidas terapéuticas recibidas". En este sentido, los peritos "encontra[ron] que no hubo falta a la *Lex Artis*"<sup>85</sup>.

70. Los días 5 de abril de, 27 de junio de y 5 de septiembre de 2006 la representación de la doctora María Carolina Chacón Fernández presentó solicitudes de sobreseimiento de la causa seguida en su contra ante el Primer Juzgado Civil por la muerte del señor Vinicio Poblete Vilches<sup>86</sup>, las cuales fueron denegadas<sup>87</sup>. El 21 de noviembre de 2006, la representación de la doctora María Carolina Chacón Fernández nuevamente solicitó el sobreseimiento de dicha causa. Al respecto, el 22 de noviembre de 2006, el Primer Juzgado Civil de Puente Alto finalmente declaró cerrado el sumario de referencia<sup>88</sup>.

---

Primer Juzgado Civil de Puente Alto por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 15 de junio de 2007 (expediente de prueba, anexo 12 del Informe de Fondo, ff. 110 y 111).

<sup>83</sup> Cfr. Escrito de representación de Vinicio Poblete Tapia promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 21 de marzo de 2006 (expediente de prueba, anexo 43 del Informe de Fondo, ff. 188 y 189).

<sup>84</sup> A saber: las correspondientes a Alejandra y Jorge Fuentes Poblete, Rosa Gazmuri M., Cecilia Caniqueo Ralil, Lily Rojas y Cecilia Yañez, enfermeras del Hospital Sótero del Río, y Elizabeth Aviles, médico cirujano que operó al señor Poblete Vilches. Cfr. Escrito de la representación de Vinicio Poblete Tapia interpuesto ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 18 de abril de 2006 (expediente de prueba, anexo 46 del Informe de Fondo, f. 197).

<sup>85</sup> Cfr. Pericia Médico Legal No. 140-2005 emitido por el Servicio Médico Legal del Gobierno de Chile el 8 de junio de 2006 (expediente de prueba, anexo 48 del Informe de Fondo, f. 203). Firmantes: las doctoras Katherine Corcoran Ivelic, Médico Legista y Coordinadora Técnica de la Unidad Responsabilidad Médica del Departamento Clínica Forense del Servicio Médico Legal, y Rebeca Barahona Bustamante, Médico Legista del Departamento Clínica Forense del Servicio Médico Legal del Gobierno de Chile.

<sup>86</sup> Correspondiente a la causa sustanciada bajo el Número de Rol 75.821-M en virtud de la querrela presentada por Blanca Margarita Tapia Encina y Cesia Leila Siria Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 12 de noviembre de 2001 (expediente de prueba, anexo 6 del Informe de Fondo, f. 27), a la que se acumuló la causa bajo el No. de Rol 94.393-M, tramitada en relación a la querrela presentada por Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 7 de octubre de 2005 (expediente de prueba, anexo 7 del Informe de Fondo, ff. 36 a 43).

<sup>87</sup> Cfr. Escrito de la representación de María Carolina Chacón Fernández promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto, recibido el 5 de abril de 2006, y Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto de 6 de abril de 2006, (expediente de prueba, anexo 45 del Informe de Fondo, ff. 194 y 195); Escrito de la representación de María Carolina Chacón Fernández promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto y recibido el 27 de junio de 2006 (expediente de prueba, anexo 49 del Informe de Fondo, ff. 209 y 210); Proveído del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 26 de julio de 2006 (expediente de prueba, anexo 50 del Informe de Fondo, f. 212); Escrito de la representación de María Carolina Chacón Fernández promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto, recibido el 5 de septiembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 51 del Informe de Fondo, ff. 214 y 215), y Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 14 de septiembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 52 del Informe de Fondo, f. 218).

<sup>88</sup> Cfr. Escrito de la representación de María Carolina Chacón Fernández promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto y recibido el 21 de noviembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 54 del Informe de Fondo, f. 222 y 223), y

71. El 7 de diciembre del 2006, la representación de la doctora Chacón Fernández solicitó al Primer Juzgado Civil de Puente Alto que dictara acusación fiscal o sobreseimiento temporal o definitivo en su contra por el cuasidelito de homicidio<sup>89</sup>. En atención a ello, el 11 de diciembre del 2006 el Primer Juzgado resolvió que “no se enc[ontraba] suficientemente justificado en autos la existencia del delito denunciado” y declaró que “se sobrese[ía] temporalmente [dicha] causa, hasta que se re[unieran] nuevos y mejores datos de investigación”<sup>90</sup>.

72. El 29 de enero de 2007, la representación del señor Poblete Tapia solicitó la reapertura del sumario, argumentado que “[l]a investigación instruida en su oportunidad [...] carec[ía] de importantes antecedentes relacionados directamente con la causa, los cuales no ha[bían] sido tomados en consideración al no haber sido realizados por el tribunal, pese a haberse solicitado en su oportunidad durante el sumario” y nuevamente solicitó diligencias adicionales entre las cuales estaba la exhumación del cadáver del señor Poblete Vilches para así poder clarificar la causa definitiva de su muerte<sup>91</sup>.

73. El 27 de febrero de 2007 el Primer Juzgado Civil desarchivó la causa y el 17 de abril de 2007 la misma volvió a estado de sumario<sup>92</sup>.

74. El 21 de enero de 2008, el Primer Juzgado Civil ordenó realizarse “informe de facultades mentales” a Cesia Poblete Tapia y a Vinicio Poblete Tapia<sup>93</sup>. Sin embargo, el Servicio Médico Legal comunicó mediante orden de 30 de mayo de 2008 que no se había recibido dicha solicitud<sup>94</sup>.

75. El 3 de mayo de 2008, el expediente sustanciado en el Primer Juzgado Civil ingresó a la cuenta de la Corte de Apelaciones de San Miguel en Santiago, y fue devuelto al Tribunal de primera instancia el 14 de mayo de 2008<sup>95</sup>.

76. El 11 de junio de 2008, el Primer Juzgado Civil nuevamente declaró cerrado el sumario<sup>96</sup> y el 30 de junio de 2008 dictó una vez más el sobreseimiento temporal de la causa, “hasta que se reun[ieran] nuevos y mejores datos de investigación”<sup>97</sup>.

77. El 4 de agosto de 2008, en virtud de “nuevos y mejores antecedentes”, la representación de la familia del señor Poblete Vilches solicitó el desarchivo judicial<sup>98</sup>, y el 5 de agosto de 2008 el Primer Juzgado Civil ordenó el desarchivo de la causa<sup>99</sup>.

---

Resolución del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 22 de noviembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 55 del Informe de Fondo, f. 225).

<sup>89</sup> Cfr. Escrito de la representación de María Carolina Chacón Fernández promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto, recibido el 07 de diciembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 56 del Informe de Fondo, f. 227).

<sup>90</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 11 de diciembre de 2006 (expediente de prueba, anexo 57 del Informe de Fondo, f. 230).

<sup>91</sup> Cfr. Escrito de la representación de Vinicio Poblete Tapia interpuesto ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto, recibido el 29 de enero de 2007 (expediente de prueba, anexo 58 del Informe de Fondo, ff. 232 y 233).

<sup>92</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto de 27 de febrero de 2007 (expediente de prueba, anexo 59 del Informe de Fondo, f. 235), y Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto de 17 de abril de 2007 (expediente de prueba, anexo 60 del Informe de Fondo, f. 237).

<sup>93</sup> Cfr. Auto del Primer Juzgado Civil de Puente Alto el 21 de enero de 2008 (expediente de prueba, anexo 62 del Informe de Fondo, f. 241).

<sup>94</sup> Cfr. Orden No. 10187 emitido por el Servicio Médico Legal del Gobierno de Chile, dirigido al Primer Juzgado Civil de Puente Alto de fecha 11 de junio de 2008 (expediente de prueba, anexo 63 del Informe de Fondo, f. 243).

<sup>95</sup> Cfr. Auto de la Corte de Apelaciones de San Miguel el 3 de mayo de 2008 (expediente de prueba, anexos 65 y 66 del Informe de Fondo, ff. 247 y 249).

<sup>96</sup> Cfr. Auto de 11 de junio de 2008 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto (expediente de prueba, anexo 67 del Informe de Fondo, f. 251).

<sup>97</sup> Cfr. Auto de 30 de junio de 2008 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto (expediente de prueba, anexo 69 del Informe de Fondo, f. 253).

<sup>98</sup> Cfr. Escrito de la representación de Vinicio Poblete Tapia promovido ante el Primer Juzgado Civil de Puente Alto, recibido el 04 de agosto de 2008 (expediente de prueba, anexo 70 del Informe de Fondo, f. 255).



78. El 28 de agosto de 2008, la Corte Suprema de Justicia solicitó al Primer Juzgado Civil que remitiera copia de la causa No. 75.821 por el delito de homicidio en contra de María Chacón Fernández y otros<sup>100</sup>, la cual fue remitida a la Corte Suprema de Justicia el 9 de septiembre de 2008<sup>101</sup>.

79. El señor Vinicio Poblete Tapia presentó varias solicitudes ante la Presidencia de la Corte Suprema de Justicia entre el 2008 y el 2015, con la finalidad de que ésta interviniera en la investigación sustanciada ante el Primer Juzgado Civil. El Presidente de la Corte Suprema de Justicia rechazó todas las solicitudes<sup>102</sup>, declarando reiteradamente que "el Presidente [...] no t[enía] facultades para intervenir en los procesos que se sustancian ante los demás Tribunales de la República, indicando[...] que la interposición de recursos procesales [...] constituye la vía idónea para reclamar frente a resoluciones judiciales cuyo contenido las partes estiman desfavorables a sus intereses" y que "el Presidente [...] carec[ía] de atribuciones legales para conocer del asunto [...] toda vez que no p[odía] intervenir en asuntos judiciales terminados". El 8 de enero de 2015, el Presidente de la Corte Suprema de Justicia declaró que "carec[ía] de atribuciones legales para conocer en el asunto al que alud[ía], toda vez que las alegaciones que realiza[ba] ya ha[bían] sido conocidas y resueltas por tribunal competente, específicamente por [la] Corte [Suprema de Justicia] con fecha 14 de agosto de 2014, no pudiendo modificarse lo allí ordenado"<sup>103</sup>.

## **2. Otros procedimientos**

### *2.1 Mediación*

80. El 13 de enero de 2006, el señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia promovió ante el Consejo de Defensa del Estado en la Unidad de Mediación un reclamo en contra del Hospital Sótero del Río y sus funcionarios<sup>104</sup>. El 4 de abril de 2006 se llevó a cabo la primera audiencia de mediación y comparecieron Vinicio Poblete Tapia, Cesia Leila Poblete Tapia y Jorge Fuentes Poblete. En representación del hospital compareció el abogado Hernán Pardo Roche. El señor Poblete Tapia declaró que "[l]a falta de información la resum[ía] en tres hechos que califica[ba] de graves, a saber: [n]o realización de la punción en la forma señalada; alta en estado grave y negativa a realizar la autopsia". En este sentido, añadió que "respecto de la Dra. Chac[ón] [...] ésta trató a la familia en forma inadecuada, que califica[ba] de humillante". Sin embargo, los doctores demandados no comparecieron y, por ende, se acordó la realización de una segunda audiencia de mediación<sup>105</sup>.

81. El 27 de abril de 2006 ocurrió la segunda audiencia de mediación ante la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado. En ésta comparecieron, por una parte, Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia, Cesia Leila Poblete Tapia y Jorge Fuentes Poblete, asistido por la abogada María

<sup>99</sup> Cfr. Auto de 5 de agosto de 2008 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto (expediente de prueba, anexo 71 del Informe de Fondo, f. 257).

<sup>100</sup> Cfr. Resolución de la Corte Suprema de Justicia de Chile, oficio número 4824 de 28 de agosto de 2008 dirigido al Primer Juzgado Civil de Puente Alto (expediente de prueba, anexo 72 del Informe de Fondo, f. 259).

<sup>101</sup> Cfr. Auto de 9 de septiembre de 2008 del Primer Juzgado Civil de Puente Alto (expediente de prueba, anexo 73 del Informe de Fondo, f. 261).

<sup>102</sup> Cfr. Resoluciones de la Corte Suprema de Justicia de fechas 6 de marzo de 2008, 8 de julio de 2011, 20 de agosto de 2012, 14 de marzo de 2013 y 8 de enero de 2015 (expediente de prueba, anexo 64, f. 245; anexo 74, ff. 263 y 264; anexo 75, ff. 266 y 267; anexo 76, ff. 269 y 270, y anexo 77, f. 272, todos del Informe de Fondo).

<sup>103</sup> Cfr. Resolución de la Corte Suprema de Justicia de fecha 8 de enero de 2015 (expediente de prueba, anexo 77 del Informe de Fondo, f. 272), y Resolución de la Corte Suprema de Justicia de fecha 25 de agosto de 2014 (expediente de fondo, prueba para mejor resolver presentada por el Estado, ff. 1399 a 1401).

<sup>104</sup> Cfr. Acta de Primera Audiencia de Mediación en la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado el 4 de abril de 2006 (expediente de prueba, anexo 78 del Informe de Fondo, f. 274).

<sup>105</sup> Cfr. Acta de Primera Audiencia de Mediación por la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado (expediente de prueba, anexo 78 del Informe de Fondo, ff. 274 a 276).

Francisca Jiménez y, por la otra, el abogado Hernán Pardo Roche y el doctor Luis Carvajal Freire. En esa ocasión, el representante del Hospital Sótero del Río entregó una copia de una auditoría médica<sup>106</sup> realizada por el Sr. Sergio Valenzuela Estévez, Jefe del Departamento de Auditoría del E.S.M.S.O., de fecha 29 de mayo de 2001, la cual concluyó a partir de la Ficha Clínica, lo siguiente:

"[...] A juicio de este auditor el paciente fue tratado adecuadamente en su condición de gravedad por la falla multisistémica. El médico tratante conversó con los familiares sobre la gravedad del paciente y la imposibilidad de traslado a UCI Médica por la condición y pronóstico del paciente y la carencia de camas. La familia muestra conformidad, pero tengo dudas si entienden a cavallidad [sic] el pronóstico y la enfermedad actual del paciente. Fallece el día 07-02-2001 a las 05:45 horas [...]"<sup>107</sup>.

## 2.2 Procedimiento administrativo y otros

82. Según la información aportada por las partes, a pedido de información de la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía de la Cámara de Diputados sobre los sumarios administrativos y sus resultados, por presunta negligencia médica en la muerte del Señor Poblete Vilches a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se desprende que no existe proceso administrativo alguno que tenga relación con el señor Vinicio Poblete Vilches<sup>108</sup>.

83. En el expediente ante la Corte constan notas de prensa de 2010 y 2012, de las que se desprende que se denunciaron situaciones de negligencia médica en el Hospital Sótero del Río<sup>109</sup>. Asimismo, en la página web [www.reclamos.cl](http://www.reclamos.cl) existe un listado de reclamos tanto presuntas negligencias médicas como por el deficiente servicio y las malas condiciones en contra este Hospital entre los años 2011 hasta la actualidad<sup>110</sup>.

## VII FONDO

84. El presente caso se relaciona con la alegada responsabilidad internacional del Estado por la atención brindada en el Hospital público Sótero del Río al señor Poblete Vilches, quien era una persona mayor<sup>111</sup>. Durante su primer ingreso se le practicó una intervención, presuntamente cuando el paciente se encontraba inconsciente, sin el consentimiento de la familia. Además, se alegó que se le habría dado de alta de manera temprana, y durante su segundo ingreso se le

<sup>106</sup> Cfr. Acta de Segunda Audiencia de Mediación por la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado el 27 de abril de 2006 (expediente de prueba, anexo 79 del Informe de Fondo, f. 278).

<sup>107</sup> Cfr. Acta de segunda audiencia de Mediación por la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado el 27 de abril de 2006 (expediente de prueba, anexo 79 del Informe de Fondo, f. 278).

<sup>108</sup> Cfr. Escrito número 005-10 de la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía (expediente de prueba, anexo 80 del Informe de Fondo, f. 280); Escrito del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile de 30 de octubre de 2009 (expediente de prueba, anexo 82 del Informe de Fondo, ff. 284 y 285), y Escrito número 4181 del Ministro de Salud de 15 de diciembre de 2009 (expediente de prueba, anexo 81 del Informe de Fondo, f. 282).

<sup>109</sup> Cfr. Nota periodística aparecida en el diario Cambio 21 en Facebook, titulada "Presentan denuncia por negligencia médica contra hospital Sótero del Río [...]" (expediente de prueba, anexo 13 del Informe de Fondo, f. 113); Nota periodística aparecida en el noticiario MEGAtestigo de 14 de mayo de 2012, titulada "Familia denuncia negligencia médica Hospital Sótero del Río" (expediente de prueba, anexo 14 del Informe de Fondo, f. 115), y Nota periodística aparecida en el Radio Bio Bio en Facebook de 27 de octubre de 2010 titulada "Hospital Sótero del Río realizará sumario interno por muerte de bebé en vientre materno" (expediente de prueba, anexo 15 del Informe de Fondo, ff. 117 y 118).

<sup>110</sup> Cfr. Listado completo de reclamos asociados al Hospital Sótero del Río (expediente de prueba, anexo 16 del Informe de Fondo, ff. 120 a 124). Las constantes denuncias sobre estas irregularidades y deficiencias en el nosocomio referido continúan hasta la actualidad a través de esta vía, siendo las más recurrentes aquellas relacionadas con la mala atención médica, la falta de atención oportuna, carencia de camas de hospitalización y equipamiento, así como los diagnósticos clínicos erróneos, la más reciente de ellas realizada el 28 de enero de 2018. Cfr. [https://www.reclamos.cl/empresa/hospital\\_s\\_tero\\_del\\_r\\_o](https://www.reclamos.cl/empresa/hospital_s_tero_del_r_o).

<sup>111</sup> La Corte utilizará el término persona mayor en la presente Sentencia, al haberse adoptado en el artículo segundo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Adoptada el 15 de junio de 2015 por la Asamblea General de la OEA. Entrada en vigencia el 11 de enero de 2017. No obstante, por razones de temporalidad, el citado dispositivo no resulta exigible en relación con los hechos del caso en análisis.

habría negado el tratamiento que requería, derivando posteriormente en su fallecimiento en el mismo hospital. Además, el caso se relaciona con las investigaciones y acciones judiciales que se realizaron para esclarecer su muerte y, en su caso, deslindar las responsabilidades correspondientes, así como las posibles afectaciones que sufrieron sus familiares. En vista de lo anterior, y tomando en cuenta el reconocimiento parcial de responsabilidad del Estado, corresponde a la Corte determinar el alcance de las violaciones acreditadas. Para ello, la Corte procederá a analizar los argumentos presentados por las partes y la Comisión, y desarrollará las consideraciones de derecho pertinentes relacionadas con el derecho a la salud (artículo 26<sup>112</sup>); los derechos a la vida e integridad personal (artículos 4<sup>113</sup> y 5<sup>114</sup>), y el derecho al consentimiento informado en materia de salud (artículos 26, 13<sup>115</sup>, 11<sup>116</sup> y 7<sup>117</sup>). Asimismo, analizará los derechos a las garantías judiciales y protección judicial (artículos 8<sup>118</sup> y 25<sup>119</sup>), y el derecho a la integridad personal respecto de los familiares (artículo 5), todos ellos en relación con el artículo 1.1<sup>120</sup> de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

## VII-1 DERECHOS A LA SALUD, VIDA, INTEGRIDAD Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (ARTÍCULOS 26, 1.1, 4, 5, 13, 7 Y 11 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)

### **A. Argumentos de las partes y de la Comisión**

#### **1. Relativos al derecho a la salud**

85. La **Comisión** no alegó la violación autónoma del derecho a la salud ni se pronunció al respecto en su Informe de Fondo. Sin embargo, en sus observaciones finales escritas, señaló "que considera importante que sin perjuicio de la información que ha aportado el Estado sobre avances más recientes en materia de protección de derechos económicos, sociales y culturales en Chile, la Corte realice las determinaciones que correspondan en relación con el momento en que tuvieron lugar los hechos y las violaciones específicas identificadas en el presente caso". Manifestó que se trata de una oportunidad para abordar supuestos de responsabilidad estatal

<sup>112</sup> Artículo 26. Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados ∞.

<sup>113</sup> Artículo 4. Derecho a la vida. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente [...].

<sup>114</sup> Artículo 5. Derecho a la integridad personal. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral [...].

<sup>115</sup> Artículo 13. Libertad de Pensamiento y Expresión. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección [...].

<sup>116</sup> Artículo 11. Protección de la honra y de la dignidad. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad [...].

<sup>117</sup> Artículo 7. Derecho a la libertad personal. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal [...].

<sup>118</sup> Artículo 8. Garantías judiciales. 1. Toda persona 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 [...].

<sup>119</sup> Artículo 25. Protección judicial. 1. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales [...].

<sup>120</sup> El artículo 1.1 de la Convención establece que [l]os Estados [...] se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción [...].

derivados de deficiencias estructurales en hospitales públicos. Asimismo, la Comisión expresó que el caso plantea la posibilidad de analizar situaciones particulares de vulnerabilidad en el acceso al derecho a la salud y al sistema de salud pública, específicamente en relación con las personas adultas mayores y también las consideraciones sobre la protección adecuada de los derechos de las personas en situación de pobreza, y la aplicación del principio de igualdad y no discriminación.

86. Las **representantes** alegaron que el Estado violó el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social, previstos en el artículo 26 de la Convención, de forma autónoma. Respecto a la justiciabilidad directa de los DESCAs, hicieron alusión al precedente en el caso *Lagos del Campo Vs. Perú*, en el que por primera vez se declaró la violación autónoma del artículo 26 de la Convención Americana, por lo que entendieron que lo mismo debía suceder en este caso. Respecto a las obligaciones estatales, las representantes argumentaron que “algunas facetas [son] de cumplimiento inmediato por tratarse de acciones simples a cargo del [E]stado que no requieren mayores recursos”. Igualmente argumentaron que el carácter de progresividad de los DESCAs no significa que éstos “no sean exigibles o que puedan eternamente incumplirse”.

87. Las **representantes** resaltaron que el señor Poblete Vilches era un adulto mayor “con patologías agregadas que hacían de su [situación] un caso que requería atención pronta y oportuna”. Al no proporcionar tratamiento adecuado, “el Estado de Chile falló en brindar la asistencia de salud mínima requerida que resulta[ba] exigible de manera inmediata”. Agregaron que “[n]o es posible entonces aquí discutir la progresividad del derecho a la salud”. Asimismo, resaltaron que el Estado “ha abundado en detalles sobre las diferentes políticas implementadas y medidas adoptadas en pos de mejorar su sistema público de salud”, sin embargo éste “se limitó a ofrecer un menú de decisiones políticas desarrolladas en los últimos años sin demostrar el impacto real y efectivo que pudieran haber tenido en las poblaciones más vulnerables”.

88. Por su parte, si bien el **Estado** mencionó el derecho a la salud en su reconocimiento, consideró que no hubo violación al artículo 26 de la Convención, ya que no se puede probar el incumplimiento de la obligación de adoptar medidas para el desarrollo progresivo del derecho a la salud y el derecho a la seguridad social. Para probar el cumplimiento de su deber el Estado enumeró diferentes programas, leyes y medidas administrativas y financieras que desde hace años ha implementado. Asimismo, en sus alegatos finales indicó el Estado que apoya la justiciabilidad de los DESCAs vía conexión con los Derechos Civiles y Políticos, mas no reconoció la competencia de la Corte para declarar la vulneración del artículo 26 de la Convención en forma directa. El Estado agregó que si bien la Corte puede incorporar diversos criterios interpretativos en el desarrollo de su jurisprudencia, el tribunal internacional debe respetar los límites jurisdiccionales de su competencia contenciosa y tener en consideración cuáles fueron las obligaciones contraídas por los Estados al momento de ratificar la Convención.

## **2. Relativos a la vida y a la integridad personal**

89. La **Comisión** determinó que el Estado fue responsable por la violación de los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud establecidos en los artículos 4 y 5, en relación con el artículo 1.1 de la Convención, en perjuicio del señor Poblete Vilches, debido tanto a la decisión de darle de alta del hospital, como a la falta de provisión de tratamiento adecuado en el segundo ingreso. Consecuentemente, consideró que el Estado no adoptó las medidas disponibles y razonables para ofrecerle tratamiento adecuado al señor Poblete Vilches que podría haber razonablemente adoptado. En su Informe de Fondo realizó un análisis interrelacionado de los artículos 4 y 5 de la Convención. En vista de ello, reiteró la posible inconsistencia que plantea el alcance precisado por el Estado sobre su reconocimiento parcial de responsabilidad, en el sentido que sólo abarca por ejemplo la violación del derecho a la integridad personal del señor Vinicio Poblete, en relación con los hechos que la Comisión también determinó como violatorios del derecho a la vida.

90. Las **representantes** manifestaron respecto a la conexión del derecho a la vida y a la integridad personal con el derecho a la salud, que “el derecho a la vida exige por parte de los Estados, la adopción de medidas de prevención que tengan relación con la mantención de la vida de las personas por medio de la provisión de una situación económica y social que impida su muerte por falta de atención médica”. Alegaron que existe una fuerte inconsistencia entre las afirmaciones que efectúa el Estado en cuanto a su responsabilidad en la violación del derecho a la vida y las que realizó en relación a la violación del derecho a la integridad personal. Sostuvieron que los hechos referentes a los artículos 4 y 5 son los mismos y que, por lo tanto, el reconocimiento de responsabilidad debe aplicarse a ambos derechos. Señalaron también que “la ausencia de programas, infraestructura y actividades necesarios para el bienestar personal” o “la deficiente calidad de ellos” pueden resultar en una violación del derecho a la salud por parte del Estado.

91. Respecto de la violación del derecho a la vida, las representantes alegaron que el Estado no adoptó todas las medidas que estaban a su alcance para brindar al señor Vinicio Poblete Vilches una atención de salud adecuada. En cuanto a la exigencia de que se demuestre una relación de causalidad entre las omisiones comprobadas y el resultado de muerte, entendieron que la responsabilidad del Estado surge cuando se demuestra que con su acción o su omisión incrementó el riesgo para la vida de la persona. Agregaron que el Estado sabía de la existencia de una situación de riesgo para la vida del señor Poblete y no tomó las medidas necesarias para prevenir o evitar ese riesgo. Recordaron que el perito señaló que si alguna posibilidad tenía Vinicio Poblete de sobrevivir era a través de la adopción de medidas tan básicas como ingresarlo en una unidad cerrada de cuidados intensivos, brindarle asistencia respiratoria mecánica y proveerle de un tratamiento antibiótico adecuado. Las **representantes** señalaron que tampoco es posible hablar de relación o nexo de causalidad en estos casos, y que jamás se podría afirmar, ni en este caso ni en cualquier otro, que brindar un tratamiento a un paciente, cualquiera fuese, habría evitado su muerte con absoluta certeza. Concluyeron que el Estado no cumplió con los deberes especiales de protección a los que tienen derecho las personas en condición de vulnerabilidad. De modo que el Estado fue responsable por las violaciones de los artículos 4.1 y 5.1 en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención.

92. El **Estado** alegó que no es responsable internacionalmente de la violación al artículo 4 de la Convención Americana. Argumentó que “el sólo fallecimiento no resulta suficiente para determinar una vulneración del derecho a la vida, sino que además debe comprobarse que el Estado no adoptó, dentro de sus atribuciones, las medidas necesarias que razonablemente podían esperarse para garantizar el derecho, y que la no adopción de dichas medidas fue el nexo causal directo del fallecimiento”. Al respecto, el Estado expuso que adoptó las medidas que estaban a su alcance para salvaguardar la vida del señor Vinicio Poblete Vilches, teniendo en consideración el delicado estado de salud en el que se encontraba y las herramientas clínicas que tenía a su alcance. Asimismo, expuso que no hay forma que se demuestre que con algún tratamiento diferente al proporcionado el señor Poblete Vilches hubiera sobrevivido.

93. El **Estado** contrastó su posición con la declaración del perito Santos, quien hiciera referencia a disconformidades respecto a cuestiones supuestamente básicas, como la asistencia respiratoria mecánica o el antibiótico que él estimaba era el apropiado tras el reingreso del señor Poblete Vilches al Hospital; sin embargo, dicha disconformidad no fue suficiente para señalar que hubo negligencia médica en el caso. En tal sentido, “la mera disconformidad con el tratamiento otorgado tras su segundo ingreso no puede transformarse en un estándar a ser establecido jurisprudencialmente por esta Corte”. El Estado sostuvo que la ventilación mecánica no es una prestación básica. Asimismo, señaló que a través del proceder médico del Hospital Sotero del Río, actuó bajo el criterio de razonabilidad no siendo tal hecho la razón del lamentable fallecimiento del señor Poblete Vilches, quien desde su primer ingreso, sumado a su edad, presentaba un cuadro médico crónico, reconocido como tal por el propio perito Santos. El

Estado concluyó que los hechos señalados configuran una vulneración del artículo 5 de la Convención, pero no así en cuanto al derecho a la vida, el cual está regido por estándares distintos, y de ahí que se reconozca responsabilidad respecto de uno y no de otro. Consecuentemente, reconoció expresamente que la decisión de dar de alta a la víctima, en efecto, no fue adecuada ni pertinente y que eso "constituyó un obstáculo en el acceso a condiciones que le garantizaran su derecho a la integridad corporal y, además, a su salud".

### **3. Relativos al consentimiento informado**

94. La **Comisión** señaló que en el expediente médico no se encuentran contenidos mínimos que permitirían entender si el señor Poblete Vilches y sus familiares recibieron información concreta para efectuar el consentimiento informado ni que se cumpliera con los tres elementos del mismo. La Comisión indicó que ni en el marco del procedimiento realizado en el primer ingreso del señor Poblete Vilches ni en el marco del tratamiento tras su segundo ingreso, el personal médico cumplió con sus obligaciones en materia de consentimiento informado. Asimismo, señaló que dado que el Hospital Sótero del Río es un hospital público, el incumplimiento resulta directamente atribuible al Estado chileno. En este sentido, la Comisión consideró que Chile violó el derecho de acceso a la información para la elección de servicios de salud, protegido por el artículo 13, en relación con las obligaciones en el artículo 1.1, y los derechos a la vida, integridad y salud establecidos en los artículos 4 y 5 de la Convención, en perjuicio del señor Poblete Vilches y de sus familiares.

95. Las **representantes** señalaron que el señor Poblete Vilches se encontraba inconsciente al momento en el que se decidió sobre su intervención quirúrgica y, por ello, no estaba en condiciones de consentir ningún tipo de procedimiento. Además, sus familiares, quienes conocían los antecedentes de diabetes que padecía el paciente, expresaron que no autorizaban ninguna intervención. En este sentido, las representantes indicaron que la constancia que se encuentra en la historia clínica para autorizar el procedimiento fue falsificada. Por otro lado, indicaron que no existe registro alguno que indique que la presunta víctima o sus familiares hayan recibido información completa del estado de salud del señor Poblete Vilches; la naturaleza del diagnóstico, ni una descripción detallada de la naturaleza, riesgos, consecuencias y tratamientos alternativos del procedimiento. Agregaron que para la época de los hechos el Estado contaba con normativas internas relevantes sobre consentimiento informado<sup>121</sup>. Por lo que las representantes concluyeron que el Estado violó el derecho a la información en materia de salud previsto en el artículo 13.1 en conexión con los artículos 4.1, 5.1 y 26 y con las obligaciones que surgen del artículo 1.1 de la Convención Americana, al no garantizar a Vinicio Poblete ni a sus familiares directos el derecho a brindar consentimiento informado con anterioridad a la realización de una intervención médica. Por último, las representantes concluyeron que la falta de consentimiento antes de someter a la presunta víctima a una intervención quirúrgica resultó además violatoria de los derechos a la autonomía personal y a decidir libremente, previstos en los artículos 11 y 7 de la Convención, en perjuicio del señor Poblete Vilches y de sus familiares.

96. En cuanto al reconocimiento parcial de responsabilidad, las representantes señalaron en sus alegatos finales escritos que el Estado sólo reconoció la violación de los artículos 7 y 11 respecto del señor Vinicio Poblete y no de sus familiares. Al respecto, las representantes argumentaron que: i) la titularidad tanto del derecho a la autonomía y privacidad asegurados en el artículo 11, como el derecho a tomar decisiones libres que surge del artículo 7 de la Convención, no pueden estar sujetos a la existencia o no de un acto formal de voluntad del

<sup>121</sup> Tales como: el Código de Ética del Colegio de Médicos de Chile; el Decreto Supremo Núm. 42, derogado en el año 2005, y la "Carta de Derechos al Paciente", elaborada por el Fondo Nacional de Salud en conjunto con el Ministerio de Salud. Estos instrumentos incluían la obligación de los médicos de contar con el consentimiento expreso de parte de los pacientes o sus familiares, lo que hacía inexcusable la omisión de los médicos en el presente caso.

paciente; ii) cuando el paciente no está en condiciones de prestar el consentimiento informado, los familiares tienen el derecho propio de hacerlo, dado que el derecho a tomar decisiones libres se torna operativo para los familiares cuando el paciente no puede ejercer el suyo; iii) el derecho a tomar decisiones libres en cabeza de los familiares es una derivación lógica del derecho a obtener información en materia de salud; iv) el artículo 11 contiene una cláusula general de protección de la dignidad que también poseen los familiares de los pacientes y esta se vio afectada, toda vez que se les negó el derecho de obtener información en materia de salud y, con ello, la posibilidad de ejercer el derecho a tomar decisiones libres respecto de la salud del señor Poblete Vilches, y v) el artículo 11 reconoce el derecho a la privacidad, estableciendo la inviolabilidad de la vida privada y familiar, la cual resultó irremediadamente dañada por la negativa del Estado de brindarles información en materia de salud que permitiera tomar la mejor decisión libremente para la protección de la vida familiar. Por otra parte, las representantes solicitaron a la Corte tomar en consideración un segundo momento en donde se debió requerir el consentimiento de los familiares y no se hizo, correspondiente al hecho de que se brindara atención intermedia al señor Poblete Vilches por la falta de camas, en vez de la que requería, que era asistencia en UCI Médica con un respirador mecánico.

97. El **Estado** reconoció la violación del artículo 13 de la Convención, derecho de acceso a la información en materia de salud, en conexión con los artículos 4 y 5, y en relación con las obligaciones de los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana, en perjuicio del señor Poblete Vilches y sus familiares. Asimismo, el Estado aceptó su responsabilidad por la violación de los artículos 11 y 7 en perjuicio del señor Poblete Vilches, pero no por la supuesta afectación a sus familiares. Además, el Estado resaltó los antecedentes normativos en materia de consentimiento informado, entre estos, el Decreto Supremo Núm. 42; el documento denominado "Normas y Documentos de Ética Médica", elaborado por el Colegio de Médicos; la "Carta de Derechos al Paciente", del Fondo Nacional de Salud y el Ministerio de Salud, y los avances normativos recientes, como la Ley N. 20.584, que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, y el Decreto Núm. 31, que aprueba el Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. En sus alegatos finales, el Estado mencionó la implementación de la Ley 19.966 de 2004, la cual incluye la regla del consentimiento informado, así como la Ley 20.584 de 2012, que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, incluyendo el derecho al consentimiento informado y a la información en salud.

98. Por otra parte, consideró que la violación de los derechos consagrados en los artículos 11 y 7 no son aplicables a los familiares "[d]ebido a que estos [...] derechos son parte de la esfera individual de cada persona sin que puedan ser transmisibles a otras, [ni] que exista de manera fehaciente y convincente el deseo del paciente para proteger de forma adecuada sus derechos, al no estar en condiciones de ejercerlos por sí mismo, más aún en decisiones tan personales como las que pueden afectar su vida". Añadió que "trasladar esta autonomía personal a los familiares es inaceptable, dado que no se cuentan con antecedentes de la existencia de un juicio sustitutivo o bien por subrogación, o la firma de una directriz anticipada o existencia de constancia en que el paciente exprese su voluntad de someterse a las decisiones de sus familiares". Además, el Estado indicó que respecto de ésta vulneración a los familiares en este caso, opera una figura distinta al caso de *I.V. Vs. Bolivia*, ya que lo que opera es una figura que en algunas legislaciones es denominada como consentimiento informado por representación o sustitución. En este sentido, el Estado argumentó que la participación de estos en el proceso de comunicación se limita únicamente a brindar un testimonio de lo que podría constituir la voluntad del paciente, previo a su estado de inconsciencia.

## **B. Consideraciones de la Corte**

99. En vista de las controversias presentadas en relación con el tratamiento brindado por instituciones públicas que habrían derivado en la muerte del señor Poblete Vilches, a continuación corresponde a la Corte pronunciarse particularmente respecto del alcance y componentes del derecho a la salud en los siguientes apartados generales: 1) el derecho a la salud protegido por la Convención; 2) los derechos a la vida e integridad, y 3) el consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud. Para efectos del presente caso, la Corte estima innecesario referirse adicionalmente al derecho a la seguridad social aludido por las representantes (*supra* párr. 86).

### **1. EL DERECHO A LA SALUD**

#### **1.1 El derecho a la salud protegido por el artículo 26 de la Convención**

100. En la sentencia del caso *Lagos del Campo Vs. Perú*, la Corte desarrolló y concretó por primera vez una condena específica en forma autónoma del artículo 26 de la Convención Americana<sup>122</sup>, dispuesto en el Capítulo III, titulado Derechos Económicos, Sociales y Culturales de este tratado. Así, este Tribunal reiteró<sup>123</sup> su competencia para conocer y resolver controversias relativas al artículo 26 de la Convención Americana, como parte integrante de los derechos enumerados en la misma, respecto de los cuales el artículo 1.1 confiere obligaciones generales de respeto y garantía a los Estados<sup>124</sup>. Asimismo, la Corte reiteró la interdependencia entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, puesto que deben ser entendidos integralmente y de forma conglobada como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello<sup>125</sup>.

<sup>122</sup> *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párrs. 142 y 145.

<sup>123</sup> *Cfr. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2009 Serie C No 198, párr. 16, 17 y 100, y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párr. 154.

<sup>124</sup> *Cfr. Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párrs. 142 y 154.

Párr. 142. "En [este] sentido, el Tribunal [sostuvo] que los términos amplios en que está redactada la Convención indican que la Corte ejerce una jurisdicción plena sobre todos sus artículos y disposiciones. Asimismo, resulta pertinente notar que si bien el artículo 26 se encuentra en el capítulo III de la Convención, titulado 'Derechos Económicos, Sociales y Culturales', se ubica también en la Parte I de dicho instrumento, titulado 'Deberes de los Estados y Derechos Protegidos' y, por ende, está sujeto a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 señalados en el capítulo I (titulado 'Enumeración de Deberes'), así como lo están los artículos 3 al 25 señalados en el capítulo II (titulado 'Derechos Civiles y Políticos')". *Cfr. Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú, supra*, párr. 100, y ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 13: El derecho a la educación (artículo 13 del Pacto)*, U.N Doc. E/C.12/1999/10, 8 de diciembre de 1999, párr. 50.

<sup>125</sup> *Cfr. Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párr. 141; *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú, supra*, párr. 101. Ver también *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 131; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párr. 172; *Opinión Consultiva OC-23/17* de 15 de noviembre de 2017. Serie A No. 23, párrs. 47, 51, 52 y 54, 57. En el mismo sentido: *Cfr. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No 9: "La aplicación interna del Pacto"*, U.N. Doc. E/C.12/1998/24, 3 de diciembre de 1998, párr. 10. Véanse también: TEDH, *Caso Airey Vs. Irlanda*, No. 6289/73. Sentencia de 9 de octubre de 1979, párr. 26, y *Caso Sidabras y Dziutas Vs. Lituania*, Nos. 55480/00 y 59330/00. Sentencia de 27 de julio de 2004, párr. 47. Ver también: Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (arts. VI, VII, XI-XVI, XXI-XXIII); Declaración y Programa de Viena, suscrito en el marco de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada por las Naciones Unidas en Viena, Austria, del 14 al 25 de junio de 1993; Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, aprobada el 27 de julio de 1981 durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana; Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de DESC, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 2008; Directrices de Maastricht sobre violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de



101. Asimismo, en el caso *Acevedo Buendía Vs. Perú*, la Corte se pronunció sobre los trabajos preparatorios de la Convención relativos al artículo 26, destacando inclusive la intervención del Estado chileno, en esa ocasión, en la tutela de los derechos protegidos por esa norma [...] <sup>126</sup>.

102. En este sentido, la Corte resalta el Preámbulo de la Convención Americana, el cual estableció claramente la interdependencia y protección de tales derechos económicos y sociales en la Convención Americana, al disponer que:

[...]

Los Estados Americanos signatarios de la presente Convención,

[...] Reiterando que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos, y

Considerando que la Tercera Conferencia Interamericana Extraordinaria (Buenos Aires, 1967) aprobó la incorporación a la propia Carta de la Organización de normas más amplias sobre derechos económicos, sociales y educacionales y resolvió que una convención interamericana sobre derechos humanos determinara la estructura, competencia y procedimiento de los órganos encargados de esa materia.

Han convenido en lo siguiente: [...] <sup>127</sup>.

---

1997; Principios de Limburgo de 1986, relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>126</sup> A saber: “[...] En este sentido el Tribunal recuerda que el contenido del artículo 26 de la Convención fue objeto de un intenso debate en los trabajos preparatorios de ésta, nacido del interés de los Estados por consignar una “mención directa” a los “derechos” económicos, sociales y culturales; ‘una disposición que establezca cierta obligatoriedad jurídica [...] en su cumplimiento y aplicación’; así como ‘los [respectivos] mecanismos [para su] promoción y protección’, ya que el Anteproyecto de tratado elaborado por la Comisión Interamericana hacía referencia a aquellos en dos artículos que, de acuerdo con algunos Estados, sólo ‘recog[ían] en un texto meramente declarativo, conclusiones establecidas en la Conferencia de Buenos Aires’. La revisión de dichos trabajos preparatorios de la Convención demuestra también que las principales observaciones sobre la base de las cuales ésta fue aprobada pusieron especial énfasis en ‘dar a los derechos económicos, sociales y culturales la máxima protección compatible con las condiciones peculiares a la gran mayoría de los Estados Americanos’. Así, como parte del debate en los trabajos preparatorios, también se propuso ‘hac[er] posible [la] ejecución [de dichos derechos] mediante la acción de los tribunales’”. *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú, supra*, párr. 99.

Cfr. OEA, *Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. Actas y documentos*, OEA/Ser.K/XVI/1.2 (B-32), celebrada del 7 al 22 de noviembre de 1969 en Washington, DC. El proyecto inicial contenía artículos relevantes en relación a los Derechos Económicos Sociales y Culturales, *inter alia*: Artículo 25: “[...] Los Estados Partes manifiestan, además, su propósito de consagrar y, en su caso, de mantener y perfeccionar, dentro de sus legislaciones internas, las prescripciones que sean más adecuadas”[...]. Asimismo, en su artículo 26 normaba: “Los Estados Partes informarán periódicamente a la Comisión de Derechos Humanos sobre las medidas que hubieran adoptado para los fines señalados en el artículo anterior. La Comisión formulará las recomendaciones que sean adecuadas [...]”.

Al respecto resulta interesante, destacar las observaciones formuladas por parte del Estado de Chile, al proyecto de Convención sobre Derechos Humanos (Documento 7, de fecha 26 de septiembre de 1969, párr. 14). El mismo observaba que “[...] las disposiciones que han quedado en el proyecto en materia de derechos económicos, sociales y culturales, son las que merecen mayores reparos de forma y fondo. Ellas son los artículos 25, 26 y 41. Se ha eliminado toda mención directa a dichos derechos; indirectamente, en el artículo 25, párrafo 1, hay un reconocimiento insuficiente de ‘la necesidad de que los Estados Partes dediquen sus máximos esfuerzos para que en derecho interno sean adoptados y, en su caso, garantizados los demás derechos consignados en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y que no hubieren quedado incluidos en los artículos precedentes. [...] En todo caso, debería consignarse respecto de los derechos económicos, sociales y culturales una disposición que establezca cierta obligatoriedad jurídica (hasta donde lo permite la naturaleza de estos derechos) en su cumplimiento y aplicación. Para ello, sería necesario contemplar una cláusula semejante a la del artículo 2, párrafo 1, del Pacto de Naciones Unidas sobre la materia”.

<sup>127</sup> El subrayado es agregado. En relación con las modificaciones a la Carta de la OEA. Véase también: OEA, *Carta de la Organización de los Estados Americanos de 1948. “Reformada por el Protocolo de Reformas a la Carta de la Organización de los Estados Americanos ‘Protocolo de Buenos Aires’, suscrito el 27 de febrero de 1967, en la Tercera Conferencia Interamericana Extraordinaria, por el Protocolo de Reformas a la Carta de la Organización de los Estados*

103. Así, resulta claro interpretar que la Convención Americana incorporó en su catálogo de derechos protegidos los denominados derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA)<sup>128</sup>, a través de una derivación de las normas reconocidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como de las normas de interpretación dispuestas en el propio artículo 29 de la Convención<sup>129</sup>; particularmente, que impide limitar o excluir el goce de los derechos establecidos en la Declaración Americana e inclusive los reconocidos en materia interna (*infra* párr. 108). Asimismo, de conformidad con una interpretación<sup>130</sup> sistemática, teleológica y evolutiva, la Corte ha recurrido al *corpus iuris* internacional y nacional en la materia para dar contenido específico al alcance de los derechos tutelados por la Convención<sup>131</sup> (*infra* párr. 114), a fin de derivar el alcance de las obligaciones específicas de cada derecho.

104. Asimismo, este Tribunal destaca que del contenido del artículo 26 se desprenden dos tipos de obligaciones. Por un lado, la adopción de medidas generales de manera *progresiva* y por otro lado la adopción de medidas de carácter *inmediato*. Respecto de las primeras, a las cuales hizo referencia el Estado en el presente caso, la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de los DESCAs<sup>132</sup>, ello no debe interpretarse en el sentido que,

---

*Americanos 'Protocolo de Cartagena de Indias', aprobado el 5 de diciembre de 1985, en el decimocuarto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, por el Protocolo de Reformas a la Carta de la Organización de los Estados Americanos 'Protocolo de Washington', aprobado el 14 de diciembre de 1992, en el decimosexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, y por el Protocolo de Reformas a la Carta de la Organización de los Estados Americanos 'Protocolo de Managua', adoptado el 10 de junio de 1993, en el decimonoveno período extraordinario de sesiones de la Asamblea General', OEA N° 1-C y 61. Disponible en: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-41\\_carta\\_OEA.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.asp)*

<sup>128</sup> Paulatinamente, en el Sistema Interamericano se ha venido consolidando este concepto (DESCA). En 2014, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos adoptó la decisión de crear una "Relatoría Especial para los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales", que entró en pleno funcionamiento en agosto de 2017. Véanse también: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II.164, 7 septiembre 2017, párr. 112, y "Medio ambiente y derechos humanos (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)". *Opinión Consultiva OC-23/17* de 15 de noviembre de 2017. Serie A No. 23, párr. 57.

<sup>129</sup> Cfr. En este sentido, el artículo 29 de la Convención, en sus incisos b) y d), establece que "[n]inguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: [...] b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados; [...] d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza".

Es así que, conforme al referido artículo 29, el derecho a la salud reconocido por la Constitución de Chile se debe incorporar, para efectos del presente caso, a la interpretación y alcance del derecho tutelado en el artículo 26 de la Convención Americana.

<sup>130</sup> Cfr. *Convención de Viena sobre Derechos de los Tratados de 1969*, U.N. Doc A/CONF.39/27 (1969), 1155 U.N.T.S. 331. Entrada en vigor el 27 de enero de 1980. Véanse también las reglas generales de interpretación establecidas en los *Principios de Limburgo, relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, anteriores a la Observación General No. 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes en general, los cuales en su Principio 4 establecen: "[c]onforme a la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales debería interpretarse de buena fe, teniendo en cuenta el objetivo y propósito, el sentido ordinario, el trabajo preparatorio y la práctica pertinente".

<sup>131</sup> *Inter alia*, Cfr. *El derecho a la información sobre la asistencia consular en el marco de las garantías del debido proceso legal*. Opinión Consultiva OC-16/99 de 1 de octubre de 1999. Serie A No. 16, párr. 115; *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párrs. 32, 43 y 59; *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 83; y "Otros Tratados". *Objeto de la Función Consultiva de la Corte (art. 64 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Opinión Consultiva OC-1/82 de 24 de setiembre de 1982. Serie A No. 1, párr. 41.

<sup>132</sup> Cfr. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 31.

durante su periodo de implementación, dichas obligaciones se priven de contenido específico, lo cual tampoco implica que los Estados puedan aplazar indefinidamente la adopción de medidas para hacer efectivos los derechos en cuestión, máxime luego de casi cuarenta años de la entrada en vigor del tratado interamericano. Asimismo, se impone por tanto, la obligación de *no regresividad* frente a la realización de los derechos alcanzados<sup>133</sup>. Respecto de las obligaciones de carácter *inmediato*, éstas consisten en adoptar medidas eficaces, a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para cada derecho. Dichas medidas deben ser adecuadas, deliberadas y concretas en aras de la plena realización de tales derechos<sup>134</sup>. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad.

105. Una vez establecido lo anterior, y siendo que esta Corte se pronunciará por primera ocasión respecto el derecho a la salud de manera autónoma, como parte integrante de los DESCAs, el Tribunal procede a verificar la consolidación de éste como derecho justiciable a la luz de la Convención, a través de los siguientes puntos de análisis.

a) *Derivación a la Carta de la OEA*

106. Respecto al derecho a la salud protegido por el artículo 26 de la Convención Americana, la Corte observa que los términos del mismo indican que se trata de aquel derecho que se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA. Ahora bien, el artículo 34.i y 34.l<sup>135</sup> de la Carta establece, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, el de la "defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica", así como de las condiciones

<sup>133</sup> Cfr. *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú*, supra, párrs. 102, 103. Véanse también: "Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador". Inicialmente, el Grupo de Trabajo elaboró el Documento "Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador", OEA/Ser.L/XXV.2.1; GT/PSS/doc.2/11 rev.2, de 16 diciembre 2011, realizado con base en las Normas y Lineamientos presentados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Elevado a consulta a los Estados y la sociedad civil y aprobado por la Asamblea General en su XLII Período de Sesiones Ordinarias celebrado en Cochabamba, Bolivia, en junio de 2012 (AG/RES. 2713 (XLII-O/12)). En dicha ocasión se abordaron los derechos a la seguridad social, a la salud y a la educación (pag. 13). Posteriormente, tras un segundo agrupamiento de derechos, el Grupo de Trabajo emitió los "Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador - Segundo agrupamiento de derechos", OEA/Ser.L/XXV.2.1 GT/PSS/doc.9/13, aprobados por la Asamblea General de la OEA mediante la Resolución AG/RES. 2823 (XLIV-O/14), en la Segunda Sesión Plenaria de 4 de junio de 2014. Finalmente, en 2015, el Grupo de Trabajo incorporó ambos agrupamientos de derechos y fueron publicados bajo el título conjunto: "Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador", OEA/Ser.D/XXVI.11 (2015). En esta ocasión se abordaron los derechos al trabajo y derechos sindicales, a la alimentación adecuada, al medio ambiente sano, y a los beneficios de la cultura (pág. 75).

<sup>134</sup> Cfr. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto)*, U.N. Doc. E/1991/23, 14 de diciembre de 1990, párr. 9, y *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, supra, párr. 30. Particularmente en esta última, el Comité remarcó que "los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar medidas en aras de la plena realización". En el párrafo 2, el Comité señaló que "en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho".

<sup>135</sup> Artículo 34 de la Carta de la OEA. - Los Estados miembros convienen en que la igualdad de oportunidades, la eliminación de la pobreza crítica y la distribución equitativa de la riqueza y del ingreso, así como la plena participación de sus pueblos en las decisiones relativas a su propio desarrollo, son, entre otros, objetivos básicos del desarrollo integral. Para lograrlos, convienen asimismo en dedicar sus máximos esfuerzos a la consecución de las siguientes metas básicas: [...] i) Defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica [y] l) Condiciones [...] que hagan posible una vida sana, productiva y digna.

que hagan posible una vida sana, productiva y digna. Por su parte, el artículo 45.h<sup>136</sup> destaca que “[la persona] solo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones mediante la aplicación de principios y mecanismos”, entre ellos el: “h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social”.

*b) Declaración Americana*

107. Asimismo, la Corte ha reiterado la integración de la Declaración Americana en la interpretación de la Carta de la OEA. Así, desde su Opinión Consultiva OC-10/89, la Corte señaló que:

[...] [L]os Estados Miembros han entendido que la Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración, como resulta de la práctica seguida por los órganos de la OEA<sup>137</sup>.

108. Por su parte, el artículo 29.d de la Convención Americana dispone expresamente que: “[n]inguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: [...] d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza”.

109. En este sentido, el artículo XI de la Declaración Americana permite identificar el derecho a la salud al referir que toda persona tiene derecho “a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. Tal disposición resulta relevante para definir el alcance del artículo 26, dado que “la Declaración Americana, constituye, en lo pertinente y en relación con la Carta de la Organización, una fuente de obligaciones internacionales”<sup>138</sup>.

110. En vista de lo anterior, la Corte considera que el derecho a la salud es un derecho protegido por el artículo 26 de la Convención. A continuación, este Tribunal procede a verificar el alcance y contenido de este derecho para efectos del presente caso.

*c) Legislación interna*

111. El artículo 29.b de la Convención Americana dispone expresamente que “[n]inguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: [...] b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados” [...].

<sup>136</sup> Artículo 45 de la Carta de la OEA.- Los Estados miembros, convencidos de que el hombre sólo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo, acompañado de desarrollo económico y verdadera paz, convienen en dedicar sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos: [...] h) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social [...].

<sup>137</sup> Cfr. *Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89* de 14 de julio de 1989. Serie A No. 10. párr. 43, y *Caso Lagos del Campo, supra*, párr. 143.

<sup>138</sup> Cfr. *Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-10/89, supra*, párrs. 43 y 45.

112. Al respecto, en la Constitución chilena vigente al momento de los hechos y en la actualidad<sup>139</sup>, se dispone en su artículo 19, inciso 9, “asegurar a todas las personas el derecho a la protección de la salud, protegiendo el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”. Asimismo, la regulación interna también desarrolla el alcance de este derecho<sup>140</sup>.

113. Además, la Corte observa un amplio consenso regional en la consolidación del derecho a la salud, el cual se encuentra reconocido explícitamente en diversas constituciones y leyes internas de los Estados de la región, entre ellas: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela<sup>141</sup>.

d) *Corpus iuris internacional sobre el derecho a la salud*

114. Asimismo, el derecho a la salud está consagrado por un vasto *corpus iuris* internacional; *inter alia*: el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>142</sup>; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>143</sup>, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>144</sup>. Además, el derecho a la salud se reconoce en el artículo 5 apartado e) de la

<sup>139</sup> Junta de Gobierno de la República de Chile. Constitución Política de la República de Chile. Sancionada mediante Decreto Ley Núm. 3464 de 11 de agosto de 1980 y promulgada por Decreto Núm. 1150 de 21 de octubre de 1980. Artículo 19: La Constitución asegura a todas las personas:

[...] 9º.- El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado [...].

<sup>140</sup> Cfr. *Inter alia*: Código de Ética del Colegio de Médicos de Chile, aprobado por el H. Consejo General en sesión Nº 64, mediante Acuerdo Nº 231 de 22 de noviembre de 1983 y en la sesión Nº 39, mediante Acuerdo Nº 154 de 7 de mayo de 1985; Decreto Supremo Núm. 42, de entrada en vigencia el 9 de febrero de 1986 y derogado el 21 de abril de 2005, y Carta de Derechos del Paciente, elaborada en 1999 por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en conjunto con el Ministerio de Salud (MINSAL).

<sup>141</sup> Entre las normas constitucionales de los Estados Partes de la Convención Americana, se encuentran: Argentina (art. 42); Barbados (art. 17.2.A); Bolivia (art. 35); Brasil (art. 196); Colombia (art. 49); Costa Rica (art. 46); Ecuador (art. 32); El Salvador (art. 65); Guatemala (arts. 93 y 94); Haití (art. 19); Honduras (art. 145); México (art. 4); Nicaragua (art. 59); Panamá (art. 109); Paraguay (art. 68); Perú (art. 70); República Dominicana (art. 61); Suriname (art. 36); Uruguay (art. 44), y Venezuela (art. 83).

<sup>142</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París. Artículo 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...].

<sup>143</sup> Adoptado por la Asamblea General de la ONU mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 3 de enero de 1976. Ratificado por Chile el 10 de febrero de 1972. En su artículo 12, “Derecho al más alto nivel posible de salud”, establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.

<sup>144</sup> Adoptado por la Asamblea General de la OEA el 17 de noviembre de 1988 en San Salvador. Entrada en Vigor 16 de Noviembre de 1999. Hasta la actualidad no ha sido ratificado por el Estado de Chile. Artículo 10. Derecho a la Salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial<sup>145</sup>; el artículo 12.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>146</sup>; el artículo 24.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>147</sup>; el artículo 28 de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares<sup>148</sup>, y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>149</sup>. Este derecho también se encuentra plasmado en varios instrumentos regionales de derechos humanos, como en el artículo 17 de la Carta Social de las Américas<sup>150</sup>; el artículo 11 de la Carta Social Europea de 1961<sup>151</sup>, en su forma revisada; el artículo 16 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos<sup>152</sup>, y recientemente en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores<sup>153</sup> (cabe señalar que, sobre

<sup>145</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor el 4 de enero de 1969. Entrada en vigor internacional para Chile el 19 de noviembre de 1971. Artículo 5. En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:

[...] e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:

[...] iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales [...]

<sup>146</sup> Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigencia el 3 de septiembre de 1981. Artículo 12. 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

<sup>147</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990. Ratificado por Chile el 14 de agosto de 1990. Artículo 24. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios [...]

<sup>148</sup> Adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990. Ratificado por Chile el 12 de abril de 2005. Artículo 28. Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

<sup>149</sup> Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006. Entrada en vigor el 3 de mayo de 2008. Ratificada por Chile el 25 de agosto de 2008. Artículo 25. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

<sup>150</sup> Aprobada en la Segunda Sesión Plenaria de la Asamblea General de la OEA, celebrada el 4 de junio de 2012. En su artículo 17 contempla la reafirmación de los Estados de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin discriminación y su reconocimiento de que la salud es una condición fundamental para la inclusión y cohesión social, el desarrollo integral y el crecimiento económico con equidad. A su vez, por lo que respecta al desarrollo integral, prevé en el artículo 33, segundo párrafo, la mención expresa al campo de la salud.

<sup>151</sup> Consejo de Europa (Estrasburgo). Aprobada en Turín el 18 de octubre de 1961. Artículo 11: Derecho a la protección de la salud. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1) Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2) Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma, [y]. 3) Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

<sup>152</sup> Aprobada durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenya, el 27 de julio de 1981. Artículo 16. 1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible, [y] 2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

<sup>153</sup> Adoptada en el Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA en Washington, D.C., el 15 de junio de 2015. Entrada en vigencia el 11 de enero de 2017. Ratificada por Chile el 7 de noviembre de 2017. Artículo 19. Derecho a la salud. La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social [...]. Por lo que al presente análisis atañe, cabe señalar que en el citado dispositivo no resulta exigible al momento de acaecer los hechos del caso.

esta última, por razones de temporalidad, no resulta exigible en relación con los hechos del caso en análisis). Además, el derecho a la salud ha sido reconocido en la sección II, apartado 41, de la Declaración y Programa de Acción de Viena<sup>154</sup>, y en otros instrumentos y decisiones internacionales<sup>155</sup>.

115. Por su parte, el Comité de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante Comité DESC) se ha pronunciado sobre los deberes de los Estados en materia de salud, principalmente en su Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>156</sup>. Asimismo, se ha pronunciado sobre componentes del derecho a la salud en sucesivas Observaciones Generales Números: 3<sup>157</sup>, 4<sup>158</sup>, 5<sup>159</sup>, 6<sup>160</sup>, 15<sup>161</sup>, 16<sup>162</sup>, 18<sup>163</sup>, 19<sup>164</sup> y 20<sup>165</sup>. En la región americana, el Grupo de Trabajo de la OEA para el análisis de los Informes Anuales sobre Indicadores de Progreso, también se ha referido al análisis del derecho a la salud<sup>166</sup>.

116. Tomando en cuenta lo anterior, la Corte considera que de la consolidación del derecho a la salud se derivan diversos estándares aplicables al presente caso, relativos a prestaciones

<sup>154</sup> Conferencia Mundial de Derechos Humanos, aprobados el 25 de junio de 1993, Viena. Apartado 41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. En el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Mujer y de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como de la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.

<sup>155</sup> Resulta relevante para el análisis del derecho a la salud, la *Observación General No. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, del Comité DESC, la cual será abordada *infra*. Revisten también utilidad las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño, en particular la *Observación General No. 3: "El VIH/SIDA y los derechos del niño"*, CRC/GC/2003/3 (2003), así como la *Observación General No. 4: "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño"*, CRC/GC/2003/4 (2003). Asimismo, la *Recomendación General No. 24* del Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, "Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - La mujer y la salud" de 2 de febrero de 1999, A/54/38/Rev.1, y los Informes de Relatores Especiales de la Comisión de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Salud. ONU. Comisión de Derechos Humanos, "La no Discriminación en la esfera de la Salud", Resolución 1989/11. Aprobada en la 46ª Sesión de 2 de marzo de 1989.

<sup>156</sup> Cfr. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), *Observación General (OG) No. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

<sup>157</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-No. 3: "La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del art. 2 del Pacto)"*, E/1991/23, 14 de diciembre de 1990, párrs. 3 y 10.

<sup>158</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-No. 4: "El derecho a una vivienda adecuada"*, E/1992/23, 13 de diciembre de 1991, párr. 8.

<sup>159</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-5: "Las personas con discapacidad"*, E/C.12/1994/13, 1994, párr. 34.

<sup>160</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-6: "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores"*, E/1996/22, 8 de diciembre de 1995, párrs. 5 y 34.

<sup>161</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-15: "El derecho al agua"*, E/C.12/2002/11, 20 de enero de 2003, párrs. 3 y 8.

<sup>162</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-16: "La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)"*, E/C.12/2005/4, 11 de agosto de 2005, párr. 29.

<sup>163</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-18: "El derecho al trabajo (artículo 6 del Pacto)"*, E/C.12/GC/18, 6 de febrero de 2006, párr. 12.

<sup>164</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-19: "El derecho a la seguridad social"*, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párrs. 13 y 14.

<sup>165</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *OG-20: "La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales"*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 33.

<sup>166</sup> Cfr. OEA. Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador, "Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador", OEA/Ser.L/XXV.2.1; GT/PSS/doc.2/11 rev.2, de 16 diciembre 2011. "Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador - Segundo agrupamiento de derechos", OEA/Ser.L/XXV.2.1 GT/PSS/doc.9/13, e "Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador", OEA/Ser.D/XXVI.11 (2015), págs. 43 a 53. Ver *supra*, nota 133. Este instrumento proporciona evidencias para valorar si los programas y el accionar estatal están alineados con estándares de derechos humanos.

básicas y específicas de salud, particularmente frente a situaciones de urgencia o emergencia médica.

117. Para ello, a continuación la Corte analizará los estándares relacionados con el derecho a la salud en situaciones de urgencias médicas (párrs. 118 a 124), así como respecto de las personas mayores (párrs. 125 a 132), para luego realizar las valoraciones correspondientes aplicables al presente caso (párrs. 133 a 143).

### **1.1.1 Estándares sobre el derecho a la salud aplicables a situaciones de urgencia médica**

118. La Corte estima que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente<sup>167</sup>, entendida la salud<sup>168</sup>, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud<sup>169</sup>, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

119. En primer lugar, la operatividad de dicha obligación comienza con el deber de regulación, por lo que la Corte ha indicado que los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad<sup>170</sup>.

120. En segundo lugar, tomado en cuenta la Observación General No. 14 del Comité DESC<sup>171</sup>, este Tribunal se ha referido a una serie de elementos esenciales e interrelacionados, que deben

<sup>167</sup> Cfr. ONU, Comité DESC, *OG-14, supra*, párr. 1.

<sup>168</sup> Cfr. *inter alia*, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han incorporado sucesivamente a su texto.

<sup>169</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 128.

<sup>170</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, supra*, párr. 134, y *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, supra*, párr. 99.

<sup>171</sup> ONU, Comité DESC, *OG-14, supra*, párr. 12. A este respecto, dicho Comité señaló que [e]l derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalentes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas [...] [E]sos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado [...]

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte [...];

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, [...] y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate;

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.



satisfacerse en materia de salud. A saber: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*<sup>172</sup>.

121. En vista de ello, esta Corte estima que para efectos de las prestaciones médicas de urgencia, los Estados deben garantizar, al menos, los siguientes estándares:

- a) Respecto a la *calidad*, se debe contar con la infraestructura adecuada y necesaria para satisfacer las necesidades básicas y urgentes. Esto incluye cualquier tipo de herramienta o soporte vital, así como también disponer de recurso humano calificado para responder ante urgencias médicas.
- b) Respecto a la *accesibilidad*<sup>173</sup>, los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en los derechos humanos<sup>174</sup>.
- c) Respecto a la *disponibilidad*, se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.
- d) Respecto de la *aceptabilidad*, los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados. Además, deberán incluir una perspectiva de género, así como de las condiciones del ciclo de vida del paciente. El paciente debe ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento, y frente a ello respetar su voluntad (*infra* párrs. 161, 162 y 166).

122. En tercer lugar, y como condición transversal de la accesibilidad<sup>175</sup>, la Corte recuerda que el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud, por lo que de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana no son permitidos tratos discriminatorios<sup>176</sup>, "por motivos de raza, color, sexo, [...] posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social"<sup>177</sup>. Al respecto, los criterios específicos

<sup>172</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 152, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 235.

<sup>173</sup> La Corte ha señalado que los Estados tienen el deber de asegurar el acceso de las personas a servicios básicos de salud. Cfr. *Caso Ximenes López Vs. Brasil*, *supra*, párr. 128.

<sup>174</sup> Al respecto, la perita Alicia Ely Yamin destacó en el documento complementario de su declaración pericial que un enfoque de derechos humanos en las políticas de salud exige que el sistema de salud garantice acceso equitativo y disponibilidad de servicios aceptables, en conjunto con una atención de calidad (expediente de fondo, f. 754).

<sup>175</sup> Véase: ONU. Comité DESC, *Observación General No. 14*, *supra*, párr. 12. Al respecto, se expresa en la misma que la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, una de ellas es la no discriminación, la cual consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

<sup>176</sup> Cfr. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, *supra*, Preámbulo y artículo 5. Véase también el Preámbulo de la Constitución de la OMS, *supra*, párr. 3, que establece que [e]l goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

<sup>177</sup> Cfr. *Inter alia*: *Caso Veliz Franco y Otros Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de mayo de 2014. Serie C No. 277, párr. 204; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 288; *Caso Velásquez Paiz y Otros Vs. Guatemala, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de noviembre de 2015. Serie C No. 307, párrs. 173 y 174; *Caso Duque Vs. Colombia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de febrero de 2016. Serie C No. 310, párr. 90, *Caso Flor Freire Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2016. Serie C No. 315, párrs. 111 y 112; *Caso Trabajadores de la Hacienda Verde Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 20 de octubre de 2016. Serie C No. 318, párr. 335, *Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329, párr.

en virtud de los cuales está prohibido discriminar, según el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son un listado taxativo o limitativo sino meramente enunciativo. Por el contrario, la redacción de dicho artículo deja abiertos los criterios con la inclusión del término "otra condición social" para incorporar así a otras categorías que no hubiesen sido explícitamente indicadas<sup>178</sup>. Así, la Corte ha señalado que la edad, es también una categoría protegida por esta norma<sup>179</sup>. En este sentido, la prohibición por discriminación relacionada con la edad cuando se trata de las personas mayores, se encuentra tutelada por la Convención Americana. Esto comporta, entre otras cosas, la aplicación de políticas inclusivas para la totalidad de la población y un fácil acceso a los servicios públicos<sup>180</sup>.

123. Al respecto, la Corte reitera que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados<sup>181</sup>. En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.

124. En cuarto lugar, la Corte sostuvo en el caso *Suárez Peralta* que el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas<sup>182</sup>. Al respecto, la Corte ha señalado que cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, la atribución de responsabilidad puede surgir por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo<sup>183</sup>. La Corte ha sostenido que "una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente"<sup>184</sup>. De esta forma, dicha obligación de supervisión y fiscalización se debe actualizar de manera constante, particularmente cuando de los servicios de urgencia médica se trate<sup>185</sup>.

### **1.1.2 Respeto de las personas mayores<sup>186</sup> en materia de salud**

125. La Corte destaca la oportunidad de pronunciarse por primera ocasión de manera específica sobre los derechos de las personas mayores en materia de salud<sup>187</sup>.

240, e Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. *Opinión Consultiva OC-24/17* de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 24, párr. 67.

<sup>178</sup> Cfr. *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile*, *supra*, párr. 85.

<sup>179</sup> Cfr. *Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03* de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 101, y Comité DESC. *Observación General No. 20*, *supra*, párrs. 27 y 29. Por su parte, el Comité DESC ha encuadrado esta categoría también dentro de la enunciación "otra condición social".

<sup>180</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, *Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 17 de junio de 2005. Serie C No. 125, párr. 164; *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214, párr. 233.

<sup>181</sup> Cfr. *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*, *supra*, párr. 267.

<sup>182</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 149, y *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*, *supra*, párr. 141.

<sup>183</sup> Cfr. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 119.

<sup>184</sup> *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 149.

<sup>185</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 152.

<sup>186</sup> Si bien el señor Poblete Vilches tenía 76 años al momento de los hechos, a manera ilustrativa, se hace alusión a la definición "persona mayor", contenida en el artículo 2 de la Convención Interamericana, *supra*: "Artículo 2. Definiciones. A los efectos de la presente Convención se entiende por [...] "Persona mayor": 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 [...]".

126. Este Tribunal, verifica el importante desarrollo y consolidación de estándares internacionales en esta materia. Así, el artículo 17 del Protocolo de San Salvador, contempla el derecho a la salud de las personas mayores<sup>188</sup>; el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de las Personas de Edad en África<sup>189</sup>, y la Carta Social Europea<sup>190</sup>. Particular atención merece la reciente adopción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores<sup>191</sup>, la cual reconoce que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, entre otras<sup>192</sup>. Asimismo, observa demás desarrollos en la materia, tales como: los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad<sup>193</sup>, el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento<sup>194</sup>, la Proclamación sobre el Envejecimiento<sup>195</sup>, la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento<sup>196</sup>, así como otros de carácter regional, tales como: la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe<sup>197</sup>, la Declaración de Brasilia<sup>198</sup>, el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Salud de las Personas Mayores, incluido el Envejecimiento Activo y Saludable<sup>199</sup>, la Declaración de Compromiso de Puerto España<sup>200</sup>, la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe<sup>201</sup>.

<sup>187</sup> Cabe señalar que en el *Caso Comunidad Indígena Yake Axa Vs. Paraguay*, la sentencia hizo alusión somera con relación a "que las personas de edad avanzada deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal". Por su parte, en el caso *García Lucero y Otras Vs. Chile*, la Corte reconoció, en el rubro de reparaciones, la situación de vulnerabilidad de la víctima por su condición de adulto mayor. *Cfr. Caso Comunidad Indígena Yake Axa Vs. Paraguay, supra*, párr. 175, y *Caso García Lucero y otras Vs. Chile. Excepción Preliminar, Fondo y Reparaciones*. Sentencia de 28 de agosto de 2013. Serie C No. 267, párr. 231.

<sup>188</sup> OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Adoptado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988 en San Salvador. Entrada en vigor el 16 de Noviembre de 1999. Hasta la actualidad no ha sido ratificado por el Estado de Chile. Artículo 17. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, 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 ∞.

<sup>189</sup> Adoptado en la 26ª Sesión Ordinaria de la Asamblea de la Unión Africana celebrada en Addis Abeba, Etiopía, el 31 de junio de 2016. En su artículo 15.1 dispone la obligación de los Estados africanos de "[...] garantizar los derechos de las personas mayores a acceder a servicios de salud que satisfagan sus necesidades específicas [...]".

<sup>190</sup> Consejo de Europa (Estrasburgo). *Carta Social Europea, supra*. En su artículo 23, dispone el derecho de las personas de edad avanzada a protección social y establece el compromiso de los Estados Partes para adoptar o promover medidas apropiadas orientadas a garantizar el ejercicio efectivo de este derecho.

<sup>191</sup> OEA. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, supra*. Ratificada por Chile el 7 de noviembre de 2017. *supra*.

<sup>192</sup> Artículo 19. Derecho a la salud. La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación [...].

<sup>193</sup> ONU. Asamblea General, *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*. Aprobados mediante Resolución 46/91 de 16 de diciembre de 1991.

<sup>194</sup> Adoptado en la "Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento" el 6 de agosto de 1982 y aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas mediante Resolución 37/51.

<sup>195</sup> ONU. Asamblea General, *Proclamación sobre el Envejecimiento*. Aprobada mediante Resolución 47/5 de 16 de octubre de 1992.

<sup>196</sup> ONU. Asamblea General, *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, A/CONF.197/9, 12 de abril de 2002.

<sup>197</sup> ONU. CEPAL, *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, LC/G.2228. Adoptada en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento el 21 de noviembre de 2003.

<sup>198</sup> ONU. CEPAL, *Declaración de Brasilia*. Adoptada en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, el 6 de diciembre de 2007, LC/G.2359/Rev.1.

<sup>199</sup> OMS. Organización Panamericana de la Salud, Informe Final del 49º Consejo Directivo en la 61ª Sesión del Comité Regional, Res. CD49.R15, 2 de octubre del 2009.

127. Tales instrumentos internacionales reconocen un catálogo mínimo de derechos humanos<sup>202</sup>, cuyo respeto es imprescindible para el más alto desarrollo de la persona mayor en todos los aspectos de su vida y en las mejores condiciones posibles, destacando en particular el derecho a la salud. Asimismo, las personas mayores, tienen derecho a una protección reforzada y, por ende, exige la adopción de medidas diferenciadas<sup>203</sup>. Respecto al derecho a la salud, sea en la esfera privada como en la pública, el Estado tiene el deber de asegurar todas las medidas necesarias a su alcance, a fin de garantizar el mayor nivel de salud posible, sin discriminación. Se desprende también un avance en los estándares internacionales en materia de derechos de las personas mayores<sup>204</sup>, al entender y reconocer la vejez de manera digna y por ende el trato frente a ella<sup>205</sup>. Así, resalta en la región diversas agendas de mayor inclusión del adulto mayor en las políticas públicas<sup>206</sup>, a través programas de sensibilización y valorización del adulto mayor en la sociedad, la creación de planes nacionales para abordar el tema de la vejez de manera integral, así como también sus necesidades, la promulgación de leyes y la facilitación del acceso a sistemas de seguridad social.

128. Por su parte, la Observación General N°6 del Comité de DESC de la ONU<sup>207</sup>, resalta el deber de los Estados Partes del Pacto (PIDESC) de tener presente que mantener medidas de prevención, mediante controles periódicos, adaptados a las necesidades de las mujeres y de los hombres de edad, cumple un papel decisivo; y también la rehabilitación, conservando la funcionalidad de las personas mayores, con la consiguiente disminución de costos en las inversiones dedicadas a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales<sup>208</sup>. Al respecto, en la Observación General N° 14 del Comité DESC se detallan las cuestiones sustantivas que se derivan de la aplicación del derecho a la salud y se tratan cuestiones concretas relacionadas con las personas mayores, incluida "la prevención, la curación y la rehabilitación [...] destinadas a

<sup>200</sup> Adoptada en la Quinta Cumbre de las Américas celebrada en Puerto España, Trinidad y Tobago, el 19 de abril de 2009, OEA/Ser.E CA-V/DEC.1/09.

<sup>201</sup> ONU. CEPAL, *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe*. Adoptada en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe el 11 de mayo de 2012, LC/G.2537.

<sup>202</sup> Algunos de ellos son el derecho a la salud, a la vida, a la no discriminación basada en la edad, a un trato digno, la prohibición de tratos crueles o degradantes, y el derecho de acceso a la información personal.

<sup>203</sup> La comunidad internacional comenzó a subrayar la situación de las personas de edad en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento y las siguientes declaraciones siguieron fomentando la concienciación internacional sobre las necesidades esenciales para el bienestar de las personas de edad, entre las medidas diferenciadas que se adoptaron se destacan tanto en el Sistema Universal como en el Sistema Regional. Respecto al Sistema Universal, se mencionan medidas particulares, como promover y proteger los derechos humanos y eliminar la discriminación, el abandono, el abuso y la violencia contra las personas mayores; actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida como pilar del envejecimiento con salud. Respecto al Sistema Regional, se mencionan medidas tales como, promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud; impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integral, oportuna y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad; fortalecimiento de la prevención y el manejo de enfermedades crónicas y otros problemas de salud de las personas mayores.

<sup>204</sup> Cfr. OEA. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, *supra*. Ratificada por Chile el 7 de noviembre de 2017.

<sup>205</sup> Se destaca la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que estandariza garantías muy relevantes que ningún otro instrumento internacional vinculante había considerado anteriormente de manera explícita en el caso de las personas mayores, como la conjunción entre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, o el derecho a la independencia y la autonomía.

<sup>206</sup> El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) forma parte la Reunión de Altas Autoridades sobre Derechos Humanos y Cancillerías del MERCOSUR y Estados Asociados. En el 2016 el Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos (IPPDH) del MERCOSUR realizó una publicación titulada: "Personas mayores: hacia una agenda regional de derechos", en la cual se puede apreciar los avances de los países miembros en la consolidación de los derechos de los adultos mayores en la región. Cfr. IPPDH-MERCOSUR, *"Personas mayores: hacia una agenda regional de derechos"*, noviembre de 2016, págs. 55 a 156.

<sup>207</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *Observación General No. 6, supra*.

<sup>208</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *Observación General No. 6, supra*, párr. 35.

mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores [...] [y] la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad"<sup>209</sup>. Asimismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante TEDH) se ha referido también respecto a la protección de los derechos de las personas mayores<sup>210</sup>.

129. En cuanto a la jurisprudencia regional sobre el derecho a la salud de las personas mayores, las decisiones de altas cortes de algunos Estados de la región han desarrollado la tutela de los derechos de las personas mayores en materia interna<sup>211</sup>, destacando la necesidad de brindar una protección especial para el adulto mayor.

130. En este sentido, esta Corte destaca como un hecho ineludible que la población está envejeciendo<sup>212</sup> de manera constante y considerable<sup>213</sup>. El cambio vertiginoso del escenario demográfico en los países de la región<sup>214</sup> presenta retos y desafíos, por lo cual este impacto en los derechos humanos hace necesario que los Estados se involucren para dar respuesta de

<sup>209</sup> Cfr. ONU. Comité DESC, *Observación General No. 14, supra*, párr. 35.

<sup>210</sup> Cfr. TEDH, *Caso Sawoniuk Vs. Reino Unido*, No. 63716/00. Sentencia de 20 de mayo de 2001; *Caso Farbutuhs Vs. Letonia (Fondo y Satisfacción Equitativa)*, No. 4672/02. Sentencia de 2 de diciembre de 2004, y *Caso Dodov Vs. Bulgaria*, No. 59548/00. Sentencia de 17 de enero de 2008, párrs. 80 y 81.

<sup>211</sup> A manera de ejemplo: Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-149 de 1 de marzo de 2002: "La escasez de recursos ni es un argumento constitucionalmente admisible para negar la atención básica en salud a personas en situación de debilidad manifiesta como los adultos mayores [...]. Existe un deber de protección especial del adulto mayor" [...]; Sentencia T-056 de 12 de febrero de 2015: "En relación con el derecho a la salud de las personas que hacen parte del grupo de los sujetos de especial protección constitucional es preciso considerar que a partir de normas constitucionales se impone mayor celo en el cumplimiento de los deberes de protección y garantía por parte de las autoridades y de los particulares en la atención de las enfermedades o alteraciones de salud que padezcan. Dentro de tales destinatarios se encuentran [...] las personas de la tercera edad [...] [d]ado que las personas de la tercera edad tienen derecho a una protección reforzada en salud y las entidades prestadoras de salud están obligadas a prestarles la atención médica que requieran [...]. En efecto, la protección reforzada se materializa con la garantía de una prestación continúa, permanente y eficiente de los servicios de salud que el usuario requiera, lo cual implica, de ser necesario el suministro de medicamentos, insumos o prestación de servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud". Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. Sala Constitucional. Exp: 15-016089-0007-CO. Res.No: 2015017512. Sentencia de 6 de noviembre de 2015; Exp: 15-001311-0007-CO. Res.No: 2015002392. Sentencia de 20 de febrero de 2015, y Exp: 15-015890-0007-CO. Res. No: 2015018610. Sentencia de 27 de noviembre de 2015.

Cfr. *Mutatis mutandi*, Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-716/17. En ésta, al resolver una tutela sobre el mínimo vital de un adulto mayor que fue retirado del programa de asistencia 'Colombia Mayor', la Corte Constitucional ordenó verificar las condiciones reales de vulnerabilidad para determinar la afectación de la medida. Asimismo en casos análogos se destacan: Sentencia T- 010/17; Sentencia T-025/16, y Sentencia T-348/09, en las cuales la Corte hizo énfasis en que "por la disminución de sus capacidades físicas, la reducción de las expectativas de vida y la mayor afectación en sus condiciones de salud, [los adultos mayores] constituyen uno de los grupos de especial protección constitucional".

Cfr. Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Fallos: 329:1638. Sentencia de 16 de mayo de 2006.

Por su parte, en México, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la sentencia de amparo directo en revisión 1399/2013, determinó que "[las personas mayores] debido a [su] vulnerabilidad merecen una especial protección, lo cual incluso se ve robustecido por el hecho de que los instrumentos internacionales y los regímenes jurídicos modernos han venido marcando una línea [para su] protección, con el objeto de procurarles mejores condiciones en el entramado social, lo que pretende lograrse garantizándoles el derecho a: [...] iii) [la] no discriminación tratándose de empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales; iv) servicios de salud" [...]. Cfr. Suprema Corte de Justicia de la Nación (México), Tesis 1ª. CXXXIV/2016, Décima Época, Libro 29, Tomo II, abril de 2016.

<sup>212</sup> Cfr. ONU. Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, "Estándares normativos en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos en relación con las personas de edad", A/HRC/18/37, agosto de 2012, párr. 9. Al respecto, el Relator Especial destaca que el problema más importante que plantea el envejecimiento mundial es el de garantizar el ejercicio de los derechos humanos a las personas mayores, para lo cual es imprescindible que se tomen medidas para erradicar su discriminación y exclusión.

<sup>213</sup> Cfr. OMS, "Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity". Panel especial sobre envejecimiento y desarrollo social dentro del Foro 2000 celebrado en Ginebra, pág. 4, y ONU. Comité DESC, OG- 6, *supra*, párr. 1.

<sup>214</sup> Cfr. ONU. División de Población, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", Working Paper, N° 241. ESA/P/WP.241, 2015. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/> Asimismo: ONU. CEPAL, "Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía", LC/CRE.4/3, 2017, págs. 15 a 50.

manera integral, a fin de que las personas mayores sean reconocidas como sujetos de derechos especiales desde la prevención y promoción de salud. Para ello, resulta necesario también el involucramiento por parte de la sociedad a fin de brindar a las personas adultas mayores de calidad de vida. Al respecto, el perito Dr. Javier Santos, precisó en audiencia que:

“[El] adulto mayor es un paciente vulnerable en general; es un paciente que va a necesitar no solamente del médico sino de la sociedad para llevarlo adelante. Ya no se habla más de expectativa de vida [...] [s]e habla de años de vida libre de enfermedad [...] por eso es que necesita el apoyo de todo el Estado. Nos tenemos que involucrar todos para que tengamos la mayor cantidad de años de vida [de calidad]<sup>215</sup> [...] [t]odos vamos a envejecer si tenemos suerte [...]. Lo que tenemos que hacer es formar gente y formar el medio, la sociedad para que tengamos el lugar correcto para ser tratados”<sup>216</sup>.

131. La Corte nota que, en muchas situaciones, se presenta una particular vulnerabilidad de las personas mayores frente al acceso a la salud. Sobre el particular, resalta la existencia de diversos factores como las limitaciones físicas, de movilidad, la condición económica o la gravedad de la enfermedad y posibilidades de recuperación. Asimismo, en determinadas situaciones, dicha vulnerabilidad se encuentra incrementada en razón del desequilibrio de poder que existe en la relación médico - paciente<sup>217</sup>, por lo que resulta indispensable que se garantice al paciente, de manera clara y accesible, la información necesaria y el entendimiento de su diagnóstico o situación particular, así como de las medidas o tratamientos para enfrentar tal situación (*infra* párr. 162).

132. En vista de lo anterior, la Corte resalta 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<sup>218</sup>. El Tribunal ha sostenido que, al menos, estos “deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal”<sup>219</sup>. Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud<sup>220</sup>. Lo anterior se traduce en 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.

### 1.1.3 Análisis del presente caso

133. La Corte recuerda que en el caso concreto se presentaron dos ingresos al Hospital público Sótero del Río. Respecto del primero, el señor Poblete Vilches ingresó al hospital el 17 de enero de 2001 a causa de una insuficiencia respiratoria grave. Allí estuvo durante cuatro días

<sup>215</sup> Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, especialista en geriatría y gerontología, ante la Corte en la audiencia pública del *Caso Poblete Vilches Vs. Chile*, el 19 de octubre de 2017 (Transcripción de audiencia pública, pág. 96).

<sup>216</sup> Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, págs. 55 y 60.

<sup>217</sup> *Cfr.* Documento complementario a la declaración pericial de la perita Alicia Ely Yamin, *supra* (expediente de fondo, f. 762). En el mismo, la especialista destacó que “[...] la relación desigual de poder entre el médico y el paciente puede verse exacerbada por las relaciones desiguales de poder que históricamente han contribuido a la marginalización, exclusión y/o discriminación de grupos vulnerables en virtud de la condición o situación social o económica. Estas relaciones estructurales de poder tienen el potencial de exacerbar la posición dominante y persistente, que constituye de forma consciente o inconsciente la base de prácticas que refuerzan la posición de los pacientes como dependientes y subordinadas, en lugar de seres humanos con autonomía y dignidad [...]”. Véase también *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 160.

<sup>218</sup> *Cfr.* MERCOSUR. Comisión Permanente sobre Personas Adultas Mayores, “*Campaña Regional: Vivir con dignidad y derechos a todas las edades*”, Acta de Plenario XXX, MERCOSUR/RAADH/ACTA N° 02/17.

<sup>219</sup> *Caso Comunidad Indígena Yake Axa Vs. Paraguay*, *supra*, párr. 175.

<sup>220</sup> *Cfr. Mutatis mutandi*, *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*, *supra*, párr. 201, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 311.

hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos médica. El 22 de enero de 2001 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica (*supra* párr. 43). El 2 de febrero de 2001 fue dado de alta y sus familiares tuvieron que contratar una ambulancia privada para trasladarlo a su domicilio, ya que el hospital no contaba con ambulancias disponibles (*supra* párr. 49). Sobre el segundo ingreso, el 5 de febrero fue nuevamente ingresado al hospital Sotéro del Río, donde permaneció en unidad de cuidados intermedia, no obstante la ficha médica disponía su internación en sala de cuidados intensivos (*supra* párr. 51). El señor Poblete Vilches necesitaba de un respirador mecánico, pero ésta asistencia no fue prestada. El señor Poblete Vilches falleció el día 7 de febrero de 2001 (*supra* párr. 56).

134. En el presente caso la Corte no encuentra que esté en discusión la faceta progresiva de las obligaciones estatales en materia del derecho a la salud (*supra* párr. 88), lo cual tampoco fue alegado por las representantes (*supra* párr. 87). Corresponde a la Corte valorar las alegadas acciones u omisiones del Estado frente a la prestación de medidas de carácter básico e inmediato (*supra* párr. 104), a fin de tutelar la salud del señor Poblete Vilches, por lo que delimitará su análisis de fondo al alcance de dicha obligación en el caso concreto, y a la luz de las obligaciones reconocidas en los artículos 1.1 y 2 de la Convención.

135. En relación con los estándares en materia de salud, primeramente, la Corte observa que en la época de los hechos existía regulación suficiente sobre el derecho a la salud que garantizaba este derecho a toda persona sin distinción (*supra* párr. 112), por lo que dicha obligación de regular se encontraba acorde con la Convención (*supra* párr.119).

136. Respecto de las acciones y omisiones acreditadas, del acervo probatorio, se desprende que durante el *primer ingreso* del señor Poblete Vilches al Hospital Sotéro del Río, existían signos que demostraban que la decisión de dar de alta en forma temprana<sup>221</sup>, no era una medida pertinente; hecho por el cual el Estado de Chile, reconoció su responsabilidad internacional (*supra* párr. 17). Lo anterior, resultó en una acción médica, al menos irresponsable, ya que de la prueba se desprende que no existían las condiciones médicas necesarias para declarar el alta temprana, especialmente frente a la posibilidad de contraer una infección intrahospitalaria<sup>222</sup>. Así, el paciente fue externado afiebrado y emanando pus por las heridas. Tampoco se le brindó a los familiares indicación alguna de cómo cuidar al paciente en su domicilio, ni indicarles cuáles podrían ser las señales de alarma. Por lo cual, es claro para esta Corte que las autoridades tenían conciencia de su situación crítica y frente a ello, el alta temprana tuvo una incidencia considerable, al menos, en el rápido deterioro que sufrió inmediatamente luego de su pronta salida del Hospital Sotéro del Río, lo cual representó una negligencia médica<sup>223</sup>.

137. Respecto al *segundo ingreso* del señor Poblete Vilches al Hospital Sotéro del Río, el perito Santos expuso en audiencia sobre la situación del paciente, destacando que esta era grave, que habría que haber actuado rápidamente, ya que el adulto mayor es un paciente muy vulnerable. Cabe además destacar que, según sus declaraciones, el perito determinó que el esquema

---

<sup>221</sup> Cfr. Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 47. El perito agregó al respecto que "era un paciente muy vulnerable [y que se externó] a las 72 horas [del primer ingreso]". El perito sostuvo, asimismo, que "el paciente se externa en condiciones muy básicas de salud [...] no se debería haber externado".

<sup>222</sup> Cfr. Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 48. Respecto al segundo ingreso al Hospital Sotéro del Río, al referirse al estado de salud del señor Poblete Vilches el perito mencionó: "es un paciente vulnerable que se había externado hace 72 horas, entonces, no es una infección cualquiera, es una infección intrahospitalaria".

<sup>223</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párrs. 54, 65, 74 y 78, y *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, supra*, párr. 154.

antibiótico no era el adecuado<sup>224</sup>. Asimismo, el perito destacó que la unidad de cuidados intensivos resultaba vital<sup>225</sup>, como así también lo era la ayuda mecánica<sup>226</sup> para respirar, y que sin su dispensa era imposible que el paciente pudiera sobrevivir, resaltando además que éstas prestaciones eran básicas. El perito destacó que, en criterio, la falta más grave fue que no se solicitó su derivación a otro centro con capacidad operativa para brindarle la atención que requería, por lo que dos días después de este reingreso, el señor Poblete Vilches falleció sin que se le hubiera brindado tratamiento adecuado para preservar su salud<sup>227</sup>.

138. Al respecto, conforme a los elementos de *calidad y disponibilidad* (*supra* párr. 121), durante el segundo ingreso, se comprobó la falta de provisión del tratamiento intensivo que requería en la UCI Médica, con motivo de la falta de disponibilidad de camas en esa unidad, la falta de asistencia, a través de un respirador mecánico, así como la omisión de dispensar al paciente el traslado a otro centro médico que contara con las instalaciones necesarias<sup>228</sup>. Dichas prestaciones resultaban básicas para el tratamiento de urgencias (*supra* párrs. 121 y 137). También se destaca la decisión durante su primer ingreso, de darlo de alta de forma precipitada. En vista de lo anterior, ante la falta de disponibilidad de ciertas medidas básicas, el servicio de salud que recibió el paciente careció de la calidad mínima.

139. Respecto de los elementos de *accesibilidad y aceptabilidad* (*supra* párrs. 121), la Corte destaca que la edad del señor Poblete Vilches, resultó ser una limitante para recibir una atención médica oportuna, pues de los hechos del caso se desprende que no se le brindó el tratamiento médico adecuado, en parte, por su condición de persona mayor (*supra* párrs. 47 y 53), razón por la cual no se priorizó su tratamiento médico a pesar de su condición crítica y su avanzada edad (*supra* párr. 52)<sup>229</sup>. Además, resulta inaceptable la falsificación del consentimiento de los familiares y la falta de información clara y accesible sobre la condición del paciente (*supra* párr. 46 e *infra* párr. 173).

<sup>224</sup> Cfr. Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, págs. 48 y 56. Al referirse al esquema antibiótico dispensado en el segundo ingreso, el perito expresó: "el tratamiento tiene que ser rápido, enérgico porque no sabemos si hay una segunda oportunidad [...] desde mi punto de vista, el tratamiento no fue el correcto, en cuanto al tratamiento antibiótico. Como les comenté antes, la elección del antibiótico es una y ya, porque no voy a tener otra oportunidad, que fue lo que pasó [...]".

<sup>225</sup> El perito Javier Alejandro Santos señaló la necesidad imprescindible de que el señor Poblete Vilches recibiese tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos y la inviabilidad de que fuese tratado en terapia intermedia tras su primer egreso y el posterior reingreso al Hospital Sótero del Río, la cual es brindada en los centros hospitalarios en la llamada "Unidad de Tratamiento Intermedio" o simplemente "Intermedio (a)" [sic], y consiste en "[...] aquella dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos", que "[...] puede producirse desde cualquier Servicio o Unidad requirente [...] una vez que el paciente se encuentre estable, sin gran necesidad de monitoreo invasivo y no requiera procedimientos y/o cuidados que sólo existen en esa unidad, como ventilación mecánica." Cfr. Cfr. Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 48.

E. Páez y col., "Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos", Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2004, Vol. 19 (4), pág. 211, y C. de la Hoz y R. Ríofrío, "Criterios de Ingreso y Egreso de la Unidad de Paciente Crítico. Unidad de Paciente Crítico: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI)", Clínica Mayor, Chile, marzo de 2015, pág. 7. Respecto de la naturaleza genérica de la atención médica especializada brindada en las Unidades de Cuidados Intensivos hospitalarias, véase E. Páez y col., "Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos", *supra*.

<sup>226</sup> Cfr. Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 54. Al respecto, expresó: "si hubiera tenido una chance [sic] el paciente en su recuperación, era con la asistencia [...]".

<sup>227</sup> Cfr. Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 60. En este sentido, el perito expresó: "[...] yo puedo hacer 30 hospitales y camas me van a faltar siempre, lo que tengo que hacer es buscar la manera de brindarle al que lo necesita lo que está necesitando. Si lo tengo que derivar, lo llevaré adonde necesite, pero no puedo condenarlo a no tratarlo porque no lo tengo [sic]".

<sup>228</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia, *supra* (expediente de prueba, affidávits, f. 4466).

<sup>229</sup> Cfr. Declaración rendida por del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la Audiencia Pública del 19 de octubre de 2017, *supra*, pág. 16. En la misma, consta que el señor Poblete Tapia declaró: "El doctor Montesino dijo 'tu papá ya se le dio una oportunidad de vivir', como que él era un ser sobrenatural que tenía el poder sobre la vida, 'yo le di la oportunidad de vivir' dijo [...] 'la primera vez que ingresó al Sotero del Río, yo no le voy a darle otra oportunidad de vivir, tu papá tiene que morir, tu papá ya [...]'".



140. Frente a ello, esta Corte afirma que la edad de una persona no debe ser una causa que obstaculice su desarrollo humano y por tanto el acceso a la protección de su salud. Sobre el particular, la Corte reitera que las personas mayores son sujetos de protección, en vista de su situación de vulnerabilidad y recaen en el Estado obligaciones reforzadas respecto de la protección y garantía de su derecho a la salud.

141. El perito Santos destacó en audiencia sobre la falta de capacidad de los recursos humanos en relación con saber tratar a un adulto mayor por su carácter vulnerable y las deficiencias<sup>230</sup> de infraestructura presentadas en este hospital. En particular señaló que:

“[las medidas que debieron tomarse eran básicas] para un hospital de mediana complejidad, ni siquiera tenía que ser un hospital de alta complejidad [...] Es algo básico. Ahora, en el dos mil uno, incluso en los noventa y en los ochenta también; [así mismo] si el paciente hubiese tenido una posibilidad de responder, esto era con la asistencia respiratoria mecánica y con un control hemodinámico en una unidad cerrada [...]”.

142. El señor Poblete Vilches era un adulto mayor con patologías agregadas<sup>231</sup> que hacían que su situación lo convirtiera en un paciente aún más vulnerable. Sin perjuicio de lo anterior, quedó evidenciado que no recibió el tratamiento adecuado conforme a su situación particular. Del marco fáctico se desprende que, en el segundo ingreso, existió urgencia de las prestaciones de salud requeridas en el caso, cuya dispensa de forma inmediata resultaban de carácter vital. En suma, el paciente requería de una atención médica urgente y de calidad, que el sistema de salud pública no proveyó, por lo que dicha situación derivó en una discriminación por su condición de persona mayor.

143. En vista de lo anterior, la Corte concluye que el Estado chileno no garantizó al señor Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios y urgentes en relación a su situación especial de vulnerabilidad como persona mayor. Por tanto, el Estado violó el derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Poblete Vilches.

## **1.2 Derechos a la vida e integridad personal**

### **1.2.1 Respeto del derecho a la vida**

144. El Estado no reconoció su responsabilidad por la violación del artículo 4 de la Convención Americana, al considerar que los hechos sucedidos carecen de nexo causal con el deceso del señor Poblete Vilches (*supra* párr. 20). Al respecto, corresponde a la Corte determinar si existen elementos que acrediten que las acciones u omisiones del Estado hayan derivado en la muerte del paciente.

145. La Corte ha señalado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En virtud de este papel fundamental que se le asigna en la Convención, los Estados tienen la obligación

---

<sup>230</sup> Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 51. Al respecto, el perito resaltó: “en cuanto a las deficiencias individuales, no habían profesionales que pudieran leer lo que el paciente está contando”, y agregó: “en cuanto a lo estructural, tiene que ver con la necesidad de un servicio que instrumente el estado o la organización en que este, con los especialistas que atienden este tipo de patologías”.

<sup>231</sup> *Cfr.* Declaración rendida por el perito, Dr. Javier Alejandro Santos, *supra*, pág. 46: En la misma consta: “paciente de 76 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión, una arritmia [...]”.

de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho<sup>232</sup>.

146. Esta Corte ha sostenido que el Estado debe implementar medidas positivas para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud y asegurar que los profesionales reúnan las condiciones necesarias para su ejercicio a fin de proteger la vida de sus pacientes<sup>233</sup>. En este sentido se han pronunciado también el Comité DESC<sup>234</sup> y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>235</sup>.

147. Sobre el particular, en materia de salud, la Corte estima que no toda muerte acaecida por negligencias médicas debe ser atribuida al Estado internacionalmente<sup>236</sup>. Para ello, corresponderá atender las circunstancias particulares del caso.

148. Para efectos de determinar la responsabilidad internacional del Estado en casos de muerte en el contexto médico, es preciso acreditar los siguientes elementos: a) cuando por actos u omisiones se niegue a un paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica dicha denegación para la vida del paciente; o bien, b) se acredite una negligencia médica grave<sup>237</sup>; y c) la existencia de unnexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente<sup>238</sup>. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, se requiere verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso. Dichas verificaciones deberá tomar en consideración la posible situación de especial vulnerabilidad del afectado<sup>239</sup>, y frente a ello las medidas adoptadas para garantizar su situación<sup>240</sup>.

149. En el caso *sub judice*, este Tribunal acreditó una serie de omisiones en prestaciones básicas en materia de salud<sup>241</sup>, varias de las cuales inclusive fueron reconocidas por el Estado

<sup>232</sup> *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*, supra, párr. 124; *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257, párr. 172, y *Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros Vs. Honduras, Excepciones Preliminares, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de octubre de 2015. Serie C No. 304, párr. 262.

<sup>233</sup> *Caso Suarez Peralta Vs. Ecuador*, supra, párr. 135.

<sup>234</sup> ONU, Consejo Económico y Social, Comité DESC. OG-14, supra, párrs. 35 y 51: “[l]as obligaciones de proteger incluyen [...] adoptar leyes u otras medidas para velar por [...] [la] calidad de los servicios de atención de la salud [...] y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología”. “Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros”, se incluyen como ejemplo de las mismas las “omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás”.

<sup>235</sup> El TEDH ha señalado que: “[entre] las disposiciones fundamentales de la Convención [se exige a los Estados] la obligación [...] de [adoptar] las medidas necesarias para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción [...]. Estos principios también se aplican en el ámbito de la salud pública, en donde las obligaciones positivas [...] implican el establecimiento, por parte del Estado, de un marco de entidades reguladas, sean públicas o privadas, adoptando las medidas requeridas para proteger la vida de sus pacientes.” Véase además *Caso Lazar*, supra, párr. 66; *Caso Z Vs. Polonia*, supra, párr. 76, *Caso Calvelli y Ciglio Vs. Italia*. No. 32967/96. Sentencia de 17 de enero de 2002, párr. 49, *Caso Byrzykowski Vs. Polonia*. No. 11562/05. Sección 40 Cuarta. Sentencia de 27 de junio de 2006, párr. 104, y *Caso Silih Vs. Eslovenia*. No. 71463/014. Sentencia de 9 de abril de 2009, párr. 192.

<sup>236</sup> TEDH, *Caso Lopes de Sousa Fernandes vs. Portugal*, No. 56080/13. Sentencia de 19 de diciembre de 2017, párrs. 194, 195 y 196.

<sup>237</sup> *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*, supra, párrs. 120 a 122, 146 y 150. y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*, supra, párrs. 54 y 65.

<sup>238</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, TEDH, *Caso Lopes de Sousa Fernandes vs. Portugal*, supra, párr. 195.

<sup>239</sup> Cfr. *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Serie C No. 214*. párr. 227, y *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*, supra, párr. 134.

<sup>240</sup> *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*, supra, párr. 125.

<sup>241</sup> Sobre el particular, el Hospital Sótero del Río no contaba, al momento de los hechos, con la infraestructura y materiales básicos para brindar una atención médica adecuada al paciente. Ejemplo de ello fue la falta de disponibilidad

(*supra* párrs. 17 y 18). Particularmente en su segundo ingreso se verificó que el Estado era consciente del tratamiento intensivo (dispuesto en la ficha clínica) que requería el señor Poblete Vilches, y no obstante no lo dispensó.

150. La Corte estima que el Estado negó al señor Poblete Vilches un tratamiento médico de urgencia, no obstante habría consciencia, por parte del personal médico, que su vida se encontraba en riesgo si no se dispensaba el soporte vital requerido, y particularmente frente a su situación de adulto mayor (*supra* párr. 137). Así, el Estado no adoptó las medidas necesarias, básicas y urgentes que razonablemente podrían haberse adoptado para garantizar su derecho a la vida (*supra* párrs. 141 y 142). Asimismo, el Estado no aportó una justificación válida para haber negado los servicios básicos de urgencia.

151. Respecto del nexo causal, la Corte estima que no se puede imputar causalmente el resultado dañino a la falta de atención de la salud, porque se trata de una omisión, y es de toda evidencia que las omisiones no “causan”, si no que dejan andar una causalidad que “debía” ser interrumpida por la conducta jurídicamente ordenada. En consecuencia, siempre se debe valorar sobre una probabilidad acerca de la interrupción de una causalidad que no se interrumpió. Dado ello, lo probado en el caso, existía una alta probabilidad de que una asistencia adecuada en materia de salud hubiese al menos prolongado la vida del señor Poblete Vilches, por lo cual debe concluirse que la omisión de prestaciones básicas en materia de salud afectó su derecho a la vida (artículo 4 de la Convención).

### **1.2.2 Respecto del derecho a la integridad personal**

152. En relación con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculada con la atención a la salud humana<sup>242</sup>, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención<sup>243</sup>. En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación<sup>244</sup> (*supra* párr. 124). Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y en el marco de la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones<sup>245</sup>.

153. La Corte nota que en su declaración ante esta Corte la Dra. Sandra Castillo Montúfar manifestó que:

---

de camas en la unidad médica requerida, la omisión en brindarle el traslado y la falta de respirador mecánico, entre otras, tales como la falta de ambulancias, así como de brindar información clara y transparente para los familiares. A su vez, el personal médico que intervino no satisfizo las necesidades vitales del paciente; particularmente con el alta temprana, el antibiótico proveído, las múltiples versiones de la causa de muerte y el trato dado por su condición de adulto mayor (*supra*, párrs. 136 y 137).

<sup>242</sup> Cfr. *Caso Albán Cornejo y otros*, *supra*, párr. 117, y *Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 43.

<sup>243</sup> Cfr. *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)*. Sentencia de 5 de julio de 2006. Serie C No. 150, párr. 103, y *Caso Vera Vera y otra*, *supra*, párr. 44.

<sup>244</sup> Cfr. *Caso Gonzales Lluy Vs. Ecuador*, *supra*, párrs. 171, y *Caso Albán Cornejo y otros*, *supra*, párr. 121; Véase también: TEDH *Caso Lazar Vs. Rumania*, No. 32146/05. Sección Tercera. Sentencia de 16 de mayo de 2010, párr. 66; *Caso Z Vs. Polonia*, No. 46132/08. Sección Cuarta. Sentencia de 13 de noviembre de 2012, párr. 76, y ONU, Comité DESC, OG- 14, *supra*, párr. 12, 33, 35, 36 y 51.

<sup>245</sup> Cfr. *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 132.

“posterior a la cirugía de mérito, el 5 de febrero de 2001 “[...] [a]l llegar al domicilio de don Vinicio Poblete Vilches [se encontró] con un paciente con un gran deterioro físico y psíquico, en un estado febril y estuporoso [sic] y en un estado de coma [...] [e]ra una [sic] paciente grave con un cuadro séptico sin respuestas a estímulos, sensibilidades verbales o de gran sensibilidad. Estaba inconsciente por lo que debía ser trasladado de suma urgencia a un hospital [...]”<sup>246</sup>.

154. En relación con el segundo ingreso, los familiares señalaron, sobre la situación del señor Poblete, que:

“lo dejaron hospitalizado en el pasillo, desnudo, tapado solo con una sabanilla, amarrado y sin supervisión médica [durante] dos días”; que “el día 6 de febrero [el señor Poblete Vilches] estaba aún peor y acostado en una camilla en un pasillo [y] [n]o lo habían ingresado aun a la UCI”, y que al día siguiente “a las cinco cuarenta de la mañana y luego de una larga agonía [...] falleció”<sup>247</sup>.

155. En el presente caso la Corte verificó distintas omisiones en la atención brindada que contribuyeron en el deterioro de la salud del señor Poblete Vilches (*supra* párrs. 133 a 143). Dichas omisiones, varias de ellas reconocidas por el propio Estado, se dieron particularmente, tanto en el primer ingreso, con el alta temprana y la falta de información a los familiares respecto de la condición y cuidado del paciente, a fin de que pudieran advertir adecuadamente los signos de alarma y la manera de cómo responder, así como en el segundo ingreso con la negación de los servicios básicos que requería, y en su caso la ausencia de traslado a otro centro con disponibilidad. Particularmente, dichas situaciones derivaron en que, durante al menos cinco días, el señor Poblete Vilches experimentara diversos sufrimientos motivo de la desatención a sus particulares condiciones de salud (*supra* párrs. 153 y 154). Al respecto, la Corte estima que tales hechos anteriormente enunciados constituyen una vulneración de su derecho a la integridad personal, así reconocido por el propio Estado.

156. En vista de lo anterior, el Tribunal concluye que el Estado es responsable por la violación del deber de garantía de los derechos a la vida e integridad personal, reconocidos en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana, en relación con los derechos a la salud y no discriminación, de conformidad con los artículos 26 y 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Poblete Vilches.

### **1.3 Derecho al consentimiento informado en materia de salud y acceso a la información**

#### **1.3.1. Respeto del señor Vinicio Poblete y el reconocimiento parcial de responsabilidad del Estado**

157. En el presente caso, la Corte advierte que no existe controversia sobre las violaciones de la Convención alegadas en perjuicio del señor Poblete Vilches, ya que el Estado aceptó la responsabilidad internacional por la violación de los derechos al acceso a la información (artículos 13), la dignidad (artículo 11) y la libertad personal (artículo 7) (*supra* párr. 16). En este sentido, la Corte acoge el alcance de dicho reconocimiento en perjuicio del señor Poblete Vilches.

158. Al respecto, el Estado reconoció los siguientes hechos: i) la presunta víctima se encontraba inconsciente al momento en que se decidiera su intervención quirúrgica y por ello, no estaba en condiciones de consentir ningún tipo de procedimiento; ii) los familiares no fueron

<sup>246</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Sandra Castillo Montúfar el 11 de octubre de 2017” (expediente de prueba, affidávits, ff. 4475 a 4476).

<sup>247</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, affidávits, f. 4466), y Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, affidávits, f. 4472).

debidamente informados del procedimiento que se realizaría a la presunta víctima; iii) la única referencia a la existencia de un supuesto consentimiento por parte de la familia se encuentra en el expediente clínico, el cual a su vez, plantea dudas sobre la manera en que fue obtenido y su autenticidad; iv) de la historia clínica no resulta información o registro alguno que permita entender que el supuesto consentimiento informado fue brindado de acuerdo a los requisitos establecidos por el derecho internacional, y v) en el expediente médico existen dudas sobre si los familiares comprendieron la situación en la que se encontraba la presunta víctima. (*supra* párr. 18 )

159. Frente a los familiares del señor Poblete Vilches, la Corte nota que el Estado reconoció que en el presente caso no hubo un consentimiento previo, libre, pleno, e informado, de conformidad con el artículo 13 convencional. Sin embargo, no reconoció responsabilidad internacional por la alegada violación del artículo 7 y 11 en perjuicio de los mismos (*supra* párrs. 30 y 98)

160. Para efectos del presente caso, este Tribunal comprende que el consentimiento informado es parte del elemento de la accesibilidad de la información (*supra* párr. 121) y por tanto del derecho a la salud (artículo 26). Por ello, el acceso a la información –contemplado en el artículo 13 de la CADH–, adquiere un carácter instrumental<sup>248</sup> para garantizar y respetar el derecho a la salud. Así el derecho al acceso a la información es una garantía para hacer realidad la derivación del derecho contemplado en el artículo 26 de Convención, con la posibilidad de que se acrediten otros derechos relacionados, de acuerdo con las particularidades del caso en concreto. En este sentido, y siendo que persiste el alcance de la controversia en relación con aspectos puntuales del consentimiento a favor de los familiares, a continuación esta Corte se pronunciará sobre: i) el consentimiento por representación o sustitución, y ii) la alegada violación del artículo 11 y 7 en perjuicio de los familiares.

### **1.3.2 Consentimiento por sustitución y acceso a la información en materia de salud a favor de los familiares**

161. Respecto del derecho a obtener un consentimiento informado, la Corte ha reconocido que el artículo 13 de la Convención Americana incluye el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole<sup>249</sup>, lo cual protege el derecho de acceso a la información, incluyendo información relacionada con la salud de las personas<sup>250</sup>. En este sentido, se estableció que el consentimiento informado consiste “en una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo”. Esta regla no sólo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber que sea previo, libre, pleno e informado<sup>251</sup>. Al respecto, como regla general, el

<sup>248</sup> Cfr. *Opinión Consultiva OC-23/17, supra*, párr. 211. [...] En el mismo sentido, la jurisprudencia interamericana ha reconocido el carácter instrumental de ciertos derechos de la Convención Americana, tales como el derecho de acceso a la información, en la medida en que permiten la satisfacción de otros derechos en la Convención, incluidos el derecho a la salud, la vida o la integridad personal[...].

<sup>249</sup> Cfr. *Caso “La Última Tentación de Cristo” (Olmedo Bustos y otros) Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de febrero de 2001. Serie C No. 73, párr. 64 y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párr. 89.

<sup>250</sup> Cfr. *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 2006. Serie C No. 151, párr. 77, y *Caso I.V. Vs. Bolivia, supra*, párr. 156. Véase también, ONU, Comité DESC, OG-14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, supra*, párr. 12.

<sup>251</sup> Cfr. *Caso I.V. Vs. Bolivia, supra*, párr. 166.

consentimiento es personal, en tanto debe ser brindado por la persona que accederá al procedimiento<sup>252</sup>.

162. La Corte ha dispuesto también que los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento<sup>253</sup>.

163. En el presente caso, la Corte recuerda que los hechos que versan sobre la falta de consentimiento informado de los familiares son los que sucedieron en torno al procedimiento quirúrgico efectuado al señor Poblete Vilches durante su primer ingreso. No obstante, en referencia al segundo ingreso, los hechos versan sobre aspectos del acceso a la información por parte de los familiares (*infra* párr. 173).

164. Al respecto, durante su primer ingreso, el señor Poblete Vilches fue trasladado al "pabellón" para hacerle una incisión para verificar si tenía líquido en el corazón, pese a que sus parientes informaron al personal médico que él no podía ser intervenido quirúrgicamente por ser diabético. Al salir de la intervención quirúrgica el señor Poblete tenía en la cintura tres heridas de las cuales salía un tubo de drenaje. En el presente caso las representantes alegaron que a los familiares del señor Poblete Vilches nunca se les proporcionó información antes o después de la intervención quirúrgica que se le realizó al señor Poblete Vilches en su primer ingreso al Hospital Sotero del Río<sup>254</sup>. Además, manifestaron que ellos nunca otorgaron su autorización para dicha intervención y que la autorización que consta en el expediente médico es falsa. (*supra* párrs. 45 a 47).

165. La Corte toma nota de la normativa interna que existía al momento de los hechos, particularmente respecto del consentimiento requerido para la práctica de procedimientos como los que conciernen a este caso, a saber:

a) el Decreto Supremo Número 42 de 1986, que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, en su artículo 105 disponía que "los profesionales tratantes deberán informar, en lo posible y cuando proceda, a los pacientes, a sus representantes legales o a los familiares de aquellos, sobre el diagnóstico y el pronóstico probable de su enfermedad, las medidas terapéuticas o médico-quirúrgicas que se les aplicarían y los riesgos que éstas o su omisión conllevan, para permitir su decisión informada, así como las acciones preventivas que correspondan al paciente o a su grupo familiar".

b) las "Normas y Documentos de Ética Médica" de 1986, elaboradas por el Colegio Médico de Chile, disponía en su artículo 15 que "en los casos que fuera terapéuticamente necesario recurrir a tratamientos que entrañen riesgos ciertos o mutilación grave para el paciente, el médico deberá contar con el consentimiento expreso, dado con conocimiento de causa, por el enfermo, o sus

---

<sup>252</sup> Cfr. *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 182. Cfr. En efecto, conforme a las declaraciones de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008), Principio 25 y de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005, Principio 3. Sólo el paciente podrá acceder a someterse a un acto médico.

<sup>253</sup> Cfr. *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 189.

<sup>254</sup> Cfr. Declaración rendida ante fedatario público por Cesia Leila Siria Poblete Tapia el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, f. 4465); Declaración rendida ante fedatario público por Alejandra Marcela Fuentes Poblete el 6 de octubre de 2017 (expediente de prueba, f. 4472); Declaración del señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia ante la Corte en la audiencia pública el 19 de octubre de 2017, *supra*, págs. 5, 6, 8 y 14).

familiares responsables cuando sea menor de edad o este incapacitado para decidir. En situaciones de urgencia médica o ausencia de los familiares responsables, sin que sea posible obtener comunicación con ellos o de no existir estos, el médico podrá prescindir de la autorización que establece el inciso precedente, sin perjuicio de procurar de obtener la opinión favorable de otro colega en el tratamiento"<sup>255</sup>.

c) en 1999, el Fondo Nacional de Salud, en conjunto con el Ministerio de Salud de Chile elaboraron la "Carta de Derechos del Paciente" que disponía los pasos a seguir para obtener el consentimiento informado del paciente, además de establecer los casos en que operan las excepciones: menores de edad, incapacidad judicial, deficiencias de comprensión, aun siendo mayor de edad, no tuviera capacidad de discernimiento para decidir acerca de un procedimiento. En este último debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos, a quien legalmente correspondería la representación"<sup>256</sup>.

166. En vista de lo anterior, la Corte entiende que el consentimiento por representación o sustitución se actualiza cuando se ha comprobado que el paciente, por su especial condición, no se encuentra en la capacidad de tomar una decisión en relación a su salud, por lo cual esta potestad le es otorgada a su representante, autoridad, persona, familiar o institución designada por ley. Sin embargo, cualquier limitación en la toma de decisiones tiene que tener en cuenta las capacidades evolutivas del paciente, y su condición actual para brindar el consentimiento"<sup>257</sup>. Esta Corte considera que entre los elementos necesarios para otorgar el consentimiento informado por parte de sus familiares, este también debe de ser previo, libre, pleno e informado"<sup>258</sup>, a menos que se trate de una situación de emergencia, en donde la Corte ya ha

<sup>255</sup> Código de Ética, Colegio Médico de Chile A.G, Reimpresión 2013, Artículo 27 (Actualizado en 2013): "Si el paciente no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, por estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y no es posible obtenerlo de su familia, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional. La opinión del menor de edad deberá ser considerada, atendiendo a su edad y grado de madurez". Artículo 28 (Actualizado en 2013): "El derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento deberá ser respetado, debiendo el médico, en todo caso, informar al paciente, de manera comprensible, las consecuencias que puedan derivarse de su negativo. En esta circunstancia, el facultativo no abandonará al enfermo, debiendo procurar que se le presten los cuidados generales necesarios. En casos de urgencia médica impostergerable, el médico actuará en conciencia, protegiendo el derecho a la vida del paciente". Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Ley 20584 de 24 de abril de 2012. Regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Artículo 10: Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergerable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante las condiciones en que se encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Decreto No 31 de 26 de noviembre de 2012. Aprueba Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. Artículo 4: " si el afectado, a juicio del profesional que lo está atendiendo, no está en condiciones de recibir directamente la información sobre su estado de salud, por motivos tales como de orden emocional o si tiene dificultades para entender o presenta alteración de la conciencia, la información deberá ser entregada a su representante legal y, a falta de este, a la persona a cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de ello, una vez que recupere su capacidad de comprender, si ello ocurre, se le proporcionara esta información directamente a él. Igual procedimiento se adoptará en situaciones de urgencia o emergencia médica, es decir, cuando la falta de atención inmediata signifique riesgo vital para el afectado o una secuela funcional grave y la persona no esté en condiciones de recibir y comprender la información. En estos casos la información proporcionada se limitará a la situación de que se trata".

<sup>256</sup> Contestación del Estado (expediente de fondo, ff. 384 a 386).

<sup>257</sup> Peritaje presentado por Alicia Ely Yemin (expediente de prueba, f. 761). El TEDH ha determinado que de la violación al derecho a prestar consentimiento de los familiares, pueden ver afectados sus derechos derivados de la omisión de brindar información clara y precisa sobre el procedimiento por aplicar al paciente. TEDH, *Caso Petrova Vs. Latvia*, No. 4605/05. Sentencia de 24 de junio de 2014, párr. 87. TEDH, *Caso Glass Vs. United Kingdom*, No. 61827/09. Sentencia de 9 de marzo de 2004, párr. 72.

<sup>258</sup> Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, artículo 6 (4), disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>, Declaration on the promotion of patient's rights in Europe, WHO Regional Office for Europe, 1994, 3.4 y ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible

reconocido que existen excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento, en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente<sup>259</sup>.

167. Al respecto, ni las representantes ni el Estado controvirtieron que dicha intervención quirúrgica practicada al señor Poblete Vilches (en su primer ingreso), se tratara de un procedimiento de emergencia. Tampoco existen elementos de prueba que permitan acreditar lo contrario. En virtud de lo anterior, la Corte estima que dicho procedimiento de punción no correspondía a un procedimiento de emergencia, por lo que, de acuerdo con la propia normativa interna (*supra* párr. 165), resultaba aplicable la obtención del consentimiento por parte de los familiares, lo cual no se realizó en el caso concreto<sup>260</sup>.

168. En cuanto al derecho a la dignidad consagrado en el artículo 11 de la Convención Americana, la Corte ha analizado que un aspecto central del reconocimiento de la dignidad constituye la posibilidad de todo ser humano de auto-determinarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias opciones y convicciones<sup>261</sup>. Por su parte, el inciso segundo establece la inviolabilidad de la vida privada y familiar, entre otras esferas protegidas. En este sentido, la Corte reitera que el artículo 11.2 de la Convención Americana está estrechamente relacionado con el derecho reconocido en el artículo 17 de la misma<sup>262</sup>, el cual reconoce el papel central de la familia y la vida familiar en la existencia de una persona y en la sociedad en general<sup>263</sup>.

169. Asimismo, este Tribunal ha interpretado de manera amplia el concepto de libertad que está consagrado en el artículo 7 de la Convención, definiéndola como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido, permitiéndole a toda persona organizar, conforme a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La Corte reitera que este derecho está relacionado con la libertad de tomar decisiones en materia de salud<sup>264</sup>.

170. A este respecto, la Corte ha reconocido la relación existente entre la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, y la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad. Por lo tanto, el Tribunal entiende que la necesidad de obtención del consentimiento informado protege no sólo el derecho de los pacientes a decidir libremente si desean someterse o no a un acto médico, sino que es un mecanismo fundamental para lograr el respeto y garantía de distintos derechos humanos reconocidos por la Convención Americana, como lo son la dignidad, libertad personal, integridad personal, incluida la atención a la salud, la vida privada y familiar<sup>265</sup>. De este modo, la

---

de salud física y mental, Anand Grover, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009, resumen. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

<sup>259</sup> Cfr. *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 177.

<sup>260</sup> Declaración del perito Dr. Javier Alejandro Santos, especialista en geriatría y gerontología, en Audiencia del Caso Poblete Vilches Vs. Chile, en fecha 19 de octubre de 2017, en la ciudad de Panamá, Panamá, pág. 53. De conformidad con el peritaje del Dr. Santos, se trataba de una intervención necesaria que se debía realizar. "Evidentemente urgente no fue porque se realiza a las 48 horas, o sea, que el paciente no urgió, sí, la necesidad de esa práctica quirúrgica". [...] "Sí, como rutina, como control de rutina en un paciente que ingresa por un edema en el pulmón, coronario, es algo que se debe hacer".

<sup>261</sup> Cfr. *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*, *supra*, párr. 150.

<sup>262</sup> Cfr. *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*, *supra*, párr. 169 y *I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 153.

<sup>263</sup> Cfr. *Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") Vs. Costa Rica*, *supra*, párr. 145, y *I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 153.

<sup>264</sup> *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 151 y 155.

<sup>265</sup> *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párrs. 165.



existencia de una conexión entre el consentimiento informado con la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la salud exige, por un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia<sup>266</sup>.

171. La Corte observa que el derecho a la obtención de un consentimiento informado por parte de los familiares ya fue reconocido por el Estado (*supra* párr. 16). En este sentido, tomando en consideración lo establecido en la legislación interna y dado que el señor Poblete Vilches no se encontraba en la capacidad de tomar una decisión relativa a su salud, esta potestad correspondía ser otorgada a sus familiares.

172. De este modo, tomando en consideración la relación existente entre el consentimiento informado en materia de salud (artículos 26 y 13) y los artículos 7 y 11 de la Convención Americana, la Corte considera que en el presente caso, el derecho de los familiares a tomar decisiones libres en materia de salud y su derecho a contar con la información necesaria para tomar estas decisiones, al igual que su derecho a la dignidad, desde los componentes de vida privada y familiar fueron afectados al no tener la posibilidad de otorgar su consentimiento informado.

173. Con base en lo anterior, este Tribunal concluye que el Estado incumplió con su obligación internacional de obtener, a través de su personal de salud, el consentimiento informado por parte de los familiares del señor Poblete Vilches, para la práctica de los actos médicos realizados durante su primer ingreso en el Hospital Sótero del Río. Adicionalmente, el Estado vulneró el derecho de acceso a la información de los familiares, debido a que no se les otorgó información clara y precisa sobre el alta al paciente y sus cuidados necesarios. Asimismo, se vulneró éste derecho debido a que durante el segundo ingreso, no se proporcionó información clara y accesible respecto del diagnóstico y atención médica otorgada al señor Poblete Vilches. Por ende, la Corte considera que se violó el derecho a obtener un consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud, de conformidad con los artículos 26, 13, 11 y 7 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Poblete Vilches y sus familiares.

#### **1.4 Conclusión general sobre el derecho a la salud**

174. Tomando en cuenta las consideraciones expuestas, esta Corte verificó que: i) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana; ii) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad; iii) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia; iv) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica

---

<sup>266</sup> Cfr. *Mutatis mutandi*, *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina*, *supra*, párr. 294 y *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 155.

adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal; y vi) el consentimiento informado es una obligación a cargo de las instituciones de salud, las personas mayores ostentan la titularidad de éste derecho, sin embargo, se puede transferir bajo ciertas circunstancias a sus familiares o representantes. Asimismo, persiste el deber de informar a los pacientes o, en su caso cuando proceda, a sus representantes sobre los procedimientos y condición del paciente.

175. En el caso concreto, la Corte considera que el Estado de Chile no garantizó que los servicios de salud brindados al señor Poblete Vilches cumplieran con los estándares referidos, por lo que incumplió en el otorgamiento de medidas básicas, es decir de sus obligaciones de carácter inmediato relacionadas con el derecho a la salud en situaciones de urgencia. Asimismo, el Estado incumplió con su deber de obtener el consentimiento informado por sustitución de los familiares frente a la intervención quirúrgica practicada, así como de brindar información clara y accesible para los familiares respecto del tratamiento y procedimientos practicados al paciente. Las negligencias asumidas en el segundo ingreso, particularmente, al negarle un respirador, así como la posibilidad de ingresar a la unidad de cuidados requerida y no ser trasladado a otro centro que pudiera brindarle tales medidas, en parte por su condición de adulto mayor, redujo de manera considerable las posibilidades de recuperación y sobrevivencia del paciente, por lo que su fallecimiento resulta imputable al Estado. Asimismo, la Corte sostuvo que la edad del señor Poblete Vilches, como categoría protegida de la no discriminación, resultó ser una limitante para que recibiera la atención médica requerida.

176. Por tanto, este Tribunal considera que el Estado chileno es responsable internacionalmente por la falta de garantía de los derechos a la salud, vida, integridad personal, libertad, dignidad y acceso a la información, de conformidad con los artículos 26, 4, 5, 13, 7 y 11 de la Convención Americana, en relación con las obligaciones de no discriminación del artículo 1.1 del mismo instrumento, en perjuicio del señor Poblete Vilches. Asimismo, el Estado es responsable de la violación de los artículos 26, 13, 7 y 11, en perjuicio de sus familiares.

## **VII-2 DERECHOS A LAS GARANTÍAS JUDICIALES Y A LA PROTECCIÓN JUDICIAL (ARTÍCULOS 8 Y 25 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)**

### ***A. Argumentos de las partes y de la Comisión***

177. La **Comisión** alegó que el Estado violó los artículos 8 y 25 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, respecto al deber de investigar con la debida diligencia y en un plazo razonable los hechos del presente caso, en perjuicio de los familiares del señor Poblete Vilches. Respecto a la debida diligencia, observó que la primera querrela criminal fue presentada por los familiares del señor Poblete Vilches en noviembre de 2001, y que debido a varias declaratorias de incompetencia, fue hasta febrero de 2002 que se determinó cuál era la autoridad judicial competente para conocer de esta. Destacó que se realizaron diligencias en el proceso hasta el mes de octubre de 2002, ocho meses después, cuando se solicitó al Hospital Sótero del Río la ficha clínica del señor Poblete Vilches. Además, notó que entre la interposición de la primera querrela y la citación de los primeros declarantes transcurrió más de un año y medio. Además, mencionó que en un periodo de cinco años, de 2003 a 2008, solo se solicitó un peritaje médico. Agregó que a la fecha no se ha realizado la exhumación del cuerpo del señor Poblete Vilches para efectos de realizar la autopsia solicitada, en múltiples ocasiones por los representantes y resaltó que el Estado no justificó la no realización de estas diligencias. Adicionalmente, resaltó que no cuenta con información sobre la adopción de medidas correctivas para obtener una pericia que aclarara los interrogantes esenciales para determinar posibles responsabilidades por la muerte del señor Poblete Vilches.

178. De igual manera, la **Comisión** señaló que la declaración indagatoria del imputado Luis Carvajal Freire nunca fue realizada, a pesar de que el Primer Juzgado Civil comprobó que seguía laborando en el Hospital Sótero del Río, y que tampoco se obtuvieron algunas de las declaraciones solicitadas dentro del proceso por los familiares del señor Poblete Vilches. En este sentido, resaltó que a pesar de dichas omisiones probatorias, las autoridades judiciales dispusieron en dos oportunidades el sobreseimiento de la causa, en diciembre de 2006 y en junio de 2008. Además, la Comisión mencionó que desde la segunda reapertura de la investigación, no se cuenta con información que permita establecer que se han intentado subsanar las referidas omisiones. Finalmente, en relación a la obtención del consentimiento de los familiares para la realización del procedimiento del 26 de enero de 2001, resaltó la omisión del Estado de esclarecer las irregularidades verificadas respecto de estos hechos. Por tanto, concluyó que el Estado “no investigó los hechos del presente caso con la debida diligencia”.

179. Por otra parte, en relación al deber de investigar en un plazo razonable, la Comisión examinó los cuatro criterios establecidos en la jurisprudencia de la Corte. Respecto al primer elemento, la complejidad del asunto, observó que el presente caso versa sobre un alegado homicidio culposo en perjuicio de una sola víctima, ocurrido en un hospital público, en el que supuestamente estuvieron involucrados algunos médicos, por lo que no encontró motivos para considerar que este caso envolvió un nivel de complejidad tal que justificara la demora de más de 14 años. Sobre el segundo elemento, la actividad procesal del interesado, destacó que fue a instancia de parte, mediante las querellas criminales, que se iniciaron e impulsaron las investigaciones, por lo que argumentó que no es posible considerar que la demora se debió a acciones u omisiones de los familiares del señor Poblete. En relación al tercer elemento, la conducta de las autoridades judiciales, destacó que la reapertura de la causa en dos oportunidades no ha activado la realización de diligencias para subsanar las falencias en la investigación por parte de las autoridad, y por el contrario, señaló que desde la reapertura en 2008 hasta la fecha, no cuenta con información sobre actividad en el expediente, a excepción de las respuestas dadas por la Corte Suprema de Justicia ante las solicitudes de intervención por parte de los familiares. Por último, consideró que no resultaba necesario analizar el cuarto elemento, la afectación generada en la situación jurídica de la persona involucrada en el proceso. No obstante, hizo notar que en este tipo de casos, el resultado del proceso penal puede tener incidencia en las perspectivas de reparación. Finalmente, la Comisión concluyó que las investigaciones llevadas a cabo a nivel interno no cumplieron con la garantía de plazo razonable. La Comisión consideró que el Estado no logró comprobar cómo un retardo injustificado en el proceso careció de impacto directo en el deber de debida diligencia en la investigación y resolución del proceso. Cabe señalar que la Comisión no se pronunció al respecto de la violación al derecho a un juez imparcial.

180. Las **representantes** coincidieron con lo expuesto por la Comisión en torno a la violación de los artículos 8 y 25 de la Convención Americana. En este sentido, sostuvieron que el proceso penal no cumplió con los estándares exigibles y que las víctimas no tuvieron acceso a un recurso eficaz contra la violación de sus derechos, lo cual tuvo como consecuencia el que no pudieran gozar de una protección judicial efectiva. Resaltaron la ineficacia con la cual se desarrolló el proceso, y como muestra de ésta señalaron que no se realizaron los careos solicitados. Asimismo, destacaron la falta de diligencia y efectividad de los operadores de justicia en impulsar las investigaciones, que fueron interrumpidas y dilatadas injustificadamente lo que provocó que el proceso interno tardara siete años. Adicionalmente alegaron la violación al derecho a un tribunal imparcial, previsto en el artículo 8.1 de la Convención Americana en perjuicio de los familiares del señor Poblete Vilches. En relación a lo anterior, estimaron que la solicitud de la jueza de realizar estudios sobre las facultades mentales de Vinicio y Cesia Poblete Tapia fue tomada de modo completamente infundado sin que del expediente pudiera desprenderse algún elemento que la motivara. Agregaron que la decisión de la jueza fue arbitraria ya que carecía de fundamento, y en consecuencia, la consideraron como una muestra

de la falta de imparcialidad de la juzgadora. Concluyeron que el Estado falló en sus obligaciones de proporcionar acceso a la justicia y a la verdad.

181. El **Estado** reconoció la violación de los artículos 8 y 25 de la Convención Americana, en relación con el derecho a un plazo razonable, considerando que la actuación de las autoridades chilenas no fue lo suficientemente diligente (*supra* párr. 16). No obstante, no reconoció la violación del derecho a la debida diligencia (*supra* párr. 20) debido a que estimó que el Primer Juzgado Civil realizó todas las diligencias probatorias necesarias. En particular, el Estado resaltó que respecto a la causa de muerte del señor Poblete Vilches se realizaron dos pericias médico-legales que establecieron que no se había faltado a la *lex artis*, descartando el nexo causal entre el actuar de los médicos y la muerte del paciente. Agregó que las dos querellas interpuestas fueron tramitadas en su antiguo proceso penal inquisitivo en el cual quien conducía la investigación era la misma persona que juzgaba el asunto, restando la imparcialidad que exige el debido proceso. Resaltó que todas las diligencias probatorias fueron concedidas a excepción de la exhumación del cuerpo y los careos. En este sentido, señaló que se realizaron 19 de las 26 diligencias solicitadas, y aclaró que en el presente caso hubo dos querellas; la primera de mayo de 2001, en la cual todas las diligencias solicitadas fueron concedidas y el señor Vinicio y la señora Cesia Poblete Tapia no solicitaron ser citados a ratificar la querella, y la segunda interpuesta en octubre de 2005, para la cual los señores Poblete Tapia sí solicitaron la ratificación de la querella, siendo citados para abril de 2006, por lo que no fueron cinco años de demora en la citación, sino seis meses. El Estado arguyó que la actividad investigativa del tribunal fue positiva y sustantiva, agotando todos los recursos legales a su alcance. Asimismo, el Estado tampoco reconoció la violación al derecho a ser juzgado por un tribunal imparcial (*supra* párr. 20) debido a que consideró que el Juzgado competente actuó dentro de sus facultades legales teniendo como motivación la contenida en las normas. Al respecto, resaltó que la imparcialidad subjetiva se presume a favor del juez y por tanto quien la alega debe probarla a través de elementos probatorios específicos y concretos.

### **B. Consideraciones de la Corte**

182. La Corte recuerda que en el presente caso se presentó una primera querella criminal en el año 2001, y una segunda querella en el año 2005, por parte de los familiares del señor Poblete Vilches. El 11 de diciembre de 2006 el Juzgado Primero Civil ordenó el sobreseimiento de la causa, no obstante, el 17 de febrero de 2007 desarchivo la causa. Nuevamente, el 30 junio de 2008 dictó el sobreseimiento de la causa y el 5 de agosto de 2008 ordenó su desarchivo. A la fecha, no se han establecido las responsabilidades penales correspondientes por los hechos del presente caso (*supra* párrs. 59 a 79).

183. La Corte recuerda que el Estado ya reconoció su responsabilidad en relación con el incumplimiento del plazo razonable, tomando en cuenta la demora de aproximadamente 17 años en la investigación del presente caso sin resultados (*supra* párr. 16). Al respecto, la Corte nota que ha cesado esta controversia. En virtud de lo anterior, a continuación la Corte se referirá sobre la alegada vulneración de los artículos 8 y 25 de la Convención Americana, por la alegada violación de los derechos a: 1) la debida diligencia y 2) la imparcialidad judicial.

#### **1. Respeto de la debida diligencia**

184. Esta Corte ha sostenido que la protección judicial "constituye uno de los pilares básicos de la Convención Americana y del propio Estado de Derecho en una sociedad democrática<sup>267</sup>". La Corte ha señalado que "los artículos 8 y 25 de la Convención también consagran el derecho al

---

<sup>267</sup> Cfr. *Caso Castillo Páez vs. Perú*. Fondo. Sentencia de 3 de noviembre de 1997. Serie C No. 34, párr. 82, y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú*, *supra*, párr. 174.

acceso a la justicia, norma imperativa del Derecho Internacional<sup>268</sup>". Asimismo, el principio de tutela judicial efectiva requiere que los procedimientos judiciales sean accesibles para las partes, sin obstáculos o demoras indebidas, a fin de que alcancen su objetivo de manera rápida, sencilla e integral<sup>269</sup>. Aunado a lo anterior, este Tribunal ha señalado que el artículo 25.1 de la Convención contempla la obligación de los Estados Partes de garantizar, a todas las personas bajo su jurisdicción, un recurso judicial efectivo contra actos violatorios de sus derechos fundamentales<sup>270</sup>, reconocidos ya sea en la Constitución, en las leyes o en la Convención<sup>271</sup>.

185. Por otra parte, la Corte ha señalado de manera consistente que el deber de investigar es una obligación de medios y no de resultados, que debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa, o como una mera gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de las víctimas o de sus familiares o de la aportación privada de elementos probatorios<sup>272</sup>. Además, la investigación debe ser seria, objetiva y efectiva, y estar orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, y eventual enjuiciamiento y castigo de los autores de los hechos<sup>273</sup>. Asimismo, la debida diligencia exige que el órgano que investiga lleve a cabo todas aquellas actuaciones y averiguaciones necesarias para procurar el resultado que se persigue<sup>274</sup>.

186. Ahora bien, la posibilidad de la Corte, en el ámbito de su competencia, coadyuvante y complementaria, de examinar los procedimientos internos de investigación<sup>275</sup>, puede llevar a la determinación de fallas en la debida diligencia en los mismos<sup>276</sup>. No obstante, ello será procedente en tanto se evidencie que las falencias que se aduzcan pudieran haber afectado la investigación en su conjunto, de modo "que conforme el tiempo vaya transcurriendo, se afecte indebidamente la posibilidad de obtener y presentar pruebas pertinentes que permitan esclarecer los hechos y determinar las responsabilidades que correspondan"<sup>277</sup>. En ese sentido, no debe asumirse que fallas en medidas puntuales de investigación tengan un impacto negativo sobre el conjunto del proceso si, pese a ellas, la investigación tuvo un resultado efectivo en la determinación de los hechos<sup>278</sup>.

187. Por otra parte, la Corte recuerda que en cuanto al tratamiento del cadáver de la víctima, deben realizarse algunas diligencias mínimas e indispensables para la conservación de los elementos de prueba y evidencias que puedan contribuir al éxito de la investigación, tales como

<sup>268</sup> Cfr. *Caso Goiburú y otros vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de septiembre de 2006. Serie C No. 153, párr. 131, y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párr. 174.

<sup>269</sup> Cfr. *Caso Mejía Idrovo Vs. Ecuador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de julio de 2011. Serie C No. 228, párr. 106, y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párr. 174.

<sup>270</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras, Fondo, supra*, párr. 219, y *Caso Lagos del Campo Vs. Perú, supra*, párr. 174.

<sup>271</sup> Cfr. *Caso Baena Ricardo y otros Vs. Panamá. Competencia*. Sentencia de 28 de noviembre de 2003. Serie C No. 104, párr. 73; *Caso Acevedo Buendía y otros ("Cesantes y Jubilados de la Contraloría") Vs. Perú, supra*, párr. 69, y *Caso Vereda La Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 185.

<sup>272</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo*, párr. 177, y *Caso Vereda la Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 185.

<sup>273</sup> Cfr. *Caso Juan Humberto Sánchez Vs. Honduras. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 127, y *Caso Vereda la Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 185.

<sup>274</sup> Cfr. *Caso de las Hermanas Serrano Cruz Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de marzo de 2005. Serie C No. 120, párr. 83, y *Caso Vereda la Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 185.

<sup>275</sup> Cfr. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Fondo*. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 222, y *Caso Vereda la Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 186.

<sup>276</sup> Cfr. *Caso Yarce y Otras Vs. Colombia*, párr. 282, y *Caso Vereda la Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 186.

<sup>277</sup> Cfr. *Caso Ibsen Cárdenas e Ibsen Peña Vs. Bolivia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2010. Serie C No. 217, párr. 172, y *Caso Vereda la Esperanza Vs. Colombia, supra*, párr. 186.

<sup>278</sup> Cfr. *Caso Luna López Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 10 de octubre de 2013. Serie C No. 269, párr. 167, y *Caso Yarce y Otras Vs. Colombia, supra*, párr. 282.

la autopsia<sup>279</sup>. En este sentido, la Corte ha establecido que las autopsias y análisis de restos humanos deben realizarse en forma rigurosa, por profesionales competentes y empleando los procedimientos más apropiados<sup>280</sup>.

188. En el presente caso, la Corte reitera que el Estado chileno no reconoció su responsabilidad por la violación relativa a la debida diligencia, en consecuencia subsiste la controversia al respecto (*supra* párrs. 30 y 181).

189. Este Tribunal advierte que el Estado chileno, realizó una serie de diligencias probatorias en la investigación de los hechos del presente caso, tales como: a) la solicitud de la ficha clínica del señor Poblete Vilches al Hospital Sotero del Río; b) tomas de declaración de algunos querrelados y familiares del señor Poblete; c) pericias médico-legales, y d) despachó órdenes de arresto en contra del médico Luis Carvajal Freire.

190. Sin embargo, la Corte constata que nunca fueron realizadas diversas diligencias probatorias o actuaciones judiciales, a saber: a) la exhumación del cadáver del señor Poblete Vilches, con el fin de realizar una autopsia que determine la causa real de su muerte, solicitada el 12 de noviembre de 2001 y ordenada el 13 de febrero de 2002 (*supra* párr. 60), y solicitada nuevamente el 7 de octubre de 2005 y el 29 de enero de 2007 por los familiares del señor Poblete; b) la causa penal por el fallecimiento del señor Poblete Vilches fue sobreseída en dos ocasiones en un período de aproximadamente 1 año y 6 meses. Aunado a ello, desde la segunda reapertura de la causa el 4 de agosto de 2008, no se cuenta con evidencia de actuaciones por parte de las autoridades judiciales en el expediente encaminadas a investigaciones los hechos ocurridos en el presente caso, y a juzgar y sancionar a los responsables<sup>281</sup>; c) el careo entre el señor Vinicio Poblete Tapia y la señora Cesia Leyla Poblete Tapia, con la doctora María Carolina Chacón Fernández, solicitada por el primero el 21 de marzo de 2006, y d) no se practicó el arresto del doctor Luis Carvajal Freire. Lo anterior pese a que los días 28 de febrero de 2004, 20 de diciembre de 2004 y 31 de octubre de 2005 el Primer Juzgado Civil despachó las órdenes de arresto en su contra, el 6 de abril de 2004 el 19º Juzgado del Crimen ordenó el arresto en su contra por el delito de desobediencia a las órdenes del Primer Juzgado Civil de Puente Alto, el 8 de enero de 2005 el 19º Juzgado del Crimen ordenó su arresto por el cuasidelito de homicidio, y el 23 de mayo de 2007 el Primer Juzgado Civil comprobó que el doctor Luis Carvajal Freire continuaba trabajando en el Hospital Sótero del Río.

191. Respecto a las omisiones descritas en el párrafo anterior, esta Corte enfatiza que las mismas revisten tal importancia para la averiguación de la verdad jurídica puesto que normalmente eran idóneas para esclarecer los hechos ocurridos en el presente caso e identificar

---

<sup>279</sup> Cfr. *Caso Luna López Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 10 de octubre de 2013. Serie C No. 269, párr. 164, y *Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de agosto de 2014. Serie C No. 281, párr. 227.

<sup>280</sup> Cfr. *Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de agosto de 2014. Serie C No. 281, párr. 227.

<sup>281</sup> Al respecto, la Corte constató que el 11 de diciembre del 2006 el Primer Juzgado resolvió que "no se enc[ontra] suficientemente justificado en autos la existencia del delito denunciado" y declaró que "se sobrese[ía] temporalmente [esa] causa, hasta que se re[unieran] nuevos y mejores datos de investigación". No obstante, el 29 de enero de 2007 la representación del señor Poblete Tapia solicitó la reapertura del sumario, por lo que el 17 de febrero de 2007 el Primer Juzgado Civil desarchivó la causa y el 17 de abril de 2007 volvió la causa a estado de sumario. De igual manera, el 11 de junio de 2008 el Primer Juzgado Civil nuevamente declaró cerrado el sumario y el 30 de junio de 2008 dictó una vez más el sobreseimiento "temporalmente de la causa, hasta que se reun[ieran] nuevos y mejores datos de investigación". Así, el 4 de agosto de 2008, en virtud de nuevos y mejores antecedentes, la representación de la familia del señor Poblete Vilches solicitó el desarchivo judicial y el 5 de agosto de 2008 el Primer Juzgado Civil ordenó el desarchivo de la causa (*supra* párrs. 71 a 79).

las responsabilidades correspondientes, todo lo cual ha provocado una situación de impunidad<sup>282</sup>.

192. En vista de ello, la Corte considera que, en el presente caso, las falencias, retrasos y omisiones en la investigación penal demuestran que las autoridades estatales no actuaron con la debida diligencia ni con arreglo a las obligaciones de investigar y de cumplir con una tutela judicial efectiva dentro de un plazo razonable, en función de garantizar el esclarecimiento de los hechos y determinación de las respectivas responsabilidades. Luego de aproximadamente 17 años, los hechos del presente caso permanecen en la impunidad. Por tanto, este Tribunal considera que el Estado no garantizó el acceso a la justicia, en contravención de los artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de los familiares del señor Poblete Vilches.

193. Finalmente, la Corte llama la atención sobre la labor que los órganos médicos colegiados de mediación deben, en todo caso, cumplir al momento de valorar situaciones de negación de servicio de salud o mala praxis médica. Para ello, resulta indispensable una aproximación integral del derecho a la salud, desde la perspectiva de los derechos humanos, así como de impactos diferenciados, a fin de constituirse como órganos independientes que, a la luz de su experiencia médica, garanticen también los derechos de los pacientes.

## **2. Respeto de la imparcialidad judicial**

194. El artículo 8.1 de la Convención garantiza que las decisiones en las cuales se determinen derechos de las personas deben ser adoptadas por las autoridades competentes que la ley interna determine<sup>283</sup> y bajo el procedimiento dispuesto para ello<sup>284</sup>.

195. La Corte resalta que el derecho a ser juzgado por un juez o tribunal imparcial es una garantía fundamental del debido proceso, debiéndose garantizar que el juez o tribunal en el ejercicio de su función como juzgador cuente con la mayor objetividad para enfrentar el juicio<sup>285</sup>. Este Tribunal ha establecido que la imparcialidad exige que el juez que interviene en una contienda particular se aproxime a los hechos de la causa careciendo, de manera subjetiva, de todo prejuicio y, asimismo, ofreciendo garantías suficientes de índole objetiva que inspiren la confianza necesaria a las partes en el caso, así como a los ciudadanos en una sociedad democrática<sup>286</sup>. La imparcialidad del tribunal implica que sus integrantes no tengan un interés directo, una posición tomada, una preferencia por alguna de las partes y que no se encuentren involucrados en la controversia<sup>287</sup>. Ello puesto que el juez debe aparecer como actuando sin estar sujeto a influencia, aliciente, presión, amenaza o intromisión, directa o indirecta<sup>288</sup>, sino única y exclusivamente conforme a -y movido por- el Derecho<sup>289</sup>.

196. Asimismo, el Tribunal reitera que la imparcialidad personal de un juez debe ser presumida, salvo prueba en contrario. Para el análisis de la imparcialidad subjetiva, el Tribunal

<sup>282</sup> Cfr. *Caso Osorio Rivera y familia Vs. Perú*, *supra*, párr. 184, y *Caso Tenorio Roca y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de junio de 2016. Serie C No. 314, párr. 182.

<sup>283</sup> Cfr. *Caso de la Corte Suprema de Justicia (Quintana Coello y otros) Vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de agosto de 2013. Serie C No. 266, párr. 158, y *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 159.

<sup>284</sup> Cfr. *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 159.

<sup>285</sup> Cfr. *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*, párr. 171, y *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 162.

<sup>286</sup> Cfr. *Caso Herrera Ulloa Vs. Costa Rica*, párr. 171, y *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 162.

<sup>287</sup> Cfr. *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 22 de noviembre de 2005. Serie C No. 135, párr. 146, y *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 162.

<sup>288</sup> Principio 2 de los Principios Básicos de la ONU relativos a la Independencia de la Judicatura.

<sup>289</sup> Cfr. *Caso Apitz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de agosto de 2008. Serie C No. 182, párr. 56, y *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 162.

debe intentar averiguar los intereses o motivaciones personales del juez en un determinado caso. En cuanto al tipo de evidencia que se necesita para probar la imparcialidad subjetiva, se debe tratar de determinar si el juez ha manifestado hostilidad o si ha hecho que el caso sea asignado a él por razones personales<sup>290</sup>.

197. Una violación del artículo 8.1 de la Convención por la presunta falta de imparcialidad judicial de los jueces debe establecerse a partir de elementos probatorios específicos y concretos que indiquen que se está efectivamente ante un caso en el que los jueces claramente se han dejado influenciar por aspectos o criterios ajenos a las normas legales<sup>291</sup>. En el presente caso, las representantes no aportaron elementos probatorios o indicios que le permitan a esta Corte considerar que las autoridades judiciales actuaron con ausencia de imparcialidad.

198. En consecuencia, la Corte concluye que el Estado no es responsable por la violación de las garantías judiciales establecidas en el artículo 8.1 de la Convención, por la alegada falta de imparcialidad judicial.

### **VII-3 DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE LOS FAMILIARES (ARTÍCULO 5.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)**

#### ***A. Argumentos de la Comisión y de las partes***

199. La **Comisión** alegó que el Estado violó el artículo 5.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, respecto del derecho a la integridad psíquica y moral en perjuicio de los familiares del señor Poblete Vilches, con motivo del sufrimiento adicional que estos han padecido como producto de las circunstancias particulares correspondientes a las violaciones perpetradas contra sus seres queridos y a causa de las actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos. Con relación a los alegados maltratos sufridos por los familiares del señor Poblete Vilches, la Comisión manifestó que no cuenta con elementos probatorios que le permitan realizar un análisis jurídico respecto de los mismos. No obstante lo anterior, resaltó que el Estado tuvo conocimiento de los alegatos de las presuntas víctimas sobre actos incompatibles tanto con su integridad personal como la del señor Poblete Vilches desde la denuncia interpuesta por ellos el 12 de noviembre de 2001.

200. Las **Representantes** alegaron que el Estado violó el derecho a la integridad personal en perjuicio de los familiares directos del señor Poblete Vilches. Señalaron que sus familiares sufrieron una profunda depresión tras la muerte del señor Poblete Vilches que afectó su capacidad para enfrentar sus nuevas condiciones de vida e impactó gravemente sus relaciones sociales, vínculos familiares y proyectos de vida. En sustento a lo anterior, aportaron como anexos los informes que documentan el cuadro depresivo padecido por la señora Blanca Margarita Tapia Encina y el intento de suicidio de Cesia Poblete Tapia tras la muerte del señor Poblete Vilches. En este sentido, señalaron que la Comisión ha identificado violaciones al artículo 5.1 "[...] en que actos imputables a los Estados resultaron en algún 'trauma emocional', en 'traumas y ansiedad', en impedimentos para 'llevar adelante la vida como (la víctima) lo hubiera deseado', en 'efectos psicólogos derivados' o en 'afectaciones a la autoestima personal'".

201. Las Representantes agregaron que "[...] [s]in perjuicio de la afectación a la integridad personal que los familiares del [señor] Poblete Vilches sufrieran como consecuencia de los hechos que desembocaron en su muerte, padecieron además otras afectaciones a la integridad personal durante la internación [del señor Poblete Vilches] por haber sido víctimas directas de

<sup>290</sup> Cfr. *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 234.

<sup>291</sup> Cfr. *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile. supra*, párr. 190, y *Caso Duque Vs. Colombia, supra*, párr. 165.



maltrato y humillaciones” por el personal del Hospital Sótero del Río durante los ingresos del señor Poblete Vilches afectando su integridad personal. Como ejemplos del dicho maltrato las representantes alegaron que el personal médico intentó impedirle a la familia ver al señor Poblete Vilches, “cerrándoles la puerta en la cara”, y que el personal negó información o brindó información inexacta sobre el estado de salud del señor Poblete Vilches cada vez que los familiares la solicitaron<sup>292</sup>. En este sentido, agregaron que en su entendimiento existió una violación autónoma del derecho a la integridad personal de la señora Blanca Tapia Encina y sus hijos, Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia y Cesia Leila Poblete Tapia de modo que se debía declarar la responsabilidad del Estado de Chile por la violación del artículo 5.1 en conexión con el artículo 1.1 de la Convención en perjuicio de los familiares del señor Poblete Vilches.

202. Por su parte, el **Estado** no reconoció haber violado el derecho a la integridad personal en perjuicio de los familiares directos del señor Vinicio Poblete Vilches, argumentando que no logró acreditarse que la muerte de este último haya sido consecuencia de su actuar negligente, por lo que “[...] una supuesta vulneración a la integridad personal de los familiares tendría que ser necesariamente consecuencia directa de una vulneración de parte del Estado respecto de la muerte [del señor] Vinicio Poblete Vilches”, lo cual considera que no sucedió. En este sentido, el Estado recordó que, respecto de la afectación al derecho a la integridad personal por los alegados maltratos recibidos por el señor Poblete Vilches y sus familiares, la Comisión señaló en su Informe de Fondo que “[...] no cuenta con elementos adicionales que le permitan establecer como probados y, por lo tanto, efectuar un análisis jurídico sobre los alegados maltratos sufridos por el señor Poblete Vilches y su familia”. Por último, en sus Observaciones Finales, el Estado agregó que, en su entender, no es posible hacer extensible su responsabilidad internacional por la violación autónoma del derecho a la integridad de los familiares en virtud de que no se encuentra acreditado el nexo causal entre el fallecimiento del señor Vinicio Poblete Vilches y la actuación propia del Estado en el caso concreto.

### **B. Consideraciones de la Corte**

203. En el presente caso, subsiste la controversia entre las partes respecto de la violación autónoma del derecho a la integridad en perjuicio de Blanca Tapia Encina, Vinicio Marco Antonio Poblete Vilches, Cesia Leila Siria Poblete Vilches y Gonzalo Poblete Vilches, derivada de sus padecimientos físicos y psicológicos sufridos por la muerte del señor Vinicio Poblete Vilches y la cual se imputa al Estado, así como derivados de la denegación de justicia y los alegados maltratos recibidos en el Hospital.

204. El Tribunal ha entendido que en determinados casos de violaciones graves a los derechos humanos es posible presumir el daño de ciertos familiares de las víctimas, tras el sufrimiento y la angustia que los hechos de dichos casos suponen<sup>293</sup>. Una vez valoradas las circunstancias del presente caso, la Corte ha determinado que, al no tratarse de un caso que se corresponda con una violación grave a los derechos humanos en términos de su jurisprudencia, la violación a la integridad personal de los familiares del señor Vinicio Poblete Vilches, en atención a su sufrimiento, debe ser comprobada<sup>294</sup>.

---

<sup>292</sup> En su entendimiento, los maltratos y humillaciones padecidos por los familiares del señor Poblete Vilches durante la internación de este último provenientes del personal médico del Hospital Sótero del Río quedaron demostradas adicionalmente con los testimonios de Jorge Alejandro Fuentes Poblete, Alejandra M. Fuentes Poblete y Teresa del Carmen Campos Quinteros, “[...] y fueron crudamente explicadas durante el transcurso de la audiencia pública por el Sr. Vinicio Poblete Tapia”.

<sup>293</sup> Cfr. *Caso Blake Vs. Guatemala. Fondo*. Sentencia de 24 de enero de 1998. Serie C No. 36, párr. 114, y *Caso Favella Nova Brasília Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 16 de febrero de 2017. Serie C No. 333, párr. 67.

<sup>294</sup> *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador, supra* párr. 158, y *Caso Valencia Hinojosa y otra Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 29 de noviembre de 2016. Serie C No. 327, párr. 142.

205. Esta Corte también ha destacado que la contribución de parte del Estado para crear o agravar la situación de vulnerabilidad de una persona posee un impacto significativo en la integridad de las personas que le rodean, en particular de los familiares cercanos que se ven obligados a afrontar la incertidumbre e inseguridad generada por la vulneración de su familia nuclear o cercana<sup>295</sup>.

206. En el caso concreto, las afectaciones físicas y psicológicas de los familiares del señor Poblete Vilches consistentes en: i) que la señora Blanca Tapia Encina “cayó en una profunda depresión [que] se [fue] agravando a medida que los intentos de esclarecer la muerte de su esposo y obtener justicia se fueron frustrando uno tras otro. Poco después le diagnosticaron cáncer, enfermedad que de modo fulminante desencadenó su muerte el 13 de enero de 2003, es decir menos de dos años después de la muerte de su esposo. La causa de la muerte se determinó como estado séptico, cáncer vesícula biliar con metástasis múltiple”; ii) el cuadro depresivo padecido por la señora Cesia Leila Poblete Tapia, ocasionado por la muerte del señor Vinicio Poblete Vilches y que le orilló a un intento suicida; iii) el cáncer diagnosticado al señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia, en el año 2005, la posterior extirpación de su riñón derecho y sus respectivas secuelas, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, “producto de un efisema pulmonar previo”, el diagnóstico de diabetes tipo mellitus en el año 2013 y la aparición de nódulos tiroideos; y, por último, iv) la muerte del señor Gonzalo Poblete Tapia como consecuencia de un infarto, quien previamente padecía de una severa apoplejía desde su infancia producto de una meningitis intrahospitalaria y manifestó síntomas de depresión y un deterioro general de su salud.

207. Al respecto, la Corte no cuenta con elementos para determinar fehacientemente que los padecimientos físicos y los desenlaces mortales referidos por los familiares fueran consecuencia necesaria de los hechos analizados en este caso. Al no existir prueba que acredite el nexo causal entre sus afectaciones físicas y las imputaciones realizadas al Estado, la Corte concluye que no se acreditó una violación en este aspecto a la integridad personal en perjuicio de Blanca Tapia Encina, Vinicio Marco Antonio Poblete Vilches, Cesia Leila Siria Poblete Vilches y Gonzalo Poblete Vilches.

208. No obstante, el Tribunal ha estimado violado el derecho a la integridad psíquica y moral en perjuicio de determinados familiares con motivo del sufrimiento que estos han padecido a causa de las actuaciones u omisiones de las autoridades estatales<sup>296</sup>, considerando, entre otros aspectos, las gestiones llevadas a cabo por éstos para obtener justicia y la existencia de un estrecho vínculo familiar<sup>297</sup>. Del mismo modo, ha sido determinado la violación de este derecho en virtud del sufrimiento ocasionado a partir de los hechos perpetrados en contra de sus seres queridos<sup>298</sup>.

209. Al respecto, en audiencia pública Vinicio Marco Poblete declaró ante la Corte que:

“[...] mi familia se destruyó por la injusticia, fuimos discriminados, humillados por ser pobres, por el órgano del Estado de Chile. El Estado durante más de 16 años están en conocimiento de lo que había sucedido con mi padre en el hospital Sotero del Río y el Estado nunca investigó la muerte de mi papá, jamás [...]. [P]ara ellos solo fue un hombre pobre que mataron en un hospital público. Mi papá fue humillado, maltratado física y psicológicamente por ser una persona mayor en un hospital

<sup>295</sup> *Caso de las Niñas Yean y Bosico*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No 130, párr. 204.

<sup>296</sup> *Cfr. Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador*, supra párr. 104.

<sup>297</sup> *Cfr. Caso Blake Vs. Guatemala. Fondo. supra párr. 114, y Caso Miembros de la Aldea Chichupac y comunidades vecinas del Municipio de Rabinal Vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016*, parr. 161.

<sup>298</sup> *Cfr. Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000*, párrs. 162 y 163, y *Caso Vásquez Durand y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 15 de febrero de 2017. Serie C No. 332*, párr. 182.

público. Fue una víctima de la salud pública chilena y todos los sufrimientos destruyeron a mi familia [...] han sido años de sufrimiento y de injusticia [para] nosotros. Hemos sufrido demasiado, demasiado con mi hermana [...]”.

210. En este sentido, el Tribunal estima que para el caso concreto se acreditó que, con motivo del estrecho vínculo familiar que guardaban con la víctima directa, se desprenden lógicos los sufrimientos ocasionados con motivo del trato recibido en un primer momento en el Hospital Sótero del Río, tales como la imposibilidad de ver a su familiar, la falta de información sobre un diagnóstico claro del paciente y forma de atenderlo en su domicilio al ser dado de alta, y particularmente la falta de obtención de su consentimiento respecto de la intervención a su familiar (*supra* párr. 173). Asimismo, la Corte entiende el sufrimiento de los familiares derivado del largo proceso en la búsqueda de la justicia, particularmente sobre el esclarecimiento de los hechos, así como de la incertidumbre por la indeterminación de la causa de muerte del señor Poblete Vilches, y frente a ello la respuesta ofrecida por las autoridades en distintas instancias (*supra* párrs. 59 y 81). Dichas afectaciones repercutieron en el seno familiar y en el desarrollo de sus planes de vida. Por tanto, resulta responsable el Estado por la violación del artículo 5.1 de la Convención, en perjuicio de los familiares del señor Poblete Vilches.

### **VIII REPARACIONES (APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 63.1 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA)**

211. Con base en lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana<sup>299</sup>, la Corte ha indicado que toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que esa disposición “recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado<sup>300</sup>”.

212. La Corte ha establecido que las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como con las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos. Por lo tanto, la Corte deberá analizar dicha concurrencia para pronunciarse debidamente y conforme a derecho<sup>301</sup>.

213. La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución, que consiste en el restablecimiento de la situación anterior. De no ser esto factible, el Tribunal determinará medidas para garantizar los derechos conculcados y reparar las consecuencias que las infracciones produjeron<sup>302</sup>.

214. En consideración de las violaciones a la Convención declaradas en los capítulos anteriores, la Corte procede a analizar las pretensiones presentadas por la Comisión y los representantes, así como los argumentos del Estado, a la luz de los criterios fijados en su jurisprudencia en relación con la naturaleza y alcance de la obligación de reparar<sup>303</sup>, con el objeto de disponer las

<sup>299</sup> El artículo 63.1 de la Convención Americana establece: “Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

<sup>300</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, párr. 25, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 182.

<sup>301</sup> Cfr. *Caso Ticona Estrada y otros Vs. Bolivia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 191, párr. 110, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 184.

<sup>302</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones, supra*, párr. 26, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 183.

<sup>303</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez. Reparaciones, supra*, párr. 189, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 185.

medidas dirigidas a reparar los daños ocasionados a la víctima.

#### **A. Parte lesionada**

215. Este Tribunal, en los términos del artículo 63.1 de la Convención, considera parte lesionada a quienes han sido declaradas víctimas de la violación de algún derecho reconocido en la misma. Por lo tanto, esta Corte considera como "parte lesionada" al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches (fallecido), así como a sus familiares: Blanca Tapia Encina (fallecida), Gonzalo Poblete Tapia (fallecido), Vinicio Marco Poblete Tapia y Cesia Poblete Tapia (*supra* párr. 41).

#### **B. Investigación**

216. La **Comisión** solicitó que el Estado realice una investigación "completa y efectiva" de modo que se esclarezca lo sucedido y, de resultar necesario, "se impongan las sanciones correspondientes". En este sentido, la Comisión declaró que el Estado debe continuar la investigación que fue reabierta en el 2008 o iniciar una nueva investigación tal que pueda superar los obstáculos que impidieron "la obtención de justicia" en la primera. La Comisión reiteró la importancia de reparaciones en relación a la necesidad de esclarecimiento efectivo y completo de las acciones u omisiones que causaron responsabilidad internacional al Estado, incluyendo aspectos de carácter estructural en relación a la atención médica recibida por el señor Poblete Vilches.

217. Las **representantes** también solicitaron que se ordene que el Estado reabra la investigación penal y que dé las instrucciones relevantes administrativas para determinar las causas y responsabilidades en el caso.

218. El **Estado** hizo referencia a una serie de diligencias solicitadas por los querellantes, las cuales fueron concedidas tanto durante la primera querrela, como durante la segunda. En sus alegatos finales, en respuesta a la pregunta realizada por la Corte respecto a la posible prescripción de la acción penal; el Estado se refirió a la legislación interna penal, la cual establece para el instituto de la prescripción diferentes plazos según el tipo de delito, llegando a la conclusión de que el plazo de prescripción de la acción penal, en este caso es de 5 años. Respecto al cómputo del plazo, refirió que el mismo comienza a correr desde el día que se hubiere cometido el delito. Agregó que si bien, se produce la suspensión de la prescripción desde el momento que el procedimiento se dirige en contra del delincuente, en junio de 2008 se paralizó el procedimiento penal y como consecuencia el cómputo de la prescripción opera como si nunca se hubiese suspendido.

219. La Corte en su jurisprudencia ha señalado que la prescripción en materia penal determina la extinción de la pretensión punitiva por el transcurso del tiempo y que, generalmente, limita el poder punitivo del Estado para perseguir la conducta ilícita y sancionar a sus autores. En vista de lo anterior, y siendo que los hechos del caso están prescritos de conformidad con la legislación chilena, la Corte estima que, tomando en cuenta el tipo de violación acreditada<sup>304</sup>, no resulta procedente en el presente caso ordenar al Estado una reapertura de las investigaciones penales sobre hechos relacionados con el fallecimiento del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches en febrero del año 2001.

220. Sin perjuicio de lo anterior, la Corte dispondrá de otras medidas para satisfacer los derechos vulnerados.

---

<sup>304</sup> Cfr. *Caso Albán Cornejo Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 111; *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 176 y *Caso Vera Vera Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 117.

### C. Satisfacción

221. La **Comisión** solicitó que, además de la reparación integral por daños materiales y morales, se incorporen "medidas de satisfacción moral".

222. Las **representantes** solicitaron que se publique la sentencia íntegra "en tres diarios de gran circulación del país" y en el Registro Oficial de Chile tal como "la elaboración y publicación de un folleto" que resuma la sentencia.

223. Las representantes además solicitaron que la Corte ordene al Estado que realice una ceremonia pública "de desagravio con reconocimiento de responsabilidad internacional y disculpas públicas" a través del Ministerio de Justicia chileno y el Ministerio de la Salud. Respecto a dicha ceremonia, las representantes indicaron que autoridades locales y el director del Hospital Sótero del Río deben participar y que se deben convocar a los medios de comunicación "a nivel nacional para su difusión". Por otra parte, solicitaron que el Estado envíe una carta oficial al señor Vinicio Poblete Tapia y la señora Cesia Poblete Tapia donde reconozca las violaciones a sus derechos y pida disculpas por las mismas.

224. Por último, las representantes solicitaron que el Estado, tal como la Corte lo ordenó en el *Caso Ruano Torres y otros Vs. El Salvador*, "coloque una placa en un lugar visible de la sede de la Unidad de Defensoría Pública [...] dentro del año siguiente a la notificación de la [...] Sentencia"<sup>305</sup> y una placa conmemorativa por el señor Poblete Vilches en un lugar a definir, "preferentemente próximo al Hospital", cuyo contenido debe ser acordado con las presuntas víctimas y el Estado.

225. El **Estado** no se pronunció al respecto.

#### *i) Publicación de la Sentencia*

226. La Corte estima, como lo ha dispuesto en otros casos<sup>306</sup>, que el Estado deberá publicar, en el plazo de seis meses, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia: a) el resumen oficial de esta Sentencia elaborado por la Corte, por una sola vez, en el Diario Oficial en un tamaño de letra legible y adecuado; b) el resumen oficial de la Sentencia elaborado por la Corte, por una sola vez, en un diario de amplia circulación nacional en un tamaño de letra legible y adecuado, y c) la presente Sentencia en su integridad, disponible por un período de un año, en un sitio web oficial, de manera accesible al público y desde la página de inicio del sitio web. El Estado deberá informar de forma inmediata a esta Corte una vez que proceda a realizar cada una de las publicaciones dispuestas, independientemente del plazo de un año para presentar su primer informe dispuesto en el Punto Resolutivo 19 de la Sentencia.

#### *ii) Acto público de reconocimiento de responsabilidad*

227. La Corte dispone, como lo ha hecho en otros casos<sup>307</sup>, que el Estado debe realizar un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional en Chile, en el cual deberá hacer referencia a las violaciones de derechos humanos declaradas en la presente Sentencia. Este acto deberá llevarse a cabo mediante una ceremonia pública en presencia de altos funcionarios del Estado, así como con la participación de las víctimas de este caso. El Estado deberá acordar

<sup>305</sup> *Caso Ruano Torres y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de octubre de 2015. Serie C No. 303, párr. 225.

<sup>306</sup> *Cfr. Caso Cantoral Benavides Vs. Perú. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 3 de diciembre de 2001. Serie C No. 88, párr. 79, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 199.

<sup>307</sup> *Cfr. Caso Cantoral Benavides Vs. Perú. Reparaciones y Costas, supra*, párr. 81; *Caso I.V. Vs. Bolivia, supra*, párr. 336, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, supra*, párr. 368.

con las víctimas o sus representantes la modalidad de cumplimiento del acto público de reconocimiento, así como las particularidades que se requieran, tales como el lugar y la fecha para su realización. Para ello, el Estado cuenta con el plazo de un año, contado a partir de la notificación de la presente Sentencia.

#### **D. Rehabilitación**

228. La **Comisión** no se pronunció al respecto.

229. Las **representantes** solicitaron que las presuntas víctimas en el presente caso reciban atención médica y psicológica. En este sentido, solicitaron que el Estado le proporcione a cada víctima un monto de US\$10,000 por los gastos relacionados a dichos tratamientos médicos y psicológicos. Asimismo, solicitaron se garantice una atención de salud de calidad para los múltiples padecimientos físicos que sufren en la actualidad.

230. El **Estado** no se pronunció al respecto.

231. La **Corte** constata que existe un nexo causal entre los hechos del caso y las afectaciones psicológicas y emocionales sufridas por las víctimas, las cuales fueron acreditadas en el Capítulo VII-3. En consecuencia, este Tribunal estima pertinente que, de ser solicitado por las víctimas, se les brinde atención psicológica profesional como medida de rehabilitación de las afectaciones psicológicas y emocionales que sufrieron como consecuencia de los hechos del presente caso. Por lo tanto, la Corte dispone la obligación a cargo del Estado de brindar, a través de sus instituciones de salud, la atención médica psicológica de manera gratuita e inmediata a las víctimas, atendiendo a sus necesidades específicas. Al momento de proveer el tratamiento es esencial atender a las circunstancias y necesidades de cada víctima con el fin de obtener un tratamiento personalizado y eficaz. Asimismo, los tratamientos deberán incluir la provisión de medicamentos y, en su caso, transporte y otros gastos directamente relacionados y estrictamente necesarios. Particularmente, dicho tratamiento se deberá brindar, en la medida de las posibilidades, en los centros más cercanos a su lugar de residencia. Las víctimas que soliciten esta medida de reparación, o sus representantes legales, disponen de un plazo de seis meses, contados a partir de la notificación de la presente Sentencia, para dar a conocer al Estado su intención de recibir atención psicológica o psiquiátrica.

#### **E. Garantías de no repetición**

232. La **Comisión** solicitó adoptar mecanismos de no repetición, incluyendo: "i) las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que se requieran para la implementación del consentimiento informado en materia de salud de conformidad con los estándares establecidos en el presente informe; ii) las medidas necesarias, incluyendo medidas presupuestarias, para asegurar que el Hospital Sótero del Río cuente con los medios e infraestructura necesarios para brindar una atención adecuada, particularmente cuando se requiera terapia intensiva; y iii) las medidas de capacitación y entrenamiento a los operadores judiciales en cuanto al deber de investigar posibles responsabilidades derivadas de la muerte de una persona como consecuencia de una atención inadecuada en salud".

233. Las **representantes** solicitaron la adopción de medidas en derecho interno relativas a la regulación de la conducta de los profesionales de la salud, conforme a los estándares relevantes nacionales e internacionales en la materia, así como medidas legislativas y de cualquier otra índole "destinadas a robustecer la responsabilidad civil y penal de los médicos y servidores de la salud". También requirieron que se implemente debidamente la obligación de transparencia activa respecto a las prestaciones en salud con la finalidad de asegurar el derecho a brindar libre consentimiento informado a todos los pacientes sometidos a tratamiento médico en el sistema de salud pública y privada chileno. Asimismo, solicitaron la capacitación de los

profesionales de la salud de hospitales y clínicas públicas y privadas respecto a "derechos humanos, derecho penal, derechos de los pacientes y la jurisprudencia de la Corte Interamericana". Finalmente, requirieron la construcción de un hospital para personas adultas mayores o la remodelación de hospitales existentes con fin de contar con un ala de atención para los adultos mayores específicamente y consecuentemente el aumento de camas disponibles para este grupo particular.

234. El **Estado** hizo referencia a diversas medidas que ha implementado durante los años en materia de consentimiento informado en el ámbito de la salud, para ajustarse a los estándares internacionales en la materia. En este sentido, mencionó que el documento "Normas y Documentos de Ética Médica" realizado en 1986 por el Colegio Médico de Chile fue actualizado en el 2013 y ahora incluye el consentimiento informado. Asimismo, señaló que el 1º de octubre de 2012 entro en vigor la Ley No. 20.584, la cual "regula el consentimiento informado del paciente proporcionándole autonomía para decidir a qué procedimientos médicos someterse" y "el derecho a obtener información necesaria para prestar el consentimiento". En este sentido, la Ley anterior aplica para cualquier tipo de prestador de servicios de la salud, sea del sector privado o público, y regula la manera de entregar la información al paciente, la cual, debe ser suficiente, oportuna, veraz y comprensible para éste o su representante legal o persona bajo cuyo cuidado se encuentre, en caso de que éste no pueda recibirla. También, la Ley incluye la creación de comités de ética asistencial y comités de evaluación ético científica. El *Estado* también indicó que el 26 de noviembre de 2012 entró en vigor el "Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud", el cual desarrolla la normativa anterior y regula la entrega de información para llevar a cabo cualquier actuación en salud y la manera de obtener el consentimiento informado del paciente.

235. En relación a la petición de las representantes de construir un hospital para adultos mayores o establecer pabellones específicos para estos, el *Estado* la calificó de desproporcionada e innecesaria, ya que destacó que cuenta con el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). Además, señaló que ha llevado a cabo una profunda política pública en materia de accesibilidad de camas, lo cual considera que constituye una clara garantía de no repetición en el presente caso. En este sentido, resaltó que existe un aumento de camas críticas, de 1,234 en el 2006 a 2,839 en el 2016, y manifestó que el éxito de esta política se explica por la creación de la Unidad de Gestión centralizada de camas en el Ministerio de Salud que opera las 24 horas del día, 7 días a la semana. Finalmente, señaló que otro fundamento para rechazar la medida es la reflexión acerca de la pertinencia de que por vías judiciales se establezcan políticas públicas de ese nivel de detalle y compromiso para el gasto público, ya que considera que "una decisión de estas características es de aquellas donde se le da al Estado un margen de apreciación para su ejecución".

236. La *Corte* toma nota y valora todas las acciones y los avances implementados por el Estado con el fin de dar cumplimiento a sus obligaciones en relación a la implementación del consentimiento informado, de conformidad con los estándares internacionales en la materia. En este sentido, reconoce los esfuerzos del Estado chileno en la promulgación de la Ley No. 20.584 y su respectivo Reglamento, que regulan la manera en que debe ser obtenido el consentimiento informado, y las obligaciones de los prestadores de los servicios de salud sobre la información que deben brindar a los paciente. Adicionalmente, la Corte valora positivamente el incremento en el número de camas de cuidados y la Unidad de Gestión Centralizada de camas<sup>308</sup>. No obstante, la Corte observa que en cuanto a la disponibilidad de camas en UCI, no se desprende

---

<sup>308</sup> El Estado informó en cuanto a camas pasó de 1234 en 2006 a 2839 en 2016, debido a la labor realizada por el Ministerio de Salud. (f. 856). Cfr. Declaración jurada ante fedatario público, del Dr. Osvaldo Salgado Cepeda, (expediente de prueba, f. 4641).

un incremento significativo en su infraestructura<sup>309</sup>. En vista de los hechos y violaciones acreditadas; a la luz de la información remitida, la Corte estima pertinente dictar las siguientes medidas como garantías de no repetición<sup>310</sup>:

### 1. Capacitaciones

237. Con el propósito de reparar el daño de manera integral y de evitar que hechos similares a los del presente caso se repitan, la Corte estima necesario ordenar al Estado que<sup>311</sup>, dentro de un plazo de un año, adopte programas de educación y formación permanentes dirigidos a los estudiantes de medicina y profesionales médicos, así como a todo el personal que conforma el sistema de salud y seguridad social, incluyendo órganos de mediación, sobre el adecuado trato a las personas mayores en materia de salud desde la perspectiva de los derechos humanos e impactos diferenciados. Dentro de dichos programas se deberá hacer especial mención a la presente Sentencia y a los instrumentos internacionales de derechos humanos, específicamente a los relativos al derecho a la salud (*supra* párrs. 118 a 132) y acceso a la información (*supra* párrs. 160 a 171)<sup>312</sup>. El Estado deberá informar anualmente sobre su implementación.

### 2. Informe sobre implementación de avances en el Hospital Sotero del Río

238. Asimismo, la Corte considera necesario que el Estado chileno asegure, a través de las medidas suficientes y necesarias, que el Hospital Sótero del Río cuente con los medios de infraestructura indispensables para brindar una atención adecuada, oportuna y de calidad a sus pacientes, particularmente relacionados con situaciones de urgencia en atención de la salud, brindando una protección reforzada a las personas mayores. Para ello, la Corte solicita al Estado que informe, en el plazo de una año, sobre: a) los avances que ha implementado, a la actualidad del informe, en infraestructura de la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho Hospital; b) los protocolos vigentes de atención frente a urgencias médicas, y c) las acciones implementadas para la mejora en la atención médica de los pacientes en la UCI, particularmente de las personas mayores –desde la perspectiva geriátrica–, y a la luz de los estándares de esta Sentencia. El Estado deberá informar anualmente sobre estos avances por un período de tres años. La Corte valorará esta información en su supervisión y se pronunciará al respecto.

### 3. Incidencia geriátrica en la salud y medidas a favor de las personas adultas mayores

#### i) Fortalecimiento institucional

239. Respecto de la solicitud de las representantes de crear un hospital especializado en el trato médico de adultos mayores, o en su defecto la habilitación de una ala especializada para el adulto mayor dentro de los hospitales ya existentes y de robustecer la responsabilidad civil y penal de los servidores de salud en estos casos, el Tribunal toma nota de la existencia del

<sup>309</sup> Cfr. Nivel de Complejidad en Atención Cerrada, Departamento de Procesos y Transformación Hospitalaria, 2012, (expediente de prueba, f. 5312). Señala en el análisis comparativo entre el tipo de camas que disponen los hospitales de alta complejidad, (12% de camas críticas, 8% de camas de cuidados intensivos y 80% de camas de cuidados básicos). Este desequilibrio entre la demanda y el tipo de oferta, hace que se profundice la falta de acceso para una hospitalización oportuna y adecuada a las necesidades del paciente, así mismo se produce un retraso en el flujo de pacientes desde las unidades críticas.

Cfr. Guía de organización y funcionamiento, Unidades de pacientes críticos adultos, Ministerio de Salud, 2004, (expediente de prueba, f. 5196). Se expone sobre la situación actual de la situación de camas críticas de adulto país en el país.

<sup>310</sup> De conformidad con el artículo 63.1, las garantías de no repetición tradicionalmente han estado destinadas a "reparar las consecuencias de la medidas o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos".

<sup>311</sup> Cfr. *Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 164, y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*, *supra*, párr. 368.

<sup>312</sup> Cfr. *Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia*, *supra* párr. 316, y *Caso I.V. Vs. Bolivia*, *supra*, párr. 342.



“Instituto Nacional de Geriátrica” en el mejoramiento de la atención médica a las personas adultas mayores en Chile, por lo que insta al Estado fortalecer esta institución y su incidencia en la red hospitalaria tanto pública como privada, vinculándose también en la capacitación dispuesta en el párrafo 237. En razón de las particularidades de esta medida, la Corte no supervisará el cumplimiento de este punto.

*ii) Cartilla sobre personas mayores*

240. Como lo ha hecho en otro caso<sup>313</sup>, estima pertinente ordenar al Estado que diseñe una publicación o cartilla que desarrolle en forma sintética, clara y accesible los derechos de las personas mayores en relación con la salud, contemplados en los estándares establecidos en esta Sentencia, así como las obligaciones del personal médico al proveer la atención médica. Dicha publicación (impresa y/o digital) deberá estar disponible en todos los hospitales públicos y privados de Chile, tanto para los y las pacientes como para el personal médico, así como en el sitio web del Ministerio de Salud. El Estado deberá informar anualmente sobre la implementación de esta medida por un período de tres años, una vez se inicie la implementación de dicho mecanismo.

*iii) Protección integral a personas mayores*

241. Finalmente, la Corte dispone que el Estado adopte las medidas necesarias, a fin de diseñar una política general de protección integral a las personas mayores, de conformidad con los estándares en la materia. Para ello, el Estado deberá implementar la misma durante el plazo de tres años, a partir de la notificación de la Sentencia.

**F. Indemnización compensatoria**

242. La **Comisión** solicitó incorporar en la reparación integral a los familiares del señor Poblete Vilches tanto el daño material como moral.

243. Las **representantes** solicitaron una indemnización compensatoria por los daños materiales e inmateriales. En cuanto a los daños materiales, las representantes indicaron que no fue posible obtener pruebas del salario del señor Poblete Vilches dado que el trabajo que desarrollaba era completamente informal, sin embargo, sus hijos declararon que ganaba aproximadamente quinientos mil pesos chilenos (500,000) al mes” (US\$: 888 aproximadamente en febrero del año 2001)<sup>314</sup>. Respecto a la señora Cesia Poblete Tapia, ella ganaba aproximadamente trescientos mil pesos chilenos (300,000) chilenos (US\$ 532 aproximadamente en febrero del año 2001)<sup>315</sup> al mes al tiempo de la muerte de su padre, pero consecuentemente tuvo que dejar de trabajar para cuidar a su madre y hermano menor inválido. Por otra parte, las representantes agregaron que las presuntas víctimas gastaron alrededor de siete millones de pesos chilenos (7, 000,000) (US\$ 12,430 aproximadamente en febrero del año 2001) durante más de 14 años en remitir documentos por correos a la Comisión Interamericana y realizar llamadas telefónicas relacionadas con el caso. Asimismo notaron que toda la documentación al respecto, que las presuntas víctimas habían archivado, se quemó en el incendio de su hogar. Solicitaron también que se consideren todos los gastos relacionados con la muerte del señor Poblete Vilches, la señora Blanca Tapia Encina y del señor Gonzalo Poblete<sup>316</sup>, como por ejemplo, los que incurrieron en relación al funeral, entierro y servicios religiosos. Tomando las referidas consideraciones en cuenta, las representantes solicitaron que

<sup>313</sup> Cfr. *Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina, supra*, párr. 295. y *Caso I.V. Vs. Bolivia, supra*, párr. 341.

<sup>314</sup> <http://www.sii.cl/pagina/valores/dolar/dolar2001.htm>

<sup>315</sup> <http://www.sii.cl/pagina/valores/dolar/dolar2001.htm>

<sup>316</sup> Respecto de Gonzalo Tapia, 4) Gastos incurridos como consecuencia del funeral de Gonzalo Poblete Tapia: \$ 110,000 pesos chilenos (Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, f. 275 a 276).

la Corte otorgue un pago indemnizatorio de veinte mil dólares de los Estados Unidos de Norte América (US\$20,000) o la cifra que la Honorable Corte estime en equidad<sup>317</sup>.

244. Respecto de los daños inmateriales, las representantes señalaron que producto de los hechos del presente caso: i) la señora Blanca Tapia Encina sufrió de una profunda depresión, seguida de cáncer, enfermedad de la cual falleció; ii) la señora Cesia Poblete Tapia también sufrió de una grave depresión e intentó suicidarse tras la muerte de su padre; iii) el señor Vinicio Marco Poblete Tapia tuvo que asumir el cuidado de su familia, dedicó su tiempo libre a los procesos judiciales y terapias psicológicas lo que provocó que no pudiera obtener un trabajo estable y además, empezó a sufrir problemas graves de salud ya que fue diagnosticado con cáncer y perdió su riñón derecho, y iv) por último, el señor Gonzalo Poblete Tapia, quien padecía de una severa apoplejía desde la infancia, "comenzó a manifestar también síntomas compatibles con un cuadro depresivo como consecuencia del cual se produjo un deterioro general de su estado de salud" y falleció de un infarto en el año 2011. En este sentido, las representantes solicitaron que se otorgue un monto de US\$600,000 (seiscientos mil dólares de los Estados Unidos de Norte América) por concepto de daño inmaterial, o, en caso que la Corte no esté de acuerdo con el monto solicitado, que ésta lo determine conforme al principio de equidad. Del monto solicitado, las representantes solicitaron que se le entregue US\$200,000 (doscientos mil dólares de los Estados Unidos de Norte América ) al señor Poblete Vilches y que este monto le sea entregado a sus herederos, US\$150,000 (ciento cincuenta mil dólares de los Estados Unidos de Norte América ) a la señora Blanca Tapia Encina y que este monto le sea entregado a sus herederos, US\$125,000 (ciento veinte cinco mil dólares de los Estados Unidos de Norte América) a la señora Cesia Poblete Tapia y US\$125,000 (ciento veinte cinco mil dólares de los Estados Unidos de Norte América) al señor Vinicio Poblete Tapia.

245. El **Estado** señaló que, respecto al daño moral, el dolor y sufrimiento indicado por las representantes tendrían que ser consecuencia de un ilícito internacional. En cuanto a la muerte del señor Poblete Vilches, el Estado señaló que no se pudo comprobar que su muerte fuese resultado de conducta negligente imputable al Estado. En este sentido, el Estado sostuvo que debido a la falta de un nexo causal la Corte no podría considerar la muerte del señor Poblete Vilches como un hecho del cual podría surgir la obligación para el Estado de reparar. Agregó que la Corte tampoco podría considerar la muerte de la señora Blanca Tapia Encina o del señor Gonzalo Poblete Tapia, así como los problemas de salud de los que padecieron Cesia Poblete Tapia y Vinicio Poblete Tapia posteriormente a la muerte de su padre dado que éstos tuvieron causas naturales, es decir, que no resultaron de hechos imputables al Estado. Respecto al daño material, el Estado señaló que en relación con los salarios dejados de percibir por el señor Poblete Vilches, las representantes no demostraron la existencia de un nexo causal y que su muerte fuese consecuencia directa de la conducta negligente por parte del Estado. El Estado añadió que por las mismas razones anteriormente señaladas, tampoco existe un nexo causal entre los daños reclamados por gastos relativos a los servicios de funeral, entierros y servicios religiosos incurridos tras las muertes del señor Poblete Vilches, de la señora Blanca Tapia Encina y del señor Gonzalo Poblete Vilches ya que estas no están directamente relacionadas con los hechos del presente caso y se debieron a causas naturales.

<sup>317</sup> Para llegar a esta cifra, las representantes enumeraron los siguientes gastos: i) 12.000 pesos chilenos: gastos de traslado en ambulancia particular (US\$: 21 aproximadamente en febrero de 2001); ii) 469.851 pesos chilenos: gastos de servicio funeral del señor Poblete Vilches (US\$: 834 aproximadamente en febrero 2001); iii) 627.600 pesos chilenos de funeral de la señora Blanca Tapia (US\$: 1,114 aproximadamente en enero 2003); iv) 110.000 pesos chilenos: gastos del servicio de funeral del señor Gonzalo Poblete Tapia (US\$: 195 aproximadamente en diciembre de 2011); v) 33.777,341 pesos chilenos: gastos de servicios médicos durante la primera internación en la Clínica Dávila de la señora Cesia Poblete Tapia tras su intento de suicidio (US\$: 59 aproximadamente en la actualidad); vi) 21.179,310 pesos chilenos: gastos por servicios médicos durante la segunda internación en la Clínica Dávila de la señora Cesia Poblete Tapia tras su intento de suicidio (US\$: 37.609 aproximadamente en la actualidad); vii) 6.000 pesos chilenos: gastos por los servicios médicos de la doctora Sandra Momtufar Castillo (US\$: 10.654 aproximadamente en febrero de 2001). (Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, ff. 277 a 278).

### **1. Daño Material**

246. La Corte ha desarrollado en su jurisprudencia el concepto de daño material y ha establecido que supone "la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso"<sup>318</sup> En razón de ello, la Corte determinará la pertinencia de otorgar reparaciones pecuniarias y los montos respectivos debidos en este caso.

247. Respecto del *lucro cesante*, la Corte observa que las representantes no presentaron prueba concreta sobre los salarios dejados de percibir por el señor Poblete Vilches, dado que el puesto que ocupaba era de carácter informal y sólo se cuenta con el salario aproximado indicado por sus hijos que consta de 500 mil pesos chilenos al mes. En virtud de que el Estado fue encontrado responsable por violaciones a los artículos 26, 4, 5, 13, 11 y 7 de la Convención, y tomando en consideración las condiciones particulares del señor Poblete Vilches, la Corte dispone que el Estado debe pagar, por concepto de indemnización compensatoria con motivo del lucro cesante, la suma de US \$ 10,000 (diez mil dólares de los Estados Unidos de América).

248. Por otra parte, la Corte observa que no se acreditó en el capítulo correspondiente (*supra* párr. 207) las violaciones derivadas de la muerte de la señora Blanca Margarita Tapia Encina y Gonzalo Poblete Tapia por lo que no se otorgará un rubro por lucro cesante o daño emergente por estos hechos.

249. Respecto del *daño emergente*, la Corte constata que derivado de la muerte del señor Poblete Vilches y de las violaciones declaradas en el capítulo VII de la presente Sentencia, se realizaron gastos relacionados con el transporte en ambulancia del señor Poblete Vilches, y su posterior funeral, entierro y servicios religiosos<sup>319</sup>. Este Tribunal entiende que debido al incendio sufrido en la vivienda familiar, algunos comprobantes fueron destruidos o se han perdido con el transcurso del tiempo. En razón de lo anterior, la Corte estima que se le otorgue un monto razonable de US \$1,000 (mil dólares de los Estados Unidos de América).

250. Los montos establecidos por la Corte, por el rubro de lucro cesante y daño emergente, deberán ser entregados a sus dos hijos en partes iguales, en el plazo de un año a partir de la notificación de la Sentencia.

### **2. Daño Inmaterial**

251. En cuanto al daño inmaterial este Tribunal ha determinado que "puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia"<sup>320</sup>.

252. De conformidad con los criterios desarrollados por la Corte sobre el concepto de *daño*

<sup>318</sup> Cfr. *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala. Reparaciones, supra*, párr. 43, y *Caso Pacheco León y otros Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de noviembre de 2017. Serie No. 342, párr. 217.

<sup>319</sup> Las representantes indicaron que los gastos correspondientes al traslado en ambulancia desde el Hospital Sotero del Río hacia el domicilio familiar tras la primera internación fue de \$12,000 pesos chilenos, de acuerdo al comprobante presentado en el anexo 16 del Escrito de Solicitudes, Argumentos y Pruebas y los gastos referentes al funeral del señor Poblete Vilches corresponden a \$469,851 pesos chilenos, de acuerdo a lo dispuesto en los comprobantes adjuntados en el anexo 72 del Escrito de Solicitudes, Argumentos y Pruebas. (Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, f.277).

<sup>320</sup> *Caso de los Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Reparaciones y Costas*. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77, párr. 84 y *Caso Pacheco León y otros Vs. Honduras, supra*, párr. 217.

*inmaterial*<sup>321</sup> y atendiendo a las circunstancias del presente caso, el carácter de las violaciones cometidas, la Corte fija en equidad, el monto de US \$100,000 (cien mil dólares de los Estados Unidos de América) a favor del señor Poblete Vilches<sup>322</sup>. El monto establecido por la Corte deberá ser entregado a sus herederos como beneficiario de la reparación en el plazo de un año a partir de la notificación de la Sentencia.

253. Adicionalmente, en vista de la violación acreditada en perjuicio de los familiares, que derivaron en afectaciones en su esfera moral y psicológica, la Corte fija en equidad, las siguientes sumas de dinero, correspondiente a US \$ 15,000 (quince mil dólares de los Estados Unidos de América) para cada una de los cuatro familiares víctimas del presente caso (*supra* párr. 244). En el caso de las personas fallecidas, el monto deberá ser entregado a sus herederos.

### **G. Gastos y Costas**

254. La **Comisión** no se pronunció respecto los gastos y costas.

255. Las **representantes** señalaron que las presuntas víctimas gastaron alrededor de 7 millones de pesos chilenos durante más de 14 años en remitir documentos por correos a la Comisión Interamericana y realizar llamadas telefónicas relacionadas con el caso. Además, las representantes notaron que toda la documentación al respecto, que las presuntas víctimas habían archivado, se quemó en el incendio de su hogar.

256. El **Estado** no se pronunció al respecto.

257. La Corte reitera que, conforme a su jurisprudencia<sup>323</sup>, las costas y gastos hacen parte del concepto de reparación, toda vez que la actividad desplegada por las víctimas con el fin de obtener justicia, tanto a nivel nacional como internacional, implica erogaciones que deben ser compensadas cuando la responsabilidad internacional del Estado es declarada mediante una sentencia condenatoria. En cuanto al reembolso de las costas y gastos, corresponde al Tribunal apreciar prudentemente su alcance, el cual comprende los gastos generados ante las autoridades de la jurisdicción interna, así como los generados en el curso del proceso ante el sistema interamericano, teniendo en cuenta las circunstancias del caso concreto y la naturaleza de la jurisdicción internacional de protección de derechos humanos. Esta apreciación debe ser realizada tomando en cuenta los gastos señalados por las partes, siempre que su *quantum* sea razonable<sup>324</sup>.

258. Este Tribunal ha señalado que "las pretensiones de las víctimas o sus representantes en materia de costas y gastos, y las pruebas que las sustentan, deben presentarse a la Corte en el primer momento procesal que se les concede, esto es, en el escrito de solicitudes y argumentos, sin perjuicio de que tales pretensiones se actualicen en un momento posterior, conforme a las nuevas costas y gastos en que se haya incurrido con ocasión del procedimiento ante esta Corte"<sup>325</sup>. Asimismo, la Corte reitera que no es suficiente la remisión de documentos probatorios, sino que se requiere que las partes hagan una argumentación que relacione la

<sup>321</sup> Cfr. *Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Reparaciones y Costas, supra*, párr. 84. y *Caso Pacheco León y otros Vs. Honduras, supra*, párr. 217.

<sup>322</sup> Cfr. *Caso Albán Cornejo Vs. Ecuador, supra*, párr. 153; *Ximénes Lopes Vs. Brasil, supra*, párr. 238 y *Suárez Peralta Vs. Ecuador, supra*, párr. 214.

<sup>323</sup> Cfr. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Reparaciones, supra*, párr. 42, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 214.

<sup>324</sup> Cfr. *Caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 82, y Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 214.

<sup>325</sup> Cfr. *Caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones, supra*, párr.79, y *Caso Zegarra Marín Vs. Perú, supra*, párr. 230.

prueba con el hecho que se considera representado, y que, al tratarse de alegados desembolsos económicos, se establezcan con claridad los rubros y la justificación de los mismos<sup>326</sup>.

259. En el presente caso, la Corte constata que los representantes no se refirieron al monto de los gastos incurridos durante el litigio a nivel nacional ni tampoco aportaron prueba al respecto. Por tanto, la Corte no cuenta con el respaldo probatorio para determinar los gastos realizados. En relación con los gastos incurridos durante el proceso internacional tampoco se aportó prueba para establecer los gastos realizados debido a su pérdida en el incendio ocurrido en la vivienda familiar. Sin embargo, la Corte considera que es razonable suponer que durante los años de trámite del presente caso ante la jurisdicción interna la víctima realizó erogaciones económicas. Por otra parte, la Corte también considera razonable que las víctimas del presente caso y sus representantes han incurrido en diversos gastos relativos a honorarios, recolección de prueba, transporte, servicios de comunicación, entre otros, en el trámite internacional del presente caso. En consecuencia, la Corte decide fijar un monto razonable por la cantidad de US \$15,000 (quince mil dólares de los Estados Unidos de América) con motivo de las labores realizadas en el litigio del presente caso, el cual deberá ser entregado a las víctimas sobrevivientes en presente caso, quienes a su vez podrán otorgarlo a quien corresponda, lo cual no será supervisado por la Corte.

#### **H. Reintegro de los gastos al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas**

260. En el 2008 la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos creó el Fondo de Asistencia Legal del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante también "FALV"), con el "objeto [de] facilitar el acceso al sistema interamericano de derechos humanos a aquellas personas que actualmente no tienen los recursos necesarios para llevar su caso al sistema"<sup>327</sup>. Las representantes, en su escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, solicitaron acogerse al Fondo de Asistencia de la Corte. Mediante Resolución emitida por el Presidente de la Corte Interamericana el día 21 de septiembre de 2017<sup>328</sup>, se declaró procedente la aplicación del Fondo para cubrir los gastos de: i) viaje y estadía necesarios para que las dos defensoras interamericanas asistan a la audiencia pública a ejercer sus labores de representación; ii) viaje y estadía necesarios para que el señor Vinicio Marco Antonio Poblete Tapia, el señor Javier Alejandro Santos comparezcan en dicha audiencia a rendir su declaración y dictamen pericial, respectivamente; iii) los costos que generen las declaraciones por *affidávit* de 5 declarantes o peritos en total propuestos por las defensoras, según se especifica en la parte resolutive de esta decisión; iv) los demás gastos razonables y necesarios en que hayan incurrido o puedan incurrir las defensoras interamericanas.

261. Mediante nota de Secretaría de la Corte de 12 de enero de 2018<sup>329</sup>, se remitió un informe al Estado sobre las erogaciones efectuadas en aplicación del Fondo de Asistencia en el presente caso, las cuales ascendieron a la suma de US 10,939.93<sup>330</sup> (diez mil novecientos treinta y nueve

<sup>326</sup> Cfr. *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170, párr. 277, y *Caso Pueblo Indígena Xucuru y sus miembros Vs. Brasil, supra*, párr. 215.

<sup>327</sup> AG/RES. 2426 (XXXVIII-O/08), Resolución adoptada por la Asamblea General de la OEA durante la celebración del XXXVIII Período Ordinario de Sesiones de la OEA, en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 3 de junio de 2008, "Creación del Fondo de Asistencia Legal del Sistema Interamericano de Derechos Humanos", Punto Resolutivo 2.a), y CP/RES. 963 (1728/09), Resolución adoptada el 11 de noviembre de 2009 por el Consejo Permanente de la OEA, "Reglamento para el Funcionamiento del Fondo de Asistencia Legal del Sistema Interamericano de Derechos Humanos", artículo 1.1.

<sup>328</sup> Cfr. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Convocatoria de audiencia. Resolución del Presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de septiembre de 2017, párr. 21.

<sup>329</sup> (Expediente de fondo, ff. 1327 a 1328).

<sup>330</sup> El monto requerido corresponde al: i) los boletos aéreos de las defensoras y declarantes en audiencia por el monto de USD 6,977.45 (seis mil novecientos setenta y siete dólares de los Estados Unidos de América), ii) viáticos por

dólares con noventa y tres centavos de los Estados Unidos de América)<sup>331</sup> y, según lo dispuesto en el artículo 5 del Reglamento de la Corte sobre el Funcionamiento del referido Fondo, se otorgó un plazo para que el Estado chileno presentara las observaciones que estimara pertinentes<sup>332</sup>. En vista de lo anterior, dicha cantidad deberá ser reintegrada en el plazo de noventa días, contados a partir de la notificación del presente Fallo.

### **I. Modalidad de cumplimiento de los pagos ordenados**

262. El Estado deberá efectuar el pago de las indemnizaciones por concepto de daño material e inmaterial, así como el reintegro de las costas y gastos establecidos en la presente Sentencia directamente a la persona indicada en la misma, dentro del plazo de un año contado a partir de la notificación del presente Fallo, en los términos de los siguientes párrafos.

263. En caso de que el beneficiario fallezca antes de que les sean entregadas las indemnizaciones respectivas, éstas se efectuarán directamente a sus derechohabientes, conforme al derecho interno aplicable.

264. El Estado debe cumplir sus obligaciones monetarias mediante el pago en dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en moneda chilena, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio que se encuentre vigente en la bolsa de Nueva York, Estados Unidos de América, el día anterior al pago.

265. Si por causas atribuibles al beneficiario de las indemnizaciones o a sus derechohabientes no fuese posible el pago de las cantidades determinadas dentro del plazo indicado, el Estado consignará dichos montos a su favor en una cuenta o certificado de depósito en una institución financiera chilena solvente, en dólares de los Estados Unidos de América, y en las condiciones financieras más favorables que permitan la legislación y la práctica bancaria del Estado. Si no se reclama la indemnización correspondiente una vez transcurridos diez años, las cantidades serán devueltas al Estado con los intereses devengados.

266. Las cantidades asignadas en la presente Sentencia como indemnización por daño inmaterial, y como reintegro de costas y gastos deberán ser entregadas a las personas indicadas en forma íntegra, conforme a lo establecido en este Fallo, sin reducciones derivadas de eventuales cargas fiscales.

267. En caso de que el Estado incurriera en mora, incluyendo en el reintegro de los gastos al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas, deberá pagar un interés sobre la cantidad adeudada, correspondiente al interés bancario moratorio en la República de Chile.

---

el monto de USD 2,893.00 (dos mil ochocientos noventa y tres dólares de los Estados Unidos de América), iii) gastos terminales por transporte por el monto de USD 570 (quinientos setenta dólares de los Estados Unidos de América), y iv) *affidavit* por el monto de USD 499,48 (cuatrocientos noventa y nueve dólares de los Estados Unidos de América).

<sup>331</sup> El monto requerido corresponde al: i) boletos aéreos por el monto de USD 6,977.45 (seis mil novecientos setenta y siete dólares de los Estados Unidos de América con cuarenta y cinco centavos), ii) viáticos por el monto de USD 2,893.00 (dos mil ochocientos noventa y tres dólares de los Estados Unidos de América), iii) gastos terminales por transporte por el monto de USD 570.00 (quinientos setenta dólares de los Estados Unidos de América), y iv) gastos de *affidavit* por el monto de USD 499.48 (cuatrocientos noventa y nueve dólares de los Estados Unidos de América con cuarenta y ocho centavos) (expediente de fondo, f. 1328).

<sup>332</sup> Mediante comunicación de 6 de febrero de 2018 el Estado indicó que no tenía observaciones al Informe de erogaciones del Fondo de Asistencia (expediente de fondo, f. 1382).

**IX  
PUNTOS RESOLUTIVOS**

Por tanto,

**LA CORTE**

**DECIDE,**

Por unanimidad, que:

1. Aceptar el reconocimiento parcial de responsabilidad internacional efectuado por el Estado, en los términos de los párrafos 25 a 34 de la presente Sentencia.

**DECLARA:**

Por unanimidad, que:

2. El Estado es responsable por la violación del derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Vinicio Poblete Vilches, en los términos de los párrafos 99 a 143 y 174 a 176 de la presente Sentencia.

3. El Estado es responsable por la violación del derecho a la vida, reconocido en el artículo 4 de la Convención Americana, en relación con los artículos 26 y 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Vinicio Poblete Vilches, en los términos de los párrafos 144 a 151 y 174 a 176 de la presente Sentencia.

4. El Estado es responsable por la violación del derecho a la integridad personal, reconocido en el artículo 5 de la Convención Americana, en relación con los artículos 26 y 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Vinicio Poblete Vilches, en los términos de los párrafos 158 a 160 y 174 a 176 de la presente Sentencia.

5. El Estado es responsable por la violación del derecho a obtener un consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud, de conformidad con los artículos 26, 13, 7 y 11 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio del señor Vinicio Poblete Vilches y de sus familiares, en los términos de los párrafos 161 a 173 y 174 a 176 de la presente Sentencia.

6. El Estado es responsable por la violación de los derechos a las garantías judiciales y protección judicial, reconocidos en los artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 de la misma, en perjuicio de sus familiares Blanca Tapia Encina, Gonzalo Poblete Tapia, Vinicio Marco Poblete Tapia y Cesia Poblete Tapia, en los términos de los párrafos 182 a 193 de la presente Sentencia.

7. El Estado es responsable por la violación a la integridad personal, reconocida en el artículo 5.1 de la Convención Americana, en perjuicio de sus familiares Blanca Tapia Encina, Gonzalo Poblete Tapia, Vinicio Marco Poblete Tapia y Cesia Poblete Tapia, en los términos de los párrafos 203 a 210 de la presente Sentencia.

8. El Estado no es responsable por la violación del derecho a la seguridad social, de conformidad con el artículo 26 de la Convención Americana, ni del derecho a la imparcialidad judicial, de conformidad con el artículo 8 de la misma, en los términos del párrafo 99 y 194 a 198, respectivamente, de la presente Sentencia.

**Y DISPONE:**

Por unanimidad, que:

9. Esta Sentencia constituye, por sí misma, una forma de reparación.
10. El Estado debe, dentro del plazo de seis meses contado a partir de la notificación de esta Sentencia, realizar las publicaciones indicadas en el párrafo 226 de la presente Sentencia.
11. El Estado debe, dentro del plazo de un año contado a partir de la notificación de esta Sentencia, realizar un acto público de reconocimiento de responsabilidad, en los términos del párrafo 227 de la presente Sentencia.
12. El Estado debe brindar, a través de sus instituciones de salud, la atención médica psicológica de manera gratuita e inmediata a las víctimas, en el modo y plazo fijado en el párrafo 231 de la presente Sentencia.
13. El Estado debe implementar, en un plazo de un año, programas permanentes de educación en derechos humanos, en los términos referidos en el párrafo 237 de esta Sentencia.

Por cuatro votos a favor y uno en contra, que:

14. El Estado debe informar al Tribunal, en el plazo de un año, sobre los avances que ha implementado en hospital de referencia, en los términos del párrafo 238 de la presente Sentencia.
15. El Estado debe fortalecer el Instituto Nacional de Geriátrica y su incidencia en la red hospitalaria, de conformidad con lo establecido en el párrafo 239 de esta Sentencia, así como diseñar una publicación o cartilla que desarrolle los derechos de las personas mayores en materia de salud, de conformidad con lo establecido en el párrafo 240 de esta Sentencia.
16. El Estado debe adoptar las medidas necesarias, a fin de diseñar una política general de protección integral a las personas mayores, en los términos referidos en el párrafo 241 de esta Sentencia.

Disiente el juez Humberto Antonio Sierra Porto.

Por unanimidad, que:

17. El Estado debe pagar las cantidades fijadas en los párrafos 247, 249, 252, 253 y 259 de la presente Sentencia, por concepto de compensación por daño material e inmaterial y por el reintegro de costas y gastos, en los términos de los referidos párrafos y de lo previsto en los párrafos 250, 253, 259 y 262 a 267 de esta Sentencia.
18. El Estado debe reintegrar al Fondo de Asistencia Legal de Víctimas de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cantidad erogada durante la tramitación del presente caso, en los términos del párrafo 261 de esta Sentencia.
19. El Estado debe, dentro del plazo de un año contado a partir de la notificación de esta Sentencia, rendir al Tribunal un informe sobre las medidas adoptadas para cumplir con la misma, sin perjuicio de lo establecido en los párrafos 226 y 231 de la presente Sentencia.
20. La Corte supervisará el cumplimiento íntegro de esta Sentencia, en ejercicio de sus atribuciones y en cumplimiento de sus deberes conforme a la Convención Americana sobre



Derechos Humanos, y dará por concluido el presente caso una vez que el Estado haya dado cabal cumplimiento a lo dispuesto en la misma.

El juez Humberto Sierra Porto hizo conocer su voto individual parcialmente disidente, el cual acompaña esta Sentencia.

Emitida en español en San José, Costa Rica, el 8 de marzo de 2018.

Corte IDH. Caso *Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 9 de marzo de 2018.

Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot  
Presidente

Humberto A. Sierra Porto

Elizabeth Odio Benito

Eugenio Raúl Zaffaroni

L. Patricio Pazmiño Freire

Emilia Segares Rodríguez  
Secretaria Adjunta

Comuníquese y ejecútese,

Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot  
Presidente

Emilia Segares Rodríguez  
Secretaria Adjunta

**VOTO CONCURRENTENTE DEL  
JUEZ HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO**

**A LA SENTENCIA DE 8 DE MARZO DE 2018  
DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS**

**EN EL CASO DE POBLETE VILCHES Y OTROS VS. CHILE**

***I. Introducción***

1. Con el acostumbrado respeto por las decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, también “la Corte” o “el Tribunal”), me permito formular el presente voto concurrente. El voto se centra en el análisis de fondo que realizó la Corte acerca de la responsabilidad internacional del Estado por la violación de los derechos a la salud, vida, integridad personal y acceso a la información. En concreto, explicaré las razones por las que me sumé al voto de la mayoría en la declaración de responsabilidad internacional por la violación al derecho a la salud (*supra*, párr. 143), y realizaré algunas reflexiones acerca del análisis que la Corte hace sobre violaciones a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (en adelante, también “DESCA”) sobre la base del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, también “la Convención”). En ese sentido, advierto que mis reflexiones complementan lo ya expresado en mis votos parcialmente disidentes de los casos *Lagos del Campo Vs. Perú*<sup>1</sup>, *Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú*<sup>2</sup>, y *San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela*<sup>3</sup>; así como en mi voto concurrente del caso *Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador*<sup>4</sup>.

***II. Respecto a mi adhesión a la declaración de responsabilidad internacional por violación al derecho a la salud***

2. En la presente sentencia, la Corte concluyó, en esencia, (i) que los servicios de salud brindados al señor Poblete Vilches no cumplieron con los estándares de

---

<sup>1</sup> *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto.

<sup>2</sup> *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto.

<sup>3</sup> *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C No. 348. Voto parcialmente disidente del Juez Humberto A. Sierra Porto.

<sup>4</sup> *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Voto Concurrente del Juez Humberto Antonio Sierra Porto.

disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, lo que constituyó una violación a su derecho a la salud; (ii) que el Estado incumplió con su deber de obtener el consentimiento informado de los familiares de la víctima frente a la intervención quirúrgica practicada; y (iii) que el Estado violó su derecho a la vida y a la integridad personal, pues la falta de una adecuada atención médica derivó en un resultado dañoso y, en última instancia, en su muerte (párrs. 174-175). Por lo tanto, el Tribunal consideró que el Estado chileno es responsable por la violación a los artículos 26, 4, 5, 13, 7 y 11 de la Convención Americana en relación con las obligaciones de no discriminación, previstas en el artículo 1.1 del mismo instrumento; así como de la violación a los diversos numerales 26, 13, 7 y 11, en perjuicio de sus familiares (párr. 176).

3. Si bien comparto el criterio sostenido por mis colegas Jueces y Jueza, lo cual quedó manifestado en mi adhesión a su posición en los Puntos Resolutivos de la sentencia (*supra*, Punto Resolutivo 2), es relevante aclarar que esto no significa un distanciamiento de lo ya sostenido en otros votos disidentes o concurrentes anteriores<sup>5</sup>. Reitero que la justiciabilidad de los DESCAs, a través de una aplicación directa del artículo 26 de la Convención, presenta al menos dos grandes falencias: la primera, que el mencionado artículo 26 no contiene propiamente un catálogo de derechos, sino que remite a la Carta de la Organización de Estados Americanos (en adelante, "la Carta de la OEA"), y que, a su vez, la Carta de la OEA tampoco contiene un catálogo de derechos claros y precisos que permita derivar de ellos obligaciones exigibles a los Estados por vía del sistema de peticiones individuales, y en todo caso reconoce derechos de naturaleza prestacional<sup>6</sup>. La segunda, que el argumento utilizado en la Sentencia para justificar la competencia de la Corte ignora que los Estados acordaron, en el Protocolo de San Salvador<sup>7</sup>, que la competencia de la Corte para conocer sobre violaciones a los DESCAs, a través del sistema de peticiones individuales, queda restringido a algunos aspectos del derecho a la libertad sindical y el derecho a la educación<sup>8</sup>.

4. Sin perjuicio de lo anterior, no cabe duda que las violaciones a los derechos humanos del señor Poblete Viches, declaradas en esta sentencia, fueron resultado del deficiente tratamiento médico recibido, lo cual afectó su integridad personal y su vida. La Corte encontró que el Estado negó a la víctima un tratamiento médico de urgencia,

---

<sup>5</sup> *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340. Voto parcialmente disidente del Juez Humberto A. Sierra Porto; y *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344. Voto parcialmente disidente del Juez Humberto A. Sierra Porto.

<sup>6</sup> *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto, párr. 9 y *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto, párrs. 7 a 9.

<sup>7</sup> El *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador"*, establece en el artículo 19.6 lo siguiente: "En el caso de que los derechos establecidos en el párrafo a) del artículo 8 y en el artículo 13 fuesen violados por una acción imputable directamente a un Estado Parte del presente Protocolo, tal situación podría dar lugar, mediante la participación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y cuando proceda de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a la aplicación del sistema de peticiones individuales regulado por los artículos 44 a 51 y 61 a 69 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos."

<sup>8</sup> *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto, párrs. 15 a 17.

-3-

no obstante existía un riesgo, por lo que concluyó que el Estado no habría adoptado las medidas necesarias para garantizar su derecho a la vida, en violación al artículo 4.1 de la Convención en relación con el artículo 26 y 1.1 del mismo instrumento (párr. 150). En un sentido similar, la Corte consideró que las distintas omisiones en que incurrió el personal médico del hospital contribuyeron al deterioro de la salud del señor Poblete, afectando así su integridad personal, en violación al artículo 5.1 de la Convención en relación con el artículo 26 y 1.1 del mismo instrumento.

5. La Corte fue acertada en vincular su análisis de las violaciones a la vida y la integridad personal de la víctima a la luz de diversos aspectos prestacionales del derecho a la salud. En lo que respecta a este punto de análisis, la Corte siguió la tesis –en mi visión acertada– que había sostenido a lo largo de su jurisprudencia de analizar las violaciones en materia de DESCAs por conexidad<sup>9</sup>. El análisis de este caso comprobó la pertinencia de la aproximación de la Corte a este tipo de situaciones antes del caso *Lagos del Campo*. En efecto, como ya he mencionado en otras ocasiones, el análisis de los DESCAs por conexidad permite definir las obligaciones en materia de derecho a la salud sin expandir las competencias de la Corte más allá de lo que correspondería a cualquier Tribunal, y lo que una lectura apegada a derecho en la Convención Americana, el Protocolo de San Salvador y el derecho internacional permiten.

6. Con esto no quiero decir que el análisis de este caso constituya un acierto en todos sus niveles. La sentencia incluye múltiples referencias expresas a la aproximación que la Corte ha realizado a partir del caso *Lagos del Campo*, en lo que respecta a la posibilidad de declarar violaciones al artículo 26 de manera autónoma y por una violación “individual” (párr. 100-132), y declaró la responsabilidad internacional del Estado en esos términos (párr. 143). Pero si se lee con detalle la sentencia, es posible percibir que el análisis relacionado con la violación al derecho a la salud está íntimamente ligado a las afectaciones que el señor Poblete Vilches sufrió a su vida y a su integridad personal. De hecho, es bastante difícil, sino imposible, discernir dónde comienza y dónde termina el ilícito internacional respecto de cada uno de los derechos que se declaran violados. En ese sentido, es posible afirmar que las consideraciones relacionadas con las obligaciones del Estado en materia de salud que están contenidas en la sentencia cobran sentido práctico una vez que se reflejan en el análisis de los artículos 4.1 y 5.1 de la Convención. En mi consideración, resulta innecesario el análisis del artículo 26 entendido de manera autónoma, aunque tiene una enorme relevancia cuando se le considera en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal. En el caso concreto, este análisis conlleva una duplicidad innecesaria en cuanto a la declaratoria de los derechos convencionales violados, lo que queda de manifiesto en la medida que las conductas y omisiones que se le imputan al Estado como vulneradoras de los derechos a la salud, la vida y la integridad personal son, en esencia, las mismas.

7. Por lo anterior, aclaro que mi voto a favor de la sentencia en el Punto Resolutivo 2 no debe entenderse como una aceptación de la tesis – en mi concepto errada – que la Corte ha sostenido recientemente sobre la posibilidad de declarar violaciones autónomas al artículo 26 de la Convención Americana. Por el contrario, se debe

---

<sup>9</sup> *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, párrs. 191 y 229; *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 57, 89 y 90; *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340, párr. 154.

entender como un voto a favor de la responsabilidad internacional de Chile por la falta de atención médica del señor Poblete Vilches, lo cual derivó en la violación a sus derechos a la integridad personal y a su vida en relación con el derecho a la salud.

### **III. Reflexiones sobre el análisis de la violación al derecho a la salud en el presente caso.**

8. Por otro lado, este caso también permite elaborar algunas reflexiones adicionales a las ya expuestas en otras ocasiones sobre la problemática aproximación que la Corte ha decidido adoptar en el análisis de la violación autónoma al artículo 26 de la Convención. Estas reflexiones deben ser leídas en relación con los argumentos ya expuestos en mis otros votos disidentes o concurrentes de casos recientes<sup>10</sup>.

9. En primer lugar, y en relación con lo mencionado en el apartado anterior, cabe cuestionar el sentido práctico del actuar de la Corte al declarar la violación al artículo 26 de manera autónoma, cuando la afectación que se acreditó en este caso es a la integridad personal y a la vida del señor Poblete Vilches. El análisis parece sugerir que, cuando se produce una violación a la integridad personal o a la vida de una persona, como resultado de una deficiente atención médica, se produce una violación automática al derecho a la salud en su dimensión "individual" (párrs. 150 y 155); sin embargo, la sentencia no establece con claridad cuál es la afectación específica al derecho a la salud de la víctima en esa dimensión "individual", sino que se centra en establecer las razones por las que el Estado incumplió con sus deberes y obligaciones en materia de prestación adecuada del servicio a la salud, y de ahí deriva que se afectó su salud (párr. 138). La Corte, de esta forma, asume una posición consecuencialista que funde –y confunde– la afectación a la integridad y la vida del señor Poblete Vilches, con la violación a su derecho a la salud. Este es el mismo error conceptual en que la Corte incurrió en *Lagos del Campo, Trabajadores Cesados de Petroperú y otros*, y en *San Miguel Sosa y otras*.

10. Esta omisión conceptual, estimo, tiene un efecto directo en la seguridad jurídica de la cual también somos guardianes, pues resulta en la imposibilidad de realizar una adecuada subsunción de un hecho concreto respecto a una norma. De hecho, esta aproximación pareciera que subsume la norma respecto de un hecho. En ese sentido, cabe preguntar: ¿Cuál es, exactamente, el catálogo de DESCAs protegidos por la Convención? ¿Dónde comienza y dónde termina dicho catálogo? Esta incertidumbre jurídica no solo afecta a los Estados, sino a las víctimas de violaciones de derechos fundamentales que busquen utilizar el sistema de peticiones individuales. Por ejemplo, cabe preguntarse, ¿respecto de cuál agravio se deberían agotar los recursos de la jurisdicción interna? ¿Uno que se configure en atención de la dimensión "individual", o uno que se configure en la dimensión "colectiva", pero que tenga efectos en lo

---

<sup>10</sup> *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340 Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto. *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto. *Caso San Miguel Sosa y otras Vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de febrero de 2018. Serie C. No. 348; *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Voto Concurrente del Juez Humberto Antonio Sierra Porto.

-5-

particular? A mi manera de ver las cosas, el abordaje de los casos antes citados no tiene una respuesta a ninguna de las preguntas planteadas. Como Tribunal, estamos obligados a dar una respuesta que permita previsibilidad; de ello depende la confianza pública en la institucionalidad interamericana.

11. Estas reflexiones no son motivadas únicamente en el espíritu de generar un vigoroso debate de ideas, sino también por la auténtica preocupación de las consecuencias y el impacto que puedan tener nuestras decisiones. En el actual clima de inseguridad jurídica generado por el caso *Lagos del Campo*, se abre la posibilidad de una ola de peticiones individuales basadas en presuntas violaciones a DESCAs que podrían agravar el problema de congestión procesal de la Comisión, lo cual redundaría precisamente en perjuicio de las personas que se pretendía proteger. Como Tribunal, tenemos la responsabilidad y la obligación de no desconocer esa realidad, ni muchas otras realidades en las que nuestras decisiones serán finalmente aplicadas.

12. Además, este tipo de análisis hace parecer ociosa la declaración de responsabilidad internacional del Estado por violación al derecho a la salud, pues en realidad el bien afectado –y acreditado ante esta Corte– es la integridad personal y la vida del señor Poblete Vilches. Esto refuerza la prudencia de la tesis que sostiene que el derecho a la salud debe ser analizado, en su faceta “individual”, en relación con el derecho a la integridad personal o a la vida, y en su faceta “progresiva”, en relación con la suficiencia de los servicios de salud que el Estado provee. Enfocar el análisis de esta forma le permitiría a la Corte identificar, por un lado, cuándo es posible vincular las acciones del Estado en materia de prestación de servicios de salud, con la violación a la integridad personal o a la vida de una persona. Por otro lado, le permitiría evaluar cuándo la política pública en materia de DESCAs en el Estado es *per se* violatoria de las obligaciones de progresividad establecidas en el artículo 26 de la Convención. En la primera hipótesis, el análisis se haría sobre la base del artículo 4 y/o 5 en relación con el artículo 26 y 1.1; y, en la segunda hipótesis, se haría directamente sobre la base del artículo 26 en relación con el artículo 1.1 de la Convención.

13. Una aproximación de esta naturaleza permitiría distinguir aquellos casos donde el Estado es responsable por la violación a un derecho individual como resultado de la deficiente atención médica en un hospital público, y aquellos donde los elementos prestacionales en materia de servicios de salud son en sí mismos violatorios del artículo 26 de la Convención. Por supuesto, entrar en el análisis de aspectos prestacionales requiere un esfuerzo metodológico y conceptual de enorme trascendencia, pero permitiría establecer cierta racionalidad y objetividad a la atribución de responsabilidad del Estado sobre la base del artículo 26. También permitiría establecer un nexo causal entre la declaración de violación al derecho a la salud y las medidas de reparación enfocadas en mejorar la política pública de un Estado. Sucede que, en este caso, la Corte evaluó la prestación de un servicio de salud en un hospital público, y de ahí deriva una violación “individual” al derecho de salud del señor Poblete Vilches sobre la base del artículo 26 de la Convención.

14. Pero la metodología seguida por la Corte hace difícil –o imposible, en este caso– identificar el nexo causal entre las acciones y omisiones del Estado y la afectación al derecho a la salud del señor Poblete Vilches. Ciertamente, la Sentencia consideró una serie de actos que determinaron la violación del derecho a la salud<sup>11</sup>. Sin embargo, no

---

<sup>11</sup> Por ejemplo, la Sentencia menciona las siguientes: (i) la falta de información a los familiares respecto a la condición y cuidados del paciente; (ii) la realización de una intervención quirúrgica sin el

quedó claro cómo esos actos repercutieron en la salud de la víctima, y pareciera que como existieron una serie de omisiones en la prestación del servicio, ello implicó una violación automática al derecho a la salud. Quizás, para salvar este problema, habría sido necesario determinar con claridad en qué consiste el derecho a la salud en su faceta "individual", y establecer con claridad cómo las acciones estatales vulneraron ese derecho. Pero incluso en ese supuesto, el Tribunal tendría que actuar como un legislador, pues el derecho a la salud es, tal y como está regulado en el artículo 26 de la Convención, un derecho prestacional, por lo que declarar a un Estado responsable por la violación a ese derecho porque una persona no tuvo acceso a un adecuado servicio médico, implicaría que de un hecho concreto se juzgue un sistema de prestación de servicios de salud.

15. En segundo lugar, reitero mi desacuerdo con los alcances que la Sentencia da al principio de interdependencia e indivisibilidad en relación con su interpretación al artículo 26. En efecto, dicho principio señala que el disfrute de un derecho depende para su existencia de la realización de otros, pero ello no implica que automáticamente se deban incorporar DESCAs al contenido de la Convención. De similar manera, en relación al principio de indivisibilidad, es cierto que los derechos están intrínsecamente conectados y no deben ser vistos de manera aislada, pero la indivisibilidad de los derechos tampoco es suficiente para modificar la competencia de un tribunal, como lo proponen quienes pretenden una justiciabilidad directa por medio de la interpretación amplia del artículo 26 de la Convención<sup>12</sup>. De hecho, los principios de indivisibilidad e interdependencia son congruentes con un análisis de los DESCAs desde la perspectiva de la conexidad, pues su aplicación no implica una expansión ilimitada de las competencias de la Corte, pero sí permite un entendimiento más amplio de los derechos protegidos por la Convención.

16. Por otro lado, la Sentencia afirma que "resulta claro interpretar que la Convención Americana incorporó en su catálogo de derechos protegidos los denominados derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), a través de una derivación de las normas reconocidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como de las normas de interpretación previstas en el artículo 29 de la Convención; particularmente, que impide limitar o excluir el goce de los derechos establecidos en la Declaración Americana e inclusive reconocidos en materia interna" (párr. 103). A partir de esta interpretación, la Sentencia sugiere que los DESCAs que pueden ser objeto de análisis a través del sistema de peticiones individuales son aquellos contenidos en la Carta de la OEA, aquellos reconocidos en la Declaración Americana, aquellos reconocidos en "materia interna", y aquellos que se deriven del *corpus iuris* internacional y nacional en la materia.

17. Según esta aproximación, el artículo 26 es una especie de norma de remisión a toda la normativa nacional e internacional que se refiere a los DESCAs, lo que potencialmente le reconocería a la Corte, en virtud de una lectura peculiar del artículo 29 de la Convención, la competencia para declarar violaciones a cualquier derecho previsto en cualquier instrumento nacional e internacional que lo contenga, siempre

---

consentimiento informado; (iii) darlo de alta de forma precipitada; (iv) la falta de provisión de tratamiento intensivo que requería en la UCI Médica; (v) la falta de disponibilidad de camas; (vi) la falta de asistencia a través de un respirador mecánico; y (v) la omisión de dispensar al paciente traslado a otro centro médico que contara con las instalaciones necesarias.

<sup>12</sup> *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Voto Concurrente del Juez Humberto Antonio Sierra Porto, párr. 4.



-7-

que se le pueda categorizar como un DESCA. Esta interpretación es tan ajena de las reglas de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y de la Convención Americana<sup>13</sup>, y tan distante del sistema de fuentes de derecho previsto por el derecho internacional<sup>14</sup>, que resulta un acto de creación normativa y de expansión de competencias como quizás nunca antes habría visto la comunidad internacional. Siguiendo esta lógica maximalista, sobre la base del artículo 29 de la Convención, la Corte tendría competencia para declarar la responsabilidad internacional del Estado cuando califique que ha violentado un DESCA reconocido en alguna norma de derecho nacional o internacional, sin mayores consideraciones de orden formal. En ese sentido, cabe recordarle a la mayoría que la Corte Interamericana es un tribunal internacional, no un tribunal constitucional, y que la Convención Americana es un tratado internacional, y no una constitución nacional.

18. Respecto a lo anterior, aunque puedan parecer obvias, es fundamental recordar el significado de algunas normas básicas del derecho internacional. La primera norma es el artículo 26 de la Convención de Viena, el cual prevé la obligación de los Estados de cumplir de buena fe con las normas pactadas por ellos. Esto significa que las obligaciones internacionales dependen, en primer término, de su aceptación por parte de los Estados signatarios de un tratado, por lo que una norma que no ha sido aceptada por un Estado como fuente de una obligación internacional (como lo es una norma contenida en el derecho nacional de otro Estado, o una norma contenida en un tratado sobre el que la Corte no tiene competencia), no puede ser exigida en el plano internacional mediante el sistema de peticiones individuales del Sistema Interamericano. Es cierto que los tribunales internacionales tienen un papel en el desarrollo del derecho, pero este papel debe estar limitado de forma que la Corte no se transforme en un legislador irrestricto, como la posición asumida por la mayoría requiere en materia de DESCA.

19. La segunda norma es el artículo 29 de la Convención Americana, el cual prevé – *inter alia*– que ninguna disposición de la Convención puede ser interpretada en el sentido de:

- b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados;

---

<sup>13</sup> En el *Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2017. Serie C No. 340. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto. En este voto afirmé lo siguiente: "Si de por sí, intentar construir un catálogo de DESC a partir de la Carta es una tarea interpretativa compleja, entrar a utilizar cuanto tratado de derechos humanos existe para llenar de contenido al artículo 26 de la CADH, lo único que puede generar es una dinámica de "vis expansiva" de la responsabilidad internacional de los Estados. Es decir que al no tener presente un catálogo definido de los DESC cuya infracción genera responsabilidad de los Estados, estos no pueden prevenir ni reparar internamente las posibles infracciones porque básicamente la Corte IDH puede modificar el catálogo de los derechos dependiendo del caso."

<sup>14</sup> Cabe recordar que el artículo 38.a del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia señala: "1. La Corte, cuya función es decidir conforme al derecho internacional las controversias que le sean sometidas, deberá aplicar: a. las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados litigantes; b. la costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho; c. los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas; d. las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 59."

-8-

d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.

20. El artículo 29 de la Convención juega el importante papel de evitar que, de una interpretación de la Convención Americana, los Estados puedan limitar el goce o ejercicio de un derecho contenido en el derecho nacional o en el derecho internacional. Para la Corte Interamericana, esta norma ha servido para interpretar las cláusulas de la Convención a la luz de otros instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos y de esta forma darles mayor contenido<sup>15</sup>. Pero una cosa es utilizar el artículo 29 de la Convención para evitar que los Estados limiten derechos reconocidos en el ámbito nacional o en otros instrumentos internacionales al invocar la Convención, y que la Corte lo utilice como medio interpretativo para actualizar el contenido normativo de las cláusulas de la Convención, y otra muy distinta es utilizar el artículo 29 de la Convención como una especie de norma de remisión a otras normas de derecho nacional e internacional para así "afirmar" la competencia de la Corte para declarar violaciones de derechos previstos en instrumentos nacionales e internacionales sobre los que la Corte claramente carece de competencia. A todas luces, esa lectura es un abuso del principio *pro persona* y una violación al principio de seguridad jurídica que no le permitiría a los Estados prever el tipo de conducta que deben realizar en cumplimiento de sus obligaciones internacionales.

21. Como complemento de lo anterior, es importante señalar que las normas de derechos humanos previstas en instrumentos como la Declaración Americana de Derechos Humanos, u otros actos de la misma naturaleza, sí tienen un valor normativo que es relevante para la identificación del contenido de las obligaciones internacionales previstas por la Convención<sup>16</sup>. Pero esto no significa que estos instrumentos gocen de la misma obligatoriedad que un tratado internacional, y más bien hay que reconocerlos como normas de *soft law*. Esto implica que su obligatoriedad dentro del sistema de fuentes de derecho internacional está "relativizado", y que no constituye una fuente de derechos y obligaciones autónoma que puede dar lugar a la responsabilidad internacional del Estado por su incumplimiento. Esto es importante pues la Corte debe ser especialmente cuidadosa de no confundir las obligaciones que emanan para los Estados en virtud de cláusulas convencionales, que reconocen derechos y obligaciones de exigibilidad inmediata, y sobre las que la Corte tiene competencia, de aquellas normas o principios que sirven para la interpretación de dichas cláusulas convencionales.

---

<sup>15</sup> *Caso Trabajadores Cesados de Petroperú y otros Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2017. Serie C No. 344. Voto parcialmente disidente del Juez Antonio Humberto Sierra Porto, párrs. 14 a 20. *Caso familia Pacheco Tineo Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 272, párr. 143.

<sup>16</sup> El entonces Juez de la Corte IDH, Sergio García Ramírez, en el artículo titulado "El control judicial interno de convencionalidad" publicado en IUS Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México, no. 28, julio-diciembre de 2011, págs. 123-159, expuso que en el derecho internacional de los derechos humanos figuran, además de los tratados y los protocolos aludidos como derecho "duro" de carácter imperioso y vinculante, otras fuentes de carácter diverso, como declaraciones, estatutos y reglamentos, opiniones consultivas, sentencias, otras resoluciones jurisdiccionales, recomendaciones, informes, principios, relatorías, conclusiones de encuentros internacionales, y así sucesivamente, las cuales constituyen un derecho "suave" (*soft law*) que no posee el mismo carácter imperioso y vinculante. Existe una fuerte tendencia a dotar a este *soft law* de creciente eficacia.

-9-

22. Como lo he expresado en otras ocasiones, es importante recordar que la utilización de normas externas a la Convención para su interpretación debe operar sobre una serie de presupuestos sobre el valor normativo que tienen tanto las normas y principios que son interpretados (por ejemplo, la Convención), como aquellas que se utilizan como parámetros de interpretación (por ejemplo, la Declaración Americana<sup>17</sup>). Es decir, la interpretación que hace la Corte no es –ni debe ser– absolutamente libre, sino que se debe realizar en el marco de lo previsto por reglas secundarias de derecho internacional que determinan la obligatoriedad de las fuentes del derecho y la manera en que estas deben ser interpretadas (como lo es el artículo 38 del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia o la propia Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados). La Corte Interamericana es un tribunal internacional y, por tanto, es razonable asumir que se comporte como tal. Esta labor será especialmente relevante en la medida en que la Corte comience a “desarrollar” el contenido de los DESCAs a la luz de la interpretación que ha seguido desde el caso *Lagos del Campo* y con la que he manifestado mi desacuerdo.

Humberto Antonio Sierra Porto  
Juez

Emilia Segares Rodríguez  
Secretaria Adjunta

---

<sup>17</sup> Cfr. El derecho a la Información sobre la asistencia consular en el marco de las garantías del debido proceso legal. Opinión Consultiva OC-16/99, párr. 114, y Titularidad de derechos de las personas jurídicas en el sistema interamericano de derechos humanos (Interpretación y alcance del artículo 1.2, en relación con los artículos 1.1, 8, 11.2, 13, 16, 21, 24, 25, 29, 30, 44, 46, y 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como del artículo 8.1 A y B del Protocolo de San Salvador), Opinión Consultiva OC22/16, párr. 49.

## **SISTEMA UNIVERSAL**

### **Página 371**

Observación General N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad (E/C.12/1995/16/Rev.1), 1995.

### **Página 382**

Recomendación General N° 27 del Comité sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/GC/27), 2010.

### **Página 392**

Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas que establece la creación del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento (A/RES/65/182).

### **Página 397**

Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas que establece el mandato del Experto Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos de las personas de edad (A/HRC/RES/24/20).



**OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES  
UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS**



**Los derechos económicos, sociales y culturales  
de las personas mayores: 08/12/95**

**CESCR Observación general N° 6 (General Comments)**

**13° período de sesiones (1995)\***

**1. Introducción**

1. La población mundial está envejeciendo a un ritmo progresivo, verdaderamente espectacular. El número total de personas de 60 años y más pasó de 200 millones en 1950 a 400 millones en 1982 y se calcula que llegará a 600 millones en el año 2001 y a 1.200 millones en el año 2025, en el que más del 70% vivirá en los países que actualmente son países en desarrollo. El número de personas de 80 años y más, ha crecido y sigue creciendo a un ritmo aun más acelerado, pasando de 13 millones en 1950 a más de 50 millones en la actualidad, y se calcula que alcanzará los 137 millones en el año 2025. Es el grupo de población de crecimiento más rápido en todo el mundo, y, según se calcula, se habrá multiplicado por diez entre 1950 y 2025, mientras que, en el mismo período, el número de personas de 60 años y más se habrá multiplicado por seis y la población total por algo más de tres<sup>1</sup>.

2. Estas cifras reflejan la existencia de una revolución silenciosa, pero de imprevisibles consecuencias que ya está afectando, y afectará todavía más en el futuro, a las estructuras económicas y sociales de la sociedad, a escala mundial y en el ámbito interno de los países.

3. La mayoría de los Estados Partes en el Pacto, en particular los países desarrollados, tienen que enfrentarse con la tarea de adaptar sus políticas sociales y económicas al envejecimiento de sus poblaciones, especialmente en el ámbito de la seguridad social. En los países en vías de desarrollo, la falta o deficiencias de la seguridad social se ven agravadas con la emigración de la población más joven, que debilita el papel tradicional de la familia, principal apoyo para las personas de edad avanzada.

**2. Políticas aprobadas internacionalmente en favor de las personas de edad**

4. En 1982 la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento aprobó el Plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Este importante documento fue aprobado por la Asamblea General y constituye una guía muy útil, al señalar detalladamente las medidas que deben adoptar los Estados Miembros para garantizar los derechos de las personas mayores, en el ámbito de los derechos proclamados en los pactos de derechos humanos. Contiene 62 recomendaciones, muchas de las cuales están directamente relacionadas con el Pacto<sup>2</sup>.

5. En 1991, la Asamblea General aprobó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad que, debido a su carácter programático, constituyen también otro importante

\* Figura en el documento E/1996/22.

<sup>1</sup> "Objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001: Estrategia práctica", informe del Secretario General (A/47/339), párr. 5.

<sup>2</sup> *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982, (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.8.82.I.16).

documento en este contexto<sup>3</sup>. Se divide en cinco secciones que se corresponden estrechamente con los derechos reconocidos en el Pacto. La "independencia" incluye el acceso a un alojamiento adecuado, comida, agua, vestido y atención a la salud. A estos derechos básicos se añade la oportunidad de realizar un trabajo remunerado y el acceso a la educación y a la formación. Por "participación" se entiende que las personas de edad deben participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar y compartir sus conocimientos y aptitudes con las generaciones más jóvenes, y que puedan fundar movimientos o formar asociaciones. La sección titulada "cuidados" proclama que las personas de edad deben gozar de atenciones familiares, contar con asistencia médica y poder disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales cuando se encuentren en residencias o instituciones de cuidados o de tratamientos. En lo que se refiere a la "autorrealización", los Principios proclaman que las personas de edad deben aspirar al pleno desarrollo de sus posibilidades mediante el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de sus respectivas sociedades. Por último, la sección titulada "dignidad" proclama que las personas de edad deben vivir con dignidad y seguridad y no sufrir explotaciones y malos tratos físicos y mentales, ser tratadas con decoro, con independencia de su edad, sexo, raza, etnia, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición, y ser valoradas cualquiera que sea su contribución económica.

6. En 1992 la Asamblea aprobó ocho objetivos mundiales para el año 2001 y una guía breve para el establecimiento de objetivos nacionales. En diversos aspectos importantes, estos objetivos mundiales sirven para reforzar las obligaciones de los Estados Partes en el Pacto<sup>4</sup>.

7. También en 1992 y como conmemoración del 101 aniversario de la aprobación del Plan de Acción Internacional de Viena por la Conferencia sobre el Envejecimiento, la Asamblea General adoptó la "Proclamación sobre el Envejecimiento", en la que se instaba a apoyar las iniciativas nacionales sobre el envejecimiento a fin de que se preste apoyo adecuado a las contribuciones, mayormente no reconocidas, que aportan las mujeres de edad a la sociedad y se aliente a los hombres de edad para desarrollar las capacidades sociales, educativas y culturales que no pudieron tal vez desarrollar durante los años en que debían ganarse la vida; se alienta a todos los miembros de las familias a que presten cuidados, se amplíe la cooperación internacional en el contexto de las estrategias para alcanzar los objetivos mundiales del envejecimiento para el año 2001, y se proclama el año 1999 Año Internacional de las Personas de Edad en reconocimiento de la "mayoría de edad" demográfica de la humanidad<sup>5</sup>.

8. Los organismos especializados de las Naciones Unidas, en especial la Organización Internacional del Trabajo (OIT), también han prestado su atención al problema del envejecimiento, en sus respectivas esferas de acción.

### **3. Los derechos de las personas de edad en relación con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

9. La terminología utilizada para identificar a las personas de edad es muy variada, incluso en los documentos internacionales: personas mayores, personas de edad avanzada, personas de más edad, tercera edad, ancianos y cuarta edad para los mayores de 80 años. El Comité opta por

<sup>3</sup> Resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 16 de diciembre de 1991, sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento y actividades conexas, anexo.

<sup>4</sup> "Objetivos mundiales sobre el envejecimiento para el año 2001: estrategia práctica" (A/47/339), caps. III y IV.

<sup>5</sup> Resolución 47/5 de la Asamblea General, de 16 de octubre de 1992, "Proclamación sobre el envejecimiento".

"personas mayores", término utilizado en las resoluciones 47/5 y 8/98 de la Asamblea General (*older persons*, en inglés, *personnes âgées*, en francés). Estos calificativos comprenden, siguiendo las pautas de los servicios estadísticos de las Naciones Unidas, a las personas de 60 años y más. (En Eurostat, el servicio estadístico de la Unión Europea, se consideran personas mayores las de 65 años y más, ya que los 65 años es la edad más común de jubilación, con tendencia a retrasarla.)

10. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no contiene ninguna referencia explícita a los derechos de las personas de edad, excepto en el artículo 9, que dice lo siguiente: "los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso el seguro social" y en el que de forma implícita se reconoce el derecho a las prestaciones de vejez. Sin embargo, teniendo presente que las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, es evidente que las personas de edad tienen derecho a gozar de todos los derechos reconocidos en el Pacto. Este criterio se recoge plenamente en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Además, en la medida en que el respeto de los derechos de las personas de edad exige la adopción de medidas especiales, el Pacto pide a los Estados Partes que procedan en ese sentido al máximo de sus recursos disponibles.

11. Otra cuestión importante es determinar si la discriminación por razones de edad está prohibida por el Pacto. Ni en el Pacto ni en la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace explícitamente referencia a la edad como uno de los factores prohibidos. En vez de considerar que se trata de una exclusión intencional, esta omisión se explica probablemente por el hecho de que, cuando se adoptaron estos instrumentos, el problema del envejecimiento de la población no era tan evidente o tan urgente como en la actualidad.

12. Ahora bien, este hecho no es decisivo puesto que la discriminación basada en "cualquier otra condición social" podría interpretarse en el sentido que se aplica a la edad. El Comité observa que, si bien todavía no es posible llegar a la conclusión de que la discriminación por motivos de edad está en general prohibida por el Pacto, las situaciones en que se podría aceptar esta discriminación son muy limitadas. Además, debe ponerse de relieve que el carácter de inaceptable de la discriminación contra las personas de edad se subraya en muchos documentos normativos internacionales y se confirma en la legislación de la gran mayoría de Estados. En algunas de las pocas situaciones en que todavía se tolera esta discriminación, por ejemplo en relación con la edad obligatoria de jubilación o de acceso a la educación terciaria, existe una clara tendencia hacia la eliminación de estos obstáculos. El Comité considera que los Estados Partes deberían tratar de acelerar esta tendencia en la medida de lo posible.

13. Por consiguiente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es de la opinión que los Estados Partes en el Pacto están obligados a prestar especial atención al fomento y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. A este respecto, la propia función del Comité adquiere más importancia por el hecho de que, a diferencia de otros grupos de población, tales como las mujeres y los niños, no existe todavía ninguna convención internacional general relacionada con los derechos de las personas de edad y no hay disposiciones obligatorias respecto de los diversos grupos de principios de las Naciones Unidas en esta materia.

14. Al finalizar su 13º período de sesiones, el Comité y anteriormente su predecesor, el Grupo de Trabajo de Expertos Gubernamentales del período de sesiones, habían examinado 144 informes iniciales, 70 segundos informes periódicos y 20 informes iniciales y periódicos sobre los artículos combinados 1 a 15. Este examen ha permitido identificar muchos de los problemas que pueden

plantearse al aplicar el Pacto en un número considerable de Estados Partes que representan todas las regiones del mundo, con diferentes sistemas políticos, socioeconómicos y culturales. En los informes examinados hasta la fecha no se han recogido de forma sistemática informaciones sobre la situación de las personas mayores, en lo que al cumplimiento del Pacto se refiere, salvo la información, más o menos completa sobre el cumplimiento del artículo 9, relativa al derecho a la seguridad social.

15. En 1993, el Comité dedicó un día de debate general a este problema con el fin de orientar adecuadamente su actividad futura en la materia. Además, en recientes períodos de sesiones ha comenzado a dar mucha más importancia a la información sobre los derechos de las personas mayores y en algunos casos sus debates han permitido obtener una información muy valiosa. Sin embargo, el Comité observa que en la gran mayoría de los informes de los Estados Partes se sigue haciendo muy poca referencia a esta importante cuestión. Por consiguiente, desea indicar que, en el futuro, insistirá en que en los informes se trate de manera adecuada la situación de las personas mayores en relación con cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto. Esta Observación general determina las cuestiones específicas que son pertinentes a este respecto.

#### **4. Obligaciones generales de los Estados Partes**

16. El grupo de las personas de edad es tan heterogéneo y variado como el resto de la población y depende de la situación económica y social del país, de factores demográficos, medioambientales, culturales y laborales y, del nivel individual, de la situación familiar, del grado de estudios, del medio urbano o rural y de la profesión de los trabajadores y de los jubilados.

17. Junto a personas de edad que gozan de buena salud y de una aceptable situación económica, existen muchas que carecen de medios económicos suficientes para subsistir, incluso en países desarrollados, y que figuran entre los grupos más vulnerables, marginales y no protegidos. En períodos de recesión y de reestructuración de la economía, las personas de edad corren mayores riesgos. Como ha puesto ya de relieve el Comité (Observación general N° 3 (1990), párr. 12), los Estados Partes tienen el deber de proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad incluso en momentos de graves escaseces de recursos.

18. Los métodos que los Estados Partes utilizan para cumplir las obligaciones contraídas en virtud del Pacto respecto de las personas de edad serán fundamentalmente los mismos que los previstos para el cumplimiento de otras obligaciones (véase la Observación general N° 1 (1989)). Incluyen la necesidad de determinar, mediante una vigilancia regular, el carácter y el alcance de los problemas existentes dentro de un Estado, la necesidad de adoptar políticas y programas debidamente concebidos para atender las exigencias, la necesidad de legislar en caso necesario y de eliminar toda legislación discriminatoria, así como la necesidad de adoptar las disposiciones presupuestarias que correspondan o, según convenga, solicitar la cooperación internacional. Respecto de este último requisito, la cooperación internacional, de conformidad con los artículos 22 y 23 del Pacto, pueden resultar un elemento particularmente importante para que algunos países en desarrollo cumplan las obligaciones contraídas en virtud del Pacto.

19. A este respecto, cabe señalar a la atención el objetivo mundial N° 1, aprobado por la Asamblea General en 1992, en el que se propugnan el establecimiento de infraestructuras nacionales de apoyo para impulsar, en los planes y programas nacionales e internacionales, las políticas y programas relacionados con el envejecimiento. A este respecto, el Comité observa que uno de los Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad que los gobiernos debían incorporar a sus programas nacionales es que las personas de edad deben estar en situación de crear movimientos o asociaciones de personas de edad.



## 5. Disposiciones específicas del Pacto

### Artículo 3 - Igualdad de derechos entre el hombre y la mujer

20. A tenor de lo dispuesto en el artículo 3 del Pacto, en el que se destaca el compromiso de los Estados Partes en "asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales", el Comité considera que los Estados Partes deberían prestar atención a las mujeres de edad avanzada que, por haber dedicado toda, o parte de su vida, a cuidar de su familia, sin haber desarrollado una actividad productiva que les haga acreedoras a percibir una pensión de vejez, o que no tengan tampoco derecho a percibir pensiones de viudedad, se encuentren en situaciones críticas de desamparo.

21. Para hacer frente a tales situaciones y cumplir plenamente lo establecido en el artículo 9 del Pacto y en el párrafo 2 h) de la Proclamación sobre el Envejecimiento, los Estados Partes deberían establecer prestaciones de vejez no contributivas, u otras ayudas, para todas las personas, sin distinción de sexo, que al cumplir una edad prescrita, fijada en la legislación nacional, carezcan de recursos. Por la elevada esperanza de vida de las mujeres y por ser éstas las que, con mayor frecuencia, carecen de pensiones contributivas, serían ellas las principales beneficiarias.

### Artículos 6 a 8 - Derechos relacionados con el trabajo

22. El artículo 6 del Pacto insta a los Estados Partes a adoptar las medidas apropiadas para proteger el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado. Por ello, el Comité, teniendo en cuenta que los trabajadores mayores que no han alcanzado la edad de jubilación suelen tropezar con dificultades para encontrar y conservar sus puestos de trabajo, destaca la necesidad de adoptar medidas para evitar toda discriminación fundada en la edad, en materia de empleo y ocupación<sup>6</sup>.

23. El derecho al "goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias", proclamado en el artículo 7 del Pacto, reviste particular relevancia en el entorno laboral de los trabajadores mayores para permitirles poder trabajar sin riesgos hasta su jubilación. Es aconsejable, en particular, emplear a trabajadores mayores habida cuenta de la experiencia y los conocimientos que poseen<sup>7</sup>.

24. En los años anteriores a la jubilación, deberían ponerse en práctica programas de preparación para hacer frente a esta nueva situación, con la participación de las organizaciones representativas de empleadores y trabajadores y de otros organismos interesados. Tales programas deberían, en particular, proporcionar información sobre sus derechos y obligaciones como pensionistas, posibilidades y condiciones de continuación de una actividad profesional, o de emprender actividades con carácter voluntario, medios de combatir los efectos perjudiciales del envejecimiento, facilidades para participar en actividades educativas y culturales y sobre la utilización del tiempo libre<sup>8</sup>.

25. Los derechos protegidos en el artículo 8 del Pacto, es decir, los derechos sindicales, en particular después de la edad de jubilación, deben ser aplicados a los trabajadores mayores.

---

<sup>6</sup> Véase la recomendación N° 162 de la OIT sobre trabajadores de edad, párrs. 3 a 10.

<sup>7</sup> *Ibid.*, párrs. 11 a 19.

<sup>8</sup> *Ibid.*, párr. 30.

**Artículo 9 - Derecho a la seguridad social**

26. El artículo 9 del Pacto prevé de manera general que los Estados Partes "reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso el seguro social", sin precisar la índole ni el nivel de la protección que debe garantizarse. Sin embargo, en el término "seguro social" quedan incluidos de forma implícita todos los riesgos que ocasionen la pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias ajenas a la voluntad de las personas.

27. De conformidad con el artículo 9 del Pacto y con las disposiciones de aplicación de los Convenios de la OIT sobre seguridad social -Convenio N° 102, relativo a la norma mínima de la seguridad social (1952) y Convenio N° 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (1967)- los Estados Partes deben tomar las medidas adecuadas para establecer, con carácter general, sistemas de seguros de vejez obligatorios, a percibir a partir de una edad determinada, prescrita por las legislaciones nacionales.

28. Conforme a lo dispuesto en ambos Convenios mencionados de la OIT y en la citada Recomendación N° 162, el Comité invita a los Estados Partes a fijar la edad de jubilación de manera flexible, de acuerdo con las actividades desempeñadas y la capacidad de las personas de edad avanzada, teniendo también en cuenta factores demográficos, económicos y sociales.

29. Para completar el mandato contenido en el artículo 9 del Pacto, los Estados Partes deberán garantizar la concesión de prestaciones de sobrevivientes y de orfandad, a la muerte del sostén de familia afiliado a la seguridad social o pensionista.

30. Finalmente, para dar pleno cumplimiento al mandato del artículo 9 del Pacto, como ya se ha señalado en los párrafos 20 y 22, los Estados Partes deberán establecer, dentro de los recursos disponibles, prestaciones de vejez no contributivas u otras ayudas, para todas las personas mayores que, al cumplir la edad prescrita fijada en la legislación nacional, por no haber trabajado o no tener cubiertos los periodos mínimos de cotización exigidos, no tengan derecho a disfrutar de una pensión de vejez o de otra ayuda o prestación de la seguridad social y carezcan de cualquier otra fuente de ingresos.

**Artículo 10 - Protección a la familia**

31. De conformidad con el párrafo 1 del artículo 10 del Pacto y con las Recomendaciones Nos. 25 y 29 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, los Estados Partes deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyar, proteger y fortalecer a las familias y ayudarlas, de acuerdo con los valores culturales de cada sociedad, a atender a sus familiares mayores dependientes o a su cargo. La Recomendación N° 29 alienta a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales (ONG) a que establezcan servicios sociales de apoyo a las familias cuando existan personas mayores dependientes en el hogar y a que apliquen medidas especialmente destinadas a las familias con bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a familiares de edad con tales características. Estas ayudas deben también otorgarse a las personas que vivan solas y a las parejas de personas mayores que deseen permanecer en sus hogares.

**Artículo 11 - Derecho a un nivel de vida adecuado**

32. El principio 1, de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, que inicia el capítulo correspondiente al derecho a la independencia, establece que: "Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia". El

Comité estima de gran importancia este principio que reivindica para las personas mayores los derechos contenidos en el artículo 11 del Pacto.

33. En las Recomendaciones Nos. 19 a 24 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento se pone de relieve que la vivienda destinada a los ancianos es algo más que un mero albergue y que, además del significado material, tiene un significado psicológico y social que debe tomarse en consideración. Por ello, las políticas nacionales deben contribuir a que las personas de edad permanezcan en sus propios hogares, mientras sea posible, mediante la restauración, el desarrollo y la mejora de sus viviendas y su adaptación a las posibilidades de acceso y de utilización por parte de las personas de edad (Recomendación N° 19). La Recomendación N° 20 pone el acento en la necesidad de que en la legislación y en la planificación en materia de desarrollo y reconstrucción urbana se preste especial atención a los problemas de las personas de edad para contribuir a su integración social, y según la Recomendación N° 22, que se tenga en cuenta la capacidad funcional de los ancianos para facilitarles un entorno adecuado y la movilidad y la comunicación mediante el suministro de medios de transporte adecuados.

#### **Artículo 12 - Derecho a la salud física y mental**

34. Para hacer efectivo a las personas mayores el derecho al disfrute de un nivel satisfactorio de salud física y mental, acorde con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes deben tener en cuenta el contenido de las Recomendaciones Nos. 1 a 17 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento que se dedican íntegramente a proporcionar orientaciones sobre la política sanitaria dirigida a preservar la salud de estas personas y comprende una visión integradora, desde la prevención y la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales.

35. Es evidente que no puede abordarse la incidencia, cada vez mayor, de las enfermedades cronicodegenerativas y los elevados costos de hospitalización, solamente mediante la medicina curativa. A este respecto, los Estados Partes deberían tener presente que mantener la salud hasta la vejez exige inversiones durante todo el ciclo vital de los ciudadanos, básicamente a través de la promoción de estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, eliminación del tabaco y del alcohol, etc.). La prevención, mediante controles periódicos, adaptados a las necesidades de las mujeres y de los hombres de edad, cumple un papel decisivo; y también la rehabilitación, conservando la funcionalidad de las personas mayores, con la consiguiente disminución de costos en las inversiones dedicadas a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales.

#### **Artículos 13 a 15 - Derecho a la educación y a la cultura**

36. El párrafo 1 del artículo 13 del Pacto reconoce el derecho de toda persona a la educación. En el caso de las personas mayores este derecho debe contemplarse en dos direcciones distintas y complementarias:

- a) derecho de las personas de edad a beneficiarse de los programas educativos, y
- b) aprovechamiento de los conocimientos y de la experiencia de las personas mayores en favor de las generaciones más jóvenes.

37. Respecto a la primera, los Estados Partes deberían considerar:

- a) las Recomendaciones contenidas en el principio 16 de las Naciones Unidas sobre las personas de edad: "Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y

de formación adecuados" y, en consecuencia, facilitarles, de acuerdo con su preparación, aptitudes y motivaciones, el acceso a los distintos niveles del ciclo educativo, mediante la adopción de medidas adecuadas para facilitarles la alfabetización, educación permanente, acceso a la universidad, etc., y

b) la Recomendación N° 47 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento en la que, de acuerdo con el concepto de la UNESCO sobre educación permanente, promulgada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), se recomienda promover programas para personas mayores no estructurados, basados en la comunidad y orientados al esparcimiento, con el fin de desarrollar su sentido de autosuficiencia, así como la responsabilidad de la comunidad respecto de las personas de edad, programas que deben contar con el apoyo de los gobiernos nacionales y de las organizaciones internacionales.

38. En lo que se refiere al aprovechamiento de los conocimientos y de la experiencia de las personas mayores, a que se hace referencia en el capítulo referente a la educación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (párrs. 74 y 76), se destaca el importante papel que todavía en la actualidad desempeñan las personas mayores y los ancianos en la mayoría de las sociedades, ya que son los encargados de transmitir la información, los conocimientos, las tradiciones y los valores y que no debe perderse esta importante tradición. Por ello, el Comité valora especialmente el mensaje contenido en la Recomendación N° 44 de dicho Plan: "Deben establecerse programas de educación en los que las personas de edad sean los maestros y transmisores de conocimientos, cultura y valores espirituales".

39. En los apartados a) y b) del párrafo 1 del artículo 15 del Pacto se señala el compromiso de los Estados Partes de reconocer el derecho de toda persona a participar en la vida cultural y a gozar del progreso científico y de sus aplicaciones. A este respecto, el Comité encomienda a los Estados Partes que tomen en consideración las recomendaciones contempladas en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, en particular el principio 7: "Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes"; y el principio 16: "Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad".

40. En esta misma línea, la Recomendación N° 48 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento insta a los gobiernos y a las organizaciones internacionales a apoyar programas encaminados a lograr un mayor y más fácil acceso físico a instituciones culturales y recreativas (museos, teatros, salas de conciertos, cines, etc.).

41. La Recomendación N° 50 pone el acento en la necesidad de que los gobiernos, las ONG y los propios interesados (es decir, las personas mayores) desplieguen esfuerzos tendientes a superar imágenes estereotipadas negativas que presenten a las personas mayores como personas que padecen problemas físicos y psicológicos, que son incapaces de funcionar independientemente y que no desempeñan ningún papel ni tienen ningún valor para la sociedad. Estos esfuerzos en los que deben colaborar los medios de comunicación y las instituciones educacionales son necesarios e indispensables para lograr una sociedad que abogue por la efectiva integración de las personas mayores.

42. Finalmente, en lo que se refiere al derecho a gozar del progreso científico y de sus aplicaciones, los Estados Partes deberían tener en cuenta las Recomendaciones Nos. 60, 61 y 62

del Plan de Acción Internacional de Viena y hacer esfuerzos por promover la investigación en los aspectos biológico, mental y social y las formas de mantener la capacidad funcional y evitar y retrasar la aparición de las enfermedades crónicas y las incapacidades. A este respecto, se recomienda la creación, por los Estados, las organizaciones intergubernamentales y las ONG, de instituciones especializadas en la enseñanza de la gerontología, la geriatría y la psicología geriátrica en los países en que no existan dichas instituciones.

### Bibliografía general

- Albouy, François-Xavier y Kessler, Denis: *Un système de retraite européen: une utopie réalisable?* Revue Française des Affaires Sociales, N° hors-séries, noviembre de 1989.
- Aranguren, José Luis: *La vejez como autorrealización personal y social*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1992.
- Beauvoir, Simone de: *La vieillesse*. Gallimard 1970 (Edhasa, 1983).
- Cebrián Badia, Francisco Javier: *La jubilación forzosa del trabajador y su derecho al trabajo*. Actualidad Laboral N° 14, Madrid, 1991.
- Commission des Communautés Européennes: *L'Europe dans le mouvement démographique* (Mandat de 21 juin 1989), Bruselas, junio de 1990.
- Durán Heras, Almudena: *Anticipo de la jubilación en España*. Revista de Seguridad Social, N° 41, Madrid, 1989.
- Fuentes, C. Josefa: *Situación Social del Anciano*. Alcalá de Henares, 1975.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. *Informe Anual 1989*, Luxemburgo. Oficina de las publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas, 1990.
- Girard, Paulette: *Viellissement et emploi, vieillissement et travail*. Haut Conseil de la Population et de la Famille. Documentation Française, 1989.
- Guillemard, Anne Marie: *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1992.
- Guillemard, Anne Marie: *Emploi, protection sociale et cycle de vie: Résultat d'une comparaison internationale des dispositifs de sortie anticipée d'activité*. Sociologie du travail, N° 3, París, 1993.
- H. Draus, Renate: *Le troisième âge en la République fédérale allemande*. Observations et diagnostics économiques N° 22, enero de 1988.
- Hermanova, Hana: *Envejecer con salud en Europa en los años 90*. Jornadas Europeas sobre personas mayores. Alicante, 1993.
- INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales): *La Tercera Edad en Europa: Necesidades y Demandas*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1989.
- INSERSO. *La Tercera Edad en España: Necesidades y Demandas*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1990.
- INSERSO. *La Tercera Edad en España: Aspectos cuantitativos*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1989.
- ISE (Instituto Sindical Europeo): *Los jubilados en Europa occidental: desarrollo y posiciones sindicales*, Bruselas, 1988.

Lansley, John y Pearson, Maggie: *Preparación a la jubilación en los países de la Comunidad Europea*. Seminario celebrado en Francfort del Main, 10 a 12 de octubre de 1988. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1989.

Martínez-Fornes, Santiago: *Envejecer en el año 2000*. Editorial Popular, S.A. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1991.

Minois, George: *Historia de la vejez: de la Antigüedad al Renacimiento*. Editorial Nerea, Madrid, 1989.

Ministerio de Trabajo: Seminario sobre Trabajadores de Edad Madura. Ministerio de Trabajo, Madrid, 1968.

OCDE: *Flexibilité de l'âge de la retraite*. OCDE, París, 1970.

OCDE: *Indicadores Sociales*. Informes OCDE. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1985.

OCDE: *El futuro de la protección social y el envejecimiento de la población*. Informes OCDE. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.

OIT: *Trabajadores de Edad Madura: trabajo y jubilación*. 650ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, 1965.

OIT: *De la pirámide al pilar de población: los cambios en la población y la seguridad social*. Informes OIT. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.

OIT: *La OIT y las personas de edad avanzada*. Ginebra, 1992.

PNUD: *Desarrollo Humano*. Informe 1990. Tercer Mundo Editores, Bogotá, 1990.

Simposio de Gerontología de Castilla-León: *Hacia una vejez nueva*. I Simposio de Gerontología de Castilla-León, 5 a 8 de mayo de 1988. Fundación Friedrich Ebert, Salamanca, 1988.

Uceda Povedano, Josefina: *La jubilación: reflexiones en torno a la edad de jubilación en la CEE: especial referencia al caso español*. Escuela Social, Madrid, 1988.

Vellas, Pierre: *Législation sanitaire et les personnes âgées*. OMS, Publications régionales. Série européenne, N° 33.

Naciones Unidas

CEDAW/C/GC/27



## Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

Distr. general  
16 de diciembre de 2010  
Español  
Original: inglés

### Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

#### Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos

##### Introducción

1. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en lo sucesivo "el Comité"), preocupado por las múltiples formas de discriminación que sufren las mujeres de edad y por el hecho de que sus derechos no se abordan sistemáticamente en los informes de los Estados partes, en su 42° período de sesiones, celebrado del 20 de octubre al 7 de noviembre de 2008, decidió aprobar una recomendación general sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en lo sucesivo "la Convención").
2. En su decisión 26/III, de 5 de julio de 2002, el Comité reconoció que la Convención "es un instrumento importante para hacer frente a la cuestión de los derechos humanos de las mujeres de edad"<sup>1</sup>. La Recomendación general N° 25, relativa al artículo 4, párrafo 1, de la Convención (medidas especiales de carácter temporal), también reconoce que la edad es uno de los motivos por los que la mujer puede sufrir múltiples formas de discriminación. En particular, el Comité reconoció la necesidad de disponer de datos estadísticos, desglosados por edad y sexo, a fin de evaluar mejor la situación de las mujeres de edad.
3. El Comité afirma los compromisos previos respecto a los derechos de las mujeres de edad incorporados, entre otros instrumentos, en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento<sup>2</sup>, la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing<sup>3</sup>, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (resolución 46/91, anexo, de la Asamblea General), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo<sup>4</sup>, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el

<sup>1</sup> Véanse *Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo séptimo período de sesiones, Suplemento N° 38 (A/57/38, Primera parte, cap. I, decisión 26/III, y cap. VII, párrs. 430 a 436)*.

<sup>2</sup> *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.I.16), cap. VI, secc. A.

<sup>3</sup> *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexos I y II.

<sup>4</sup> *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.



Envejecimiento, 2002<sup>5</sup>, y las Observaciones generales N° 6, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (1995), y N° 19, sobre el derecho a la seguridad social (2008), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

### Información general

4. Según estimaciones de las Naciones Unidas, dentro de 36 años el número de personas mayores de 60 años de edad superará al de menores de 15 años en todo el mundo. Se calcula que en 2050 el número de personas de edad ascenderá a más de 2.000 millones, o sea el 22% de la población mundial, cifra sin precedentes que duplica el actual 11% de la población de más de 60 años.

5. La feminización del envejecimiento revela que la mujer tiende a ser más longeva que el hombre y que el número de mujeres de edad que viven solas supera al de hombres en la misma situación. Si bien hay 83 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años, entre los mayores de 80 años solo hay 59 hombres por cada 100 mujeres de más de 80 años. Además, las estadísticas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales indican que el 80% de los hombres de más de 60 años están casados, frente a solo el 48% de las mujeres de edad<sup>6</sup>.

6. Este inaudito envejecimiento demográfico, imputable a la mejora del nivel de vida y de los servicios básicos de atención de la salud, así como al descenso de la fecundidad y al aumento de la longevidad, se puede considerar un éxito de la labor de desarrollo y todo indica que continuará, lo que hará del siglo XXI el siglo del envejecimiento. Sin embargo, estos cambios demográficos tienen profundas repercusiones en los derechos humanos y confieren un mayor sentido de urgencia a la necesidad de abordar la discriminación de que son objeto las mujeres de edad de una forma más completa y sistemática a través de la Convención.

7. La cuestión del envejecimiento afecta por igual a países desarrollados y en desarrollo. Se prevé que la proporción de personas de edad en los países menos adelantados aumentará del 8% en 2010 al 20% en 2050<sup>7</sup>, mientras que la de niños disminuirá del 29% al 20%<sup>8</sup>. El número de mujeres de edad en las regiones menos adelantadas aumentará en 600 millones entre 2010 y 2050<sup>9</sup>. Este cambio demográfico plantea graves dificultades a los países en desarrollo. El envejecimiento de la sociedad es una tendencia bien establecida y una característica significativa de la mayoría de los países desarrollados.

8. Las mujeres de edad no constituyen un grupo homogéneo. Representan una gran diversidad de experiencias, conocimientos, habilidades y aptitudes, pero su situación económica y social depende de una serie de factores demográficos, políticos, ambientales, culturales, sociales, individuales y familiares. La contribución de las mujeres de edad a la vida pública y privada como dirigentes de sus comunidades, empresarias, cuidadoras, asesoras y mediadoras, entre otras funciones, no tiene precio.

<sup>5</sup> *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.02.IV.4), cap. I, resolución 1, anexo II.

<sup>6</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Population Ageing and Development 2009 Chart*, disponible en <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*, <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>.

<sup>9</sup> *Ibid.*

### Propósito y objetivo

9. En la presente recomendación general sobre las mujeres de edad y la promoción de sus derechos se estudia la relación entre los artículos de la Convención y el envejecimiento. Se señalan las múltiples formas de discriminación a que se enfrentan las mujeres a medida que van envejeciendo, se explica el contenido de las obligaciones que deben asumir los Estados partes con respecto al envejecimiento con dignidad y los derechos de las mujeres de edad, y se formulan recomendaciones de política para incorporar las respuestas a las preocupaciones de las mujeres de edad en estrategias nacionales, iniciativas de desarrollo y medidas positivas, de manera que estas mujeres puedan participar plenamente en la sociedad, sin discriminación y en pie de igualdad con los hombres.

10. En la recomendación general también se proporciona orientación a los Estados partes acerca de la inclusión de la situación de las mujeres de edad en sus informes sobre la aplicación de la Convención. La eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres de edad solo se podrá lograr respetando y protegiendo plenamente su dignidad y su derecho a la integridad y a la libre determinación.

### Motivos concretos de preocupación

11. Si bien tanto el hombre como la mujer son objeto de discriminación a medida que envejecen, las mujeres viven el envejecimiento de distinta forma. El efecto de las desigualdades de género a lo largo de la vida se agrava con la vejez y con frecuencia se basa en normas culturales y sociales hondamente arraigadas. La discriminación que sufren las mujeres de edad suele ser el resultado de una distribución injusta de recursos, malos tratos, abandono y restricción del acceso a servicios básicos.

12. Las formas concretas de discriminación contra las mujeres de edad pueden diferir mucho según las diversas circunstancias socioeconómicas y los diferentes entornos socioculturales, dependiendo del grado de igualdad de oportunidades y opciones con respecto a la educación, el empleo, la salud, la familia y la vida privada. En muchos países, la falta de aptitudes de telecomunicación, acceso a una vivienda adecuada, servicios sociales e Internet, así como la soledad y el aislamiento, plantean problemas a las mujeres de edad. Las que viven en zonas rurales o barrios urbanos marginados suelen carecer seriamente de recursos básicos para su subsistencia, seguridad de ingresos, acceso a servicios de salud e información sobre sus derechos o el disfrute de ellos.

13. La discriminación que sufren las mujeres de edad con frecuencia es de carácter multidimensional, al sumarse la discriminación por motivo de edad a la discriminación por razón de género, origen étnico, discapacidad, grado de pobreza, orientación sexual e identidad de género, condición de migrante, estado civil y familiar, alfabetismo y otras circunstancias. Las mujeres de edad que pertenecen a grupos minoritarios, étnicos o indígenas, o son desplazadas internas o apátridas, suelen ser víctimas de discriminación en un grado desproporcionado.

14. Muchas mujeres de edad reciben un trato desatento, porque se piensa que ya no son útiles ni desde el punto de vista económico ni reproductivo y se las considera una carga para la familia. Circunstancias tales como la viudez y el divorcio son motivos adicionales de discriminación, mientras que la falta de servicios de atención de la salud para enfermedades o afecciones como la diabetes, el cáncer, la hipertensión, las enfermedades coronarias, las cataratas, la osteoporosis y el Alzheimer, o el reducido acceso a estos servicios, impiden a las mujeres de edad disfrutar plenamente de sus derechos humanos.

15. El pleno desarrollo y adelanto de la mujer solo se puede lograr mediante un planteamiento basado en el ciclo vital que reconozca y tenga en cuenta las distintas etapas

de la vida de la mujer —niñez, adolescencia, edad adulta y vejez— y el efecto de cada etapa en el disfrute de los derechos humanos por las mujeres de edad. Los derechos consagrados en la Convención son aplicables a todas las etapas de la vida de una mujer. Sin embargo, en muchos países, la discriminación por motivo de edad se sigue tolerando y aceptando en los planos individual, institucional y normativo, y pocos países tienen leyes que prohíban la discriminación basada en la edad.

16. Los estereotipos basados en el género y las prácticas tradicionales y consuetudinarias pueden tener efectos nocivos para las mujeres de edad, particularmente las discapacitadas, en todos los aspectos de su vida, incluidas sus relaciones familiares, sus funciones en la comunidad, la manera en que se las representa en los medios de información, la actitud de los empleadores, los trabajadores del sector de salud y otros proveedores de servicios, y pueden resultar en violencia física y abusos psicológicos, verbales y financieros.

17. Las mujeres de edad suelen ser discriminadas por medio de restricciones que menoscaban su participación en los procesos políticos y de toma de decisiones. Por ejemplo, la falta de documentos de identidad o de medios de transporte puede impedirles ejercer su derecho al voto. En algunos países las mujeres de edad no tienen derecho a establecer ni participar en asociaciones u otras organizaciones no gubernamentales para promover sus derechos. Además, la edad de la jubilación obligatoria puede ser más temprana para la mujer, lo que puede dar lugar a discriminación contra las mujeres, incluso las que representan a sus gobiernos en el plano internacional.

18. Las mujeres de edad que tienen condición jurídica de refugiadas o que son apátridas o solicitantes de asilo, así como las trabajadoras migrantes o las desplazadas internas, suelen estar expuestas a discriminación, abusos y descuido. Las mujeres de edad desplazadas forzadas o apátridas pueden sufrir de síndrome de estrés postraumático, que puede no ser reconocido o tratado por los proveedores de servicios de atención de la salud. A las mujeres de edad refugiadas y desplazadas internas a veces se les niega el acceso a la atención de salud porque carecen de condición jurídica o de documentos legales y/o están reasentadas en lugares alejados de los centros de salud. También pueden enfrentarse a barreras culturales y lingüísticas en su intento de acceder a estos servicios.

19. Los empleadores suelen considerar que no es rentable invertir en la educación o formación profesional de las mujeres de edad. Estas mujeres tampoco tienen las mismas oportunidades de formación en el campo de las nuevas tecnologías de la información, ni disponen de los recursos necesarios para obtenerlas. A muchas mujeres de edad pobres, en particular las discapacitadas y las que viven en zonas rurales, se les niega el derecho a la educación, y la que, si acaso, reciben es escasa, tanto formal como informal. El analfabetismo y la ignorancia de aritmética elemental pueden restringir gravemente la plena participación de la mujer de edad en la vida pública y política, la economía y el acceso a una serie de servicios, derechos y actividades recreativas.

20. Las mujeres son menos numerosas en el sector estructurado del empleo. También suelen recibir un salario inferior al de los hombres por el mismo trabajo o un trabajo de igual valor. Por otra parte, la discriminación de género en el empleo que sufren durante toda su vida tiene un impacto acumulativo en la vejez, que las obliga a vivir con ingresos y pensiones desproporcionadamente bajos, o incluso inexistentes, en comparación con los hombres. En su Observación general N° 19, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que en casi todos los Estados habrá necesidad de planes de pensiones no contributivos, ya que es poco probable que pueda proporcionarse la protección necesaria a todas las personas mediante los planes contributivos (párr. 4 b)), al tiempo que el artículo 28, párrafo 2 b), de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad prevé la protección social de las mujeres de edad, especialmente las discapacitadas. Puesto que el monto de la pensión por vejez está estrechamente vinculado al salario percibido

durante la vida activa, con frecuencia las mujeres de edad perciben una pensión más reducida que la de los hombres. Además, estas mujeres se ven particularmente afectadas por la discriminación por motivos de edad y sexo, que resulta en una edad de jubilación obligatoria distinta de la de los hombres. Las mujeres deberían poder elegir su edad de jubilación a fin de proteger el derecho de las mujeres de edad a trabajar si lo desean y a cotizar para su pensión, según proceda, en pie de igualdad con los hombres. Es sabido que muchas mujeres de edad se ocupan, y en ocasiones son las cuidadoras exclusivas, de niños pequeños, esposos o compañeros, o padres o parientes muy ancianos a su cargo. El costo financiero y emocional de esta atención no remunerada rara vez se reconoce.

21. El derecho a la libre determinación y consentimiento con respecto a la atención de la salud de las mujeres de edad no siempre se respeta. Los servicios sociales prestados a las mujeres de edad, incluidos los cuidados a largo plazo, pueden reducirse de manera desproporcionada cuando se recorta el gasto público. Las afecciones y enfermedades físicas y mentales posmenopáusicas, posreproductivas y de otro tipo, relacionadas con la edad y específicas de la mujer, tienden a pasarse por alto en la investigación, los estudios académicos, la normativa pública y la prestación de servicios. La información sobre salud sexual y el VIH/SIDA rara vez se facilita en una forma aceptable, accesible y apropiada para las mujeres de edad. Muchas de ellas carecen de seguros de enfermedad privados o están excluidas de los planes estatales por no haber contribuido a ellos durante su vida laboral en el sector no estructurado o cuidando a otros sin remuneración.

22. Las mujeres de edad pueden no tener derecho a prestaciones familiares si no son la madre o la tutora legal de los niños que cuidan.

23. Los planes de microcrédito y finanzas suelen incorporar restricciones de edad u otros criterios que impiden a las mujeres de edad beneficiarse de ellos. Muchas mujeres de edad, en particular las confinadas al hogar, no pueden participar en actividades culturales, recreativas o comunitarias, lo que las deja aisladas y repercute de manera negativa en su bienestar. Con frecuencia, no se presta suficiente atención a los requisitos necesarios para llevar una vida autónoma, como la asistencia personal, una vivienda adecuada, incluido el fácil acceso a ella, y ayudas a la movilidad.

24. En muchos países, la mayoría de las mujeres de edad viven en zonas rurales donde les resulta aún más difícil acceder a los servicios, a causa de su edad y su grado de pobreza. Muchas de ellas reciben, si acaso, remesas insuficientes y con irregularidad, de sus hijos trabajadores migrantes. Ver denegados sus derechos a agua, alimentos y vivienda es parte de la vida diaria de muchas mujeres de edad pobres de las zonas rurales. Las mujeres de edad no siempre pueden permitirse una alimentación adecuada debido a una combinación de factores, como el elevado precio de los alimentos y la precariedad de sus ingresos —a causa de la discriminación en el empleo—, su seguridad social y su acceso a los recursos. La falta de transporte puede impedir a las mujeres de edad acceder a servicios sociales o participar en actividades comunitarias y culturales. Esta falta de acceso puede deberse a los bajos ingresos que perciben estas mujeres y a la ausencia de políticas públicas adecuadas para proporcionarles transportes públicos asequibles y accesibles que atiendan sus necesidades.

25. El cambio climático afecta de manera diferente a las mujeres, especialmente a las mujeres de edad que, debido a sus diferencias fisiológicas, su capacidad física y su edad y género, así como a las normas y roles sociales y a una desigual distribución de la ayuda y los recursos a causa de las jerarquías sociales, resultan especialmente desfavorecidas cuando se producen desastres naturales. Su acceso limitado a los recursos y a los procesos de adopción de decisiones aumenta su vulnerabilidad frente al cambio climático.

26. Con arreglo a algunas leyes legisladas y consuetudinarias, la mujer no tiene derecho a heredar ni a administrar los bienes conyugales al morir su esposo. Algunos sistemas

jurídicos justifican esta práctica proporcionando a las viudas otros medios para lograr la seguridad económica, como el pago de una pensión de manutención con cargo al patrimonio del difunto. Sin embargo, en la realidad esas disposiciones apenas se aplican, y con frecuencia las viudas se quedan en la miseria. Algunas leyes son especialmente discriminatorias contra las viudas de edad, y algunas viudas son víctimas del despojo de bienes.

27. Las mujeres de edad son especialmente vulnerables a la explotación y los abusos, en particular de orden económico, cuando su capacidad jurídica se supedita a la actuación de abogados o miembros de la familia sin su consentimiento.

28. La Recomendación general N° 21 (1994) del Comité establece que "[l]a poligamia infringe el derecho de la mujer a la igualdad con el hombre y puede tener consecuencias emocionales y económicas, tan graves para ella, al igual que para sus familiares a cargo, que debe desalentarse y prohibirse" (párr. 14). Sin embargo, la poligamia se sigue practicando en muchos Estados partes, y muchas mujeres forman parte de uniones poligámicas. Las esposas de edad suelen quedar desatendidas en los matrimonios poligámicos, una vez que se las considera inactivas desde el punto de vista económico o reproductivo.

## **Recomendaciones**

### **Cuestiones generales**

29. Los Estados partes deben reconocer que las mujeres de edad son un recurso importante para la sociedad y tienen la obligación de adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para eliminar la discriminación contra las mujeres de edad. Los Estados partes deberían adoptar políticas y medidas, incluidas medidas especiales de carácter temporal, que tomen en consideración el género y la edad, de conformidad con el artículo 4, párrafo 1, de la Convención y con las Recomendaciones generales N° 23 (1997) y N° 25 (2004) del Comité, para velar por que las mujeres de edad puedan participar plena y efectivamente en la vida política, social, económica, cultural y civil, así como en cualquier otro ámbito de la sociedad.

30. Los Estados partes tienen la obligación de garantizar el pleno desarrollo y adelanto de las mujeres a lo largo de su vida tanto en tiempo de paz como de conflicto, así como en caso de desastres naturales y/o provocados por el hombre. Por lo tanto, los Estados partes deben velar por que todas las normas jurídicas, políticas e intervenciones destinadas al pleno desarrollo y adelanto de la mujer no discriminen a las mujeres de edad.

31. Las obligaciones de los Estados partes deben tomar en consideración el carácter multidimensional de la discriminación contra la mujer y velar por que el principio de igualdad entre los géneros se aplique a lo largo del ciclo vital de la mujer en la ley y en la práctica. A este respecto, se insta a los Estados partes a que deroguen o enmienden las leyes, reglamentos y costumbres vigentes que discriminan a las mujeres de edad y velen por que la legislación prohíba la discriminación por motivo de edad y sexo.

32. Para apoyar la reforma jurídica y la formulación de políticas, se insta a los Estados partes a que recopilen, analicen y difundan datos desglosados por edad y sexo, a fin de disponer de información sobre la situación de las mujeres de edad, particularmente las del medio rural, las que viven en zonas de conflicto, las que pertenecen a grupos minoritarios y las afectadas por discapacidad. Dichos datos deberían referirse especialmente a la pobreza, el analfabetismo, la violencia, el trabajo no remunerado, incluida la atención prestada a las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por él, la migración, el acceso a la

atención de la salud, la vivienda, las prestaciones sociales y económicas y el empleo, entre otras cuestiones.

33. Los Estados partes deben mantener informadas a las mujeres de edad acerca de sus derechos y de cómo pueden acceder a servicios jurídicos. Deben capacitar a la policía y al poder judicial, así como a los servicios de asistencia letrada y los servicios jurídicos auxiliares, sobre los derechos de las mujeres de edad y sensibilizar y educar a las autoridades e instituciones públicas en las cuestiones relativas a la edad y el género que afectan a las mujeres de edad. La información, los servicios jurídicos, los recursos efectivos y las medidas de reparación también deben estar disponibles y ser accesibles para las mujeres de edad con discapacidad.

34. Los Estados partes deben permitir a las mujeres de edad exigir reparación y justicia en caso de que se violen sus derechos, incluido el derecho a la administración de bienes, y velar por que no se vean privadas de su capacidad jurídica por motivos arbitrarios o discriminatorios.

35. Los Estados partes deben velar por que las medidas para hacer frente al cambio climático y reducir el riesgo de desastres incluyan una perspectiva de género y tengan en cuenta las necesidades y vulnerabilidades de las mujeres de edad. También deben facilitar la participación de estas mujeres en la toma de decisiones relativas a la mitigación del cambio climático y la adaptación a éste.

#### **Estereotipos**

36. Los Estados partes tienen la obligación de eliminar los estereotipos negativos y modificar los patrones de conducta sociales y culturales que son perjudiciales y dañinos para las mujeres de edad, a fin de reducir los abusos físicos, sexuales, psicológicos, verbales y económicos que experimentan dichas mujeres, especialmente las afectadas por discapacidad, a causa de estereotipos y prácticas culturales negativos.

#### **Violencia**

37. Los Estados partes tienen la obligación de redactar leyes que reconozcan y prohíban la violencia, incluidas la violencia doméstica, sexual e institucional, contra las mujeres de edad, particularmente las afectadas por discapacidad. Los Estados partes tienen la obligación de investigar, enjuiciar y castigar todos los actos de violencia contra las mujeres de edad, incluidos los que resulten de prácticas y creencias tradicionales.

38. Los Estados partes deben prestar especial atención a la violencia que padecen las mujeres de edad durante los conflictos armados, las repercusiones que éstos tienen en sus vidas, y la contribución que pueden aportar estas mujeres a la solución pacífica de los conflictos y a los procesos de reconstrucción. Los Estados partes deben prestar la debida consideración a la situación de las mujeres de edad al abordar la violencia sexual, los desplazamientos forzados y las condiciones de los refugiados durante los conflictos armados. Al abordar estas cuestiones, deben tomar en consideración las resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas relativas a las mujeres y la paz y la seguridad, en particular las resoluciones 1325 (2000), 1820 (2008) y 1889 (2009) del Consejo de Seguridad.

#### **Participación en la vida pública**

39. Los Estados partes tienen la obligación de velar por que las mujeres de edad tengan la oportunidad de participar en la vida pública y política y ocupar cargos públicos a todos los niveles, y por que dispongan de la documentación necesaria para inscribirse para votar y presentarse como candidatas a las elecciones.

**Educación**

40. Los Estados partes tienen la obligación de garantizar la igualdad de oportunidades en la esfera de la educación para las mujeres de todas las edades, y velar por que las mujeres de edad tengan acceso a la educación de adultos y a oportunidades de aprendizaje a lo largo de su vida, así como al material informativo que necesitan para su bienestar y el de sus familias.

**Trabajo y prestaciones en materia de pensiones**

41. Los Estados partes tienen la obligación de facilitar la participación de las mujeres de edad en el trabajo remunerado sin que sean discriminadas por motivos de su edad o sexo. Deben velar por que se preste especial atención a atender los problemas que puedan afectar a las mujeres de edad en su vida laboral y por que no se las obligue a jubilarse anticipadamente o a aceptar soluciones similares. Los Estados partes también deben vigilar las repercusiones que tienen para las mujeres de edad las diferencias de salario por motivos de género.

42. Los Estados partes tienen la obligación de asegurar que la edad de jubilación en los sectores público y privado no discrimine a las mujeres. Por consiguiente, tienen la obligación de velar por que las políticas en materia de pensiones no sean de ningún modo discriminatorias, incluso contra las mujeres que deciden jubilarse a una edad temprana, y por que todas las mujeres de edad que han participado en la vida activa tengan acceso a una pensión adecuada. Los Estados partes deben adoptar todas las medidas necesarias, incluidas, de ser necesario, medidas especiales de carácter temporal, para garantizar dichas pensiones.

43. Los Estados partes deben velar por que las mujeres de edad, incluidas las que se ocupan del cuidado de niños, tengan acceso a prestaciones sociales y económicas adecuadas, como por ejemplo prestaciones por cuidado de hijos, y reciban toda la ayuda necesaria cuando se ocupan de padres o parientes ancianos.

44. Los Estados partes deben ofrecer pensiones no contributivas adecuadas, en pie de igualdad con el hombre, a todas las mujeres que carecen de otra pensión o no tienen una seguridad de ingresos suficiente, y las mujeres de edad, especialmente las que viven en zonas remotas o rurales, deben tener acceso a prestaciones sociales del Estado.

**Salud**

45. Los Estados partes deben adoptar una política integral de atención de la salud orientada a proteger las necesidades de salud de las mujeres de edad, de conformidad con la Recomendación general N° 24 (1999) del Comité, relativa a la mujer y la salud. Esta política debe asegurar una atención de la salud asequible y accesible a todas las mujeres de edad mediante, cuando proceda, la eliminación de las cuotas de usuario, la capacitación de trabajadores del sector de la salud en enfermedades geriátricas, el suministro de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles relacionadas con el envejecimiento, la atención médica y social a largo plazo, incluida la atención que permite llevar una vida independiente, y cuidados paliativos. Las medidas de atención a largo plazo deben incluir intervenciones que promuevan cambios de comportamiento y de estilos de vida, con miras a posponer la aparición de problemas de salud, como prácticas nutricionales saludables y una vida activa, así como el acceso a un costo asequible a servicios de atención de la salud, incluidos programas de detección precoz y tratamiento de enfermedades, especialmente las de más prevalencia entre las mujeres de edad. Las políticas de salud también deben garantizar que la atención médica prestada a las mujeres de edad, incluidas las afectadas por discapacidad, se base en el consentimiento libre e informado de la persona interesada.

46. Los Estados partes deben adoptar programas especiales adaptados a las necesidades físicas, mentales, emocionales y de salud de las mujeres de edad, que se centren en particular en las mujeres pertenecientes a minorías y las mujeres afectadas por discapacidad, así como en las mujeres encargadas del cuidado de sus nietos o de otros niños a su cargo debido a la migración de los padres, y las que se ocupan del cuidado de parientes que viven con el VIH/SIDA o se ven afectados por él.

#### **Empoderamiento económico**

47. Los Estados partes tienen la obligación de eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres de edad en la vida económica y social. Se deben eliminar todas las barreras basadas en la edad y el sexo que obstaculizan el acceso a los créditos y préstamos agrícolas, y se debe asegurar que las mujeres de edad agricultoras y pequeñas propietarias de tierras tengan acceso a la tecnología adecuada. Los Estados partes deben ofrecer servicios especiales de apoyo y microcréditos sin garantía y alentar la participación de las mujeres de edad en la microempresa. Se deben crear instalaciones recreativas para las mujeres de edad y prestar servicios de extensión a las que están confinadas a su hogar. Los Estados partes deben facilitar transporte asequible y apropiado para permitir a las mujeres de edad, particularmente las que viven en zonas rurales, participar en la vida económica y social, especialmente en actividades de la comunidad.

#### **Prestaciones sociales**

48. Los Estados partes deben adoptar las medidas necesarias para que las mujeres de edad tengan acceso a una vivienda adecuada que se ajuste a sus necesidades específicas, y para que se eliminen todos los obstáculos, arquitectónicos o de otro tipo, que merman su movilidad y las conducen al confinamiento forzoso. Los Estados partes deben prestar a las mujeres de edad servicios sociales que les permitan permanecer en su hogar y vivir independientemente mientras sea posible. Se deben abolir las leyes y prácticas que afectan negativamente al derecho de las mujeres de edad a la vivienda, la tierra y la propiedad. Los Estados partes también deben proteger a las mujeres de edad contra los desalojos forzosos y la falta de hogar.

#### **Las mujeres de edad del medio rural y otras mujeres de edad vulnerables**

49. Los Estados partes deben velar por que las mujeres de edad estén incluidas y representadas en la planificación del desarrollo rural y urbano. Los Estados partes deben asegurar a las mujeres de edad servicios de abastecimiento de agua, electricidad y otros servicios públicos a un costo asequible. Las políticas destinadas a aumentar el acceso a servicios adecuados de agua potable y saneamiento deben contemplar el uso de tecnologías que sean accesibles y no requieran un esfuerzo físico indebido.

50. Los Estados partes deben aprobar leyes y políticas apropiadas que tomen en consideración el género y la edad para asegurar la protección de las mujeres de edad refugiadas, apátridas, desplazadas internas o trabajadoras migrantes.

#### **Matrimonio y vida familiar**

51. Los Estados partes tienen la obligación de derogar todas las leyes que discriminan a las mujeres de edad en el matrimonio y en caso de disolución de éste, en particular en lo que respecta a los bienes y la herencia.

52. Los Estados partes deben derogar todas las leyes que discriminan a las mujeres de edad viudas con respecto a los bienes y la herencia, y protegerlas contra el despojo de sus tierras. Deben aprobar leyes de sucesión intestada que respeten las obligaciones que les incumben en virtud de la Convención. Además, deben adoptar medidas para poner fin a las



CEDAW/C/GC/27

---

prácticas que obligan a las mujeres de edad a casarse contra su voluntad, y velar por que no se les exija contraer matrimonio con un hermano del marido fallecido o con cualquier otra persona para acceder a la sucesión.

53. Los Estados partes deben desalentar y prohibir las uniones poligámicas, de conformidad con la Recomendación general N° 21, y garantizar que, en caso de fallecimiento de un esposo polígamo, su patrimonio se distribuya en partes iguales entre sus esposas y sus respectivos hijos.

---



Sexagésimo quinto período de sesiones  
Tema 27 c) del programa

## Resolución aprobada por la Asamblea General el 21 de diciembre de 2010

[sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/65/448)]

### 65/182. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento

*La Asamblea General,*

*Recordando* su resolución 57/167, de 18 de diciembre de 2002, en la que hizo suyos la Declaración Política<sup>1</sup> y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, de 2002<sup>2</sup>, su resolución 58/134, de 22 de diciembre de 2003, en la que tomó nota, entre otras cosas, de la guía general para la aplicación del Plan de Acción de Madrid, y sus resoluciones 60/135, de 16 de diciembre de 2005, 61/142, de 19 de diciembre de 2006, 62/130, de 18 de diciembre de 2007, 63/151, de 18 de diciembre de 2008, y 64/132, de 18 de diciembre de 2009,

*Reconociendo* que en muchas partes del mundo el conocimiento que se tiene del Plan de Acción de Madrid sigue siendo reducido o nulo, lo que limita el alcance de las medidas de aplicación,

*Tomando nota* de los informes del Secretario General sobre el seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, así como del estado actual de la situación social, el bienestar, la participación en el desarrollo y los derechos de las personas de edad<sup>3</sup>,

1. *Reafirma* la Declaración Política<sup>1</sup> y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, de 2002<sup>2</sup>;

2. *Alienta* a los gobiernos a que presten mayor atención al fomento de la capacidad para erradicar la pobreza entre las personas de edad, en particular las mujeres, incorporando las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en las estrategias de erradicación de la pobreza y los planes nacionales de desarrollo, y a que incluyan políticas específicas en materia de envejecimiento e iniciativas de integración de la cuestión del envejecimiento en sus estrategias nacionales;

<sup>1</sup> Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.02.IV.4), cap. I, resolución 1, anexo I.

<sup>2</sup> *Ibid.*, anexo II.

<sup>3</sup> A/65/157 y A/65/158.



3. *Alienta* a los Estados Miembros a que refuercen sus actividades de fomento de la capacidad nacional para ocuparse de las prioridades nacionales en materia de aplicación del Plan de Acción de Madrid definidas durante su examen y evaluación, e invita a los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho a que consideren la posibilidad de adoptar un enfoque gradual para desarrollar su capacidad que comprenda el establecimiento de prioridades nacionales, el fortalecimiento de los mecanismos institucionales, la investigación, la reunión y el análisis de datos y la formación del personal necesario en la esfera del envejecimiento;

4. *Alienta también* a los Estados Miembros a que superen los obstáculos a la aplicación del Plan de Acción de Madrid formulando estrategias que tengan en cuenta la totalidad de la trayectoria vital y fomenten la solidaridad intergeneracional con objeto de incrementar la probabilidad de obtener mejores resultados en los años venideros;

5. *Alienta además* a los Estados Miembros a que hagan especial hincapié en fijar prioridades nacionales realistas, sostenibles, viables y con la máxima probabilidad de alcanzarse en los años venideros y elaboren objetivos e indicadores para medir los progresos en el proceso de aplicación;

6. *Alienta* a todos los Estados Miembros a que sigan aplicando el Plan de Acción de Madrid como parte integral de sus planes nacionales de desarrollo y sus estrategias de erradicación de la pobreza;

7. *Invita* a los Estados Miembros a que determinen sus principales esferas prioritarias para los años restantes del primer decenio de aplicación del Plan de Acción de Madrid, entre ellas el empoderamiento de las personas de edad y la promoción de sus derechos, la sensibilización sobre el envejecimiento y la creación de capacidad nacional al respecto;

8. *Recomienda* que los Estados Miembros den a conocer mejor el Plan de Acción de Madrid, incluso reforzando las redes de coordinadores nacionales en materia de envejecimiento, colaborando con las comisiones regionales y recabando la ayuda del Departamento de Información Pública de la Secretaría para que se preste más atención a las cuestiones relacionadas con el envejecimiento;

9. *Alienta* a los gobiernos que aún no lo hayan hecho a que designen coordinadores encargados del seguimiento de los planes nacionales de acción sobre el envejecimiento;

10. *Invita* a los gobiernos a elaborar y aplicar las políticas relativas al envejecimiento mediante consultas amplias y participativas con las instancias pertinentes y los asociados para el desarrollo social, a fin de elaborar políticas nacionales efectivas que sean responsabilidad de todos y se apoyen en el consenso;

11. *Exhorta* a los gobiernos a asegurar, según corresponda, condiciones que permitan a las familias y comunidades proporcionar cuidados y protección a las personas a medida que envejecen, a evaluar la mejora del estado de salud de las personas de edad, inclusive en función del género, y a reducir la discapacidad y la mortalidad;

12. *Alienta* a los gobiernos a que prosigan sus esfuerzos para aplicar el Plan de Acción de Madrid e incorporar las preocupaciones de las personas de edad en sus programas de políticas, teniendo en cuenta la importancia decisiva de la interdependencia entre generaciones en el seno de la familia, la solidaridad y la reciprocidad para el desarrollo social y la realización de todos los derechos humanos

de las personas de edad, y para prevenir la discriminación por motivos de edad y lograr la integración social;

13. *Reconoce* la importancia de reforzar las alianzas intergeneracionales y la solidaridad entre las generaciones, y a ese respecto exhorta a los Estados Miembros a que promuevan oportunidades para la interacción voluntaria, constructiva y regular entre los jóvenes y las generaciones mayores en la familia, el lugar de trabajo y la sociedad en general;

14. *Invita* a los Estados Miembros a garantizar que las personas de edad tengan acceso a información sobre sus derechos de modo que puedan participar de manera plena y justa en la sociedad y disfrutar plenamente de todos los derechos humanos;

15. *Exhorta* a los Estados Miembros a que desarrollen su capacidad nacional de supervisar y garantizar el ejercicio de los derechos de las personas de edad, en consulta con todos los sectores de la sociedad, incluidas las organizaciones de personas de edad, por ejemplo, mediante instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos, según corresponda;

16. *Exhorta también* a los Estados Miembros a que refuercen e incorporen la perspectiva de género en todas las políticas en materia de envejecimiento y a que encaren y erradiquen la discriminación por razón de edad y género, y recomienda que los Estados Miembros colaboren con todos los sectores de la sociedad, incluidos los grupos de mujeres y las organizaciones de personas de edad, para modificar los estereotipos negativos sobre esas personas, en particular sobre las mujeres de edad, y fomenten una visión positiva de las personas de edad;

17. *Exhorta además* a los Estados Miembros a que se ocupen del bienestar y la atención sanitaria adecuada de las personas de edad, así como de todos los casos de abandono, maltrato y violencia que sufren esas personas, mediante la formulación de estrategias preventivas más eficaces y leyes y políticas más firmes para afrontar esos problemas y sus causas subyacentes;

18. *Exhorta* a los Estados Miembros a que adopten medidas concretas para aumentar la protección y la asistencia a las personas de edad en situaciones de emergencia, de conformidad con el Plan de Acción de Madrid;

19. *Destaca* que, con el fin de complementar los esfuerzos nacionales de desarrollo, es indispensable una mayor cooperación internacional para ayudar a los países en desarrollo a aplicar el Plan de Acción de Madrid, reconociendo a la vez la importancia de la asistencia y la prestación de ayuda financiera;

20. *Alienta* a la comunidad internacional a que intensifique su cooperación en apoyo a las iniciativas nacionales encaminadas a erradicar la pobreza en consonancia con los objetivos convenidos internacionalmente, a fin de lograr un apoyo social y económico sostenible para las personas de edad;

21. *Alienta también* a la comunidad internacional a que apoye los esfuerzos de los países para forjar alianzas más firmes con la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas de edad, las instituciones universitarias, las fundaciones de investigación, las organizaciones de base comunitaria, inclusive las personas que cuidan a otras, y el sector privado, a fin de ayudar a crear más capacidad en cuestiones relativas al envejecimiento;

22. *Alienta* a la comunidad internacional y a los organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas a que, en el marco de sus mandatos respectivos, apoyen los esfuerzos nacionales para financiar iniciativas de investigación y reunión

de datos sobre el envejecimiento a fin de comprender mejor los desafíos y las oportunidades que entraña el envejecimiento de la población y proporcionar a los responsables de políticas información más precisa y específica en materia de género y envejecimiento;

23. *Reconoce* la importante función que ejercen diversas organizaciones internacionales y regionales dedicadas a la capacitación, el fomento de capacidad, la elaboración de políticas y la supervisión en los planos nacional y regional para promover y facilitar la aplicación del Plan de Acción de Madrid, y reconoce la labor que se está llevando a cabo en distintas partes del mundo, así como las iniciativas regionales y las emprendidas por entidades como el Instituto Internacional sobre el Envejecimiento de Malta y el Centro Europeo de Políticas de Bienestar Social e Investigación de Viena;

24. *Recomienda* que los Estados Miembros reafirmen la función de los coordinadores de las Naciones Unidas en materia de envejecimiento, fomenten las iniciativas de cooperación técnica, amplíen el papel de las comisiones regionales en cuestiones de envejecimiento y aporten recursos adicionales a esas actividades, faciliten la coordinación de las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales sobre envejecimiento y refuercen la cooperación con el mundo académico en torno a un programa de investigación sobre el envejecimiento;

25. *Reitera* la necesidad de aumentar la capacidad a nivel nacional para promover y facilitar la aplicación del Plan de Acción de Madrid y los resultados de su primer ciclo de examen y evaluación y, a ese respecto, alienta a los gobiernos a que presten apoyo al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento a fin de que el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría pueda prestar más asistencia a los países que la soliciten;

26. *Solicita* al sistema de las Naciones Unidas que refuerce su capacidad para apoyar, de una manera eficaz y coordinada, la aplicación nacional del Plan de Acción de Madrid cuando corresponda;

27. *Recomienda* que en las iniciativas emprendidas para lograr los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los enumerados en la Declaración del Milenio<sup>4</sup>, se tenga en cuenta la situación de las personas de edad;

28. *Decide* establecer un grupo de trabajo de composición abierta, en el que puedan participar todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad examinando el marco internacional vigente en materia de derechos humanos de las personas de edad y determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso mediante el estudio, cuando corresponda, de la viabilidad de nuevos instrumentos y medidas, y solicita al Secretario General que preste a ese grupo de trabajo todo el apoyo necesario, dentro de los límites de los recursos existentes, mientras dure su mandato;

29. *Decide también* que el grupo de trabajo de composición abierta:

a) Se reunirá en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York;

b) Decidirá por consenso su calendario y su programa de trabajo en una sesión de organización a principios de 2011;

---

<sup>4</sup> Véase la resolución 55/2.

30. *Invita* a los Estados y a los órganos y las organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas, incluidos los titulares de mandatos de derechos humanos, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos y las comisiones regionales, así como a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes interesadas en la materia, a que contribuyan a la labor encomendada al grupo de trabajo de composición abierta, según corresponda;

31. *Solicita* al Secretario General que en su sexagésimo sexto período de sesiones le presente un informe sobre la aplicación de la presente resolución, que incluya la situación relativa a los derechos de las personas de edad en todas las regiones del mundo.

*71ª sesión plenaria  
21 de diciembre de 2010*




---

**Consejo de Derechos Humanos**

24º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo**

### **Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos\***

#### **24/20. Los derechos humanos de las personas de edad**

*El Consejo de Derechos Humanos,*

*Guiándose* por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas,

*Guiándose también* por la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros instrumentos pertinentes de derechos humanos,

*Reafirmando* la Declaración y Programa de Acción de Viena,

*Recordando* la resolución 65/182 de la Asamblea General, de 21 de diciembre de 2010, sobre el seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en que la Asamblea estableció un grupo de trabajo de composición abierta con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad examinando el marco internacional vigente en materia de derechos humanos de las personas de edad y determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, entre otras cosas mediante el estudio, en su caso, de la viabilidad de nuevos instrumentos y medidas,

*Recordando también* la resolución 21/23 del Consejo de Derechos Humanos, de 28 de septiembre de 2012, sobre los derechos humanos de las personas de edad,

*Reconociendo* la labor del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento con miras a aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad,

*Teniendo presentes* la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, de 2002, y todas las demás resoluciones pertinentes de la Asamblea General,

---

\* Las resoluciones y decisiones aprobadas por el Consejo de Derechos Humanos se publicarán en el informe del Consejo sobre su 24º período de sesiones (A/HRC/24/2), primera parte.

A/HRC/RES/24/20

*Tomando nota con reconocimiento* del informe del Secretario General sobre el seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento<sup>1</sup>, y del informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los derechos humanos de las personas de edad<sup>2</sup>,

*Recordando* la Observación general N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, y otros documentos pertinentes de los órganos de tratados,

*Consciente* de que las personas de edad representan un sector numeroso y creciente de la población y de que es preciso prestar más atención a los problemas de derechos humanos que las afectan específicamente,

*Preocupado* por las múltiples formas de discriminación que pueden afectar a las personas de edad y por la gran incidencia de la pobreza en este grupo particularmente vulnerable, especialmente cuando se trata de mujeres, personas con discapacidad, afrodescendientes, personas pertenecientes a pueblos indígenas, personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, personas del medio rural, personas que viven en la calle y refugiados, entre otros grupos,

*Recordando* las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 5/1, sobre la construcción institucional del Consejo, y 5/2, sobre el código de conducta para los titulares de mandatos de los procedimientos especiales del Consejo, de 18 de junio de 2007, y destacando que los titulares de mandatos deberán cumplir sus funciones de conformidad con esas resoluciones y sus anexos,

1. *Reconoce* los problemas relacionados con el disfrute de todos los derechos humanos a que hacen frente las personas de edad en ámbitos 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 los cuidados asistenciales a largo plazo y paliativos, y que esos problemas exigen un análisis a fondo y medidas para subsanar las deficiencias del régimen de protección;

2. *Toma nota* del informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos relativo a la consulta sobre la promoción y protección de los derechos humanos de las personas de edad<sup>3</sup>, que resume los temas tratados en la consulta, entre ellos la discriminación por motivos de edad, el acceso de las personas de edad al trabajo, a servicios de salud adecuados y a protección social, la protección contra el maltrato, la violencia y el abandono, los cuidados asistenciales a largo plazo y la situación de los reclusos de edad;

3. *Exhorta* a todos los Estados a promover y garantizar el ejercicio pleno de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas de edad, en particular tomando medidas para combatir la discriminación por motivos de edad, el abandono, el maltrato y la violencia, y a ocuparse de las cuestiones de la integración social y la debida atención sanitaria, teniendo en cuenta la importancia decisiva de la solidaridad, la reciprocidad y la interdependencia generacional en el seno de la familia para el desarrollo social;

4. *Alienta* a todos los Estados a aplicar sus políticas relativas al envejecimiento mediante consultas incluyentes y participativas con los interesados y los asociados para el desarrollo social pertinentes a fin de elaborar políticas eficaces que conciten un sentimiento de identificación nacional y el consenso;

<sup>1</sup> A/67/188.

<sup>2</sup> E/2012/51.

<sup>3</sup> A/HRC/24/25.



5. *Decide* nombrar, por un período de tres años, un experto independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, y encomendarle el siguiente mandato:

a) Evaluar la aplicación de los instrumentos internacionales vigentes por lo que se refiere a las personas de edad, determinando al mismo tiempo las mejores prácticas en la aplicación de la legislación vigente relativa a la promoción y protección de los derechos de las personas de edad y las deficiencias en la aplicación de esa legislación;

b) Tener en cuenta las opiniones de las partes interesadas, como los Estados, los mecanismos regionales de derechos humanos pertinentes, las instituciones nacionales de derechos humanos, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones académicas;

c) Crear conciencia sobre los problemas que enfrentan las personas de edad para el ejercicio de todos los derechos humanos y velar por que las personas de edad reciban información sobre esos derechos;

d) Trabajar, en cooperación con los Estados, para fomentar la aplicación de medidas que contribuyan a la promoción y protección de los derechos de las personas de edad;

e) Integrar en su labor la perspectiva de género y de la discapacidad y prestar especial atención a las personas de edad entre las mujeres, las personas con discapacidad, los afrodescendientes, las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, las personas del medio rural, las personas que viven en la calle y los refugiados, entre otros grupos;

f) Evaluar las consecuencias en materia de derechos humanos de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento;

g) Trabajar en estrecha coordinación, evitando al mismo tiempo las duplicaciones innecesarias, con el Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, con otros procedimientos especiales y órganos subsidiarios del Consejo de Derechos Humanos, con los órganos pertinentes de las Naciones Unidas y con los órganos de tratados;

6. *Pide* al Experto independiente que informe anualmente al Consejo de Derechos Humanos y que le presente su primer informe en su 27º período de sesiones, con miras a la presentación de un informe detallado en su 33º período de sesiones;

7. *Pide* al Secretario General que se asegure de que el mencionado informe detallado del Experto independiente se señale a la atención del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, de conformidad con los párrafos 1 y 3 de la resolución 67/139 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 2012;

8. *Exhorta* a todos los gobiernos a cooperar con el Experto independiente, y los invita a proporcionarle toda la información necesaria relacionada con el mandato;

9. *Decide* seguir examinando la cuestión de los derechos humanos de las personas de edad en su 27º período de sesiones.

35ª sesión  
27 de septiembre de 2013

[Aprobada sin votación.]



Edición y diseño a cargo de la Dirección de Prensa

**Dirección de Prensa**

Lic. Leandro Balasini

**Edición**

Lic. Sofía De Giovanni

Lic. Florencia Di Santo

Catalina Lanús

Lic. Ana Mangialavori

Lic. Diana Nikutowski

Dr. Gabriel Sena

**Correctora**

Patricia Andrea Porchia

**Diseño**

Diseñador Gráfico Marcelo Miraglia

Diseñadora Gráfica Ana Laura Pasquadibisceglie

Diseñadora en Comunicación Visual Ana Inés Penas

Diseñadora en Comunicación Visual Florencia Sisti

**Fotografía y Contenidos Digitales**

Ángel Aberbach

Realizadora María Amanda Celi

Lic. Juan Duacastella

Guillermo Fernández

Mariano Fernández

Lic. Marianela Nappi

Yanina Palmeyro

Raquel Pannunzio

Lic. Florencia Paltrinieri

Aixa Rizzo

Lic. Claudia Román

Diseñadora Audiovisual Glenda Ross

Lic. Martina Tarelli

**Equipo de Prensa**

Mariana Cáceres

Pablo Chernomoretz

Lic. Mariana Domínguez

Jimena Fernández Rearte

**Colaboraron**

La coordinadora de la revista agradece la colaboración del equipo de la Secretaría Letrada de Derecho

Internacional de los Derechos Humanos:

Verónica Carmona Barrenechea

Alejandra Centanaro

Natalia Martínez

Daniela Parra Fuentes

Publicación del **Ministerio Público de la Defensa** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Defensoría General. Edificio Dr. Arturo Enrique Sampay, México 890 (CABA).

Comentarios, sugerencias y colaboraciones:

**[prensa.defensoria@jusbaire.gob.ar](mailto:prensa.defensoria@jusbaire.gob.ar)**

# NÚMEROS ANTERIORES



Año 1 - NÚMERO 1 - MARZO DE 2011 - Buenos Aires - Argentina



Año 1 - NÚMERO 2 - DICIEMBRE DE 2011 - Buenos Aires - Argentina



Año 2 - NÚMERO 3 - AGOSTO DE 2012 - Buenos Aires - Argentina



Año 3 - NÚMERO 4 - MAYO DE 2013 - Buenos Aires - Argentina



Año 3 - NÚMERO 5 - DICIEMBRE DE 2013 - Buenos Aires - Argentina



Año 4 - NÚMERO 6 - DICIEMBRE DE 2014 - Buenos Aires - Argentina



Año 5 - NÚMERO 7 - JULIO DE 2015 - Buenos Aires - Argentina



Año 6 - NÚMERO 8 - FEBRERO DE 2016 - Buenos Aires - Argentina



Año 6 - NÚMERO 9 - JULIO DE 2016 - Buenos Aires - Argentina



Año 6 - NÚMERO 10 - SEPTIEMBRE DE 2016 - Buenos Aires - Argentina



Año 7 - NÚMERO 11 - JUNIO DE 2017 - Buenos Aires - Argentina



Año 7 - NÚMERO 12 - SEPTIEMBRE DE 2017 - Buenos Aires - Argentina



Año 7 - NÚMERO 13 - NOVIEMBRE DE 2017 - Buenos Aires - Argentina



AÑO 8 - NÚMERO 14 - ABRIL DE 2018 - Buenos Aires - Argentina



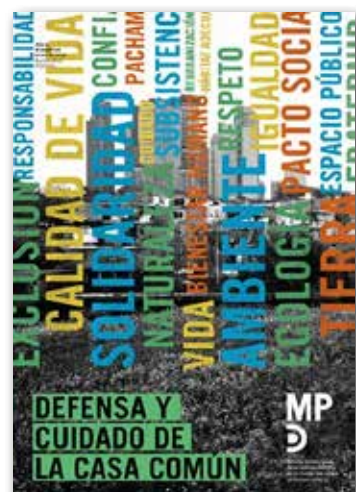
AÑO 8 - NÚMERO 15 - JULIO DE 2018 - Buenos Aires - Argentina



Año 8 - NÚMERO 16 - OCTUBRE DE 2018 - Buenos Aires - Argentina



Año 9 - NÚMERO 17 - FEBRERO DE 2019 - Buenos Aires - Argentina



Año 9 - NÚMERO 18 - MAYO DE 2019 - Buenos Aires - Argentina