

CAPÍTULO 5.

Derechos humanos

de las personas

mayores

I. Antecedentes / II. Estándares internacionales / III. Discriminación y violencia hacia las personas mayores / IV. La institucionalidad en relación a las personas mayores / V. Derechos económicos, sociales y culturales de personas mayores en Chile / VI. Autonomía e independencia de las personas mayores / VII. Consideraciones finales / VIII. Recomendaciones / Bibliografía

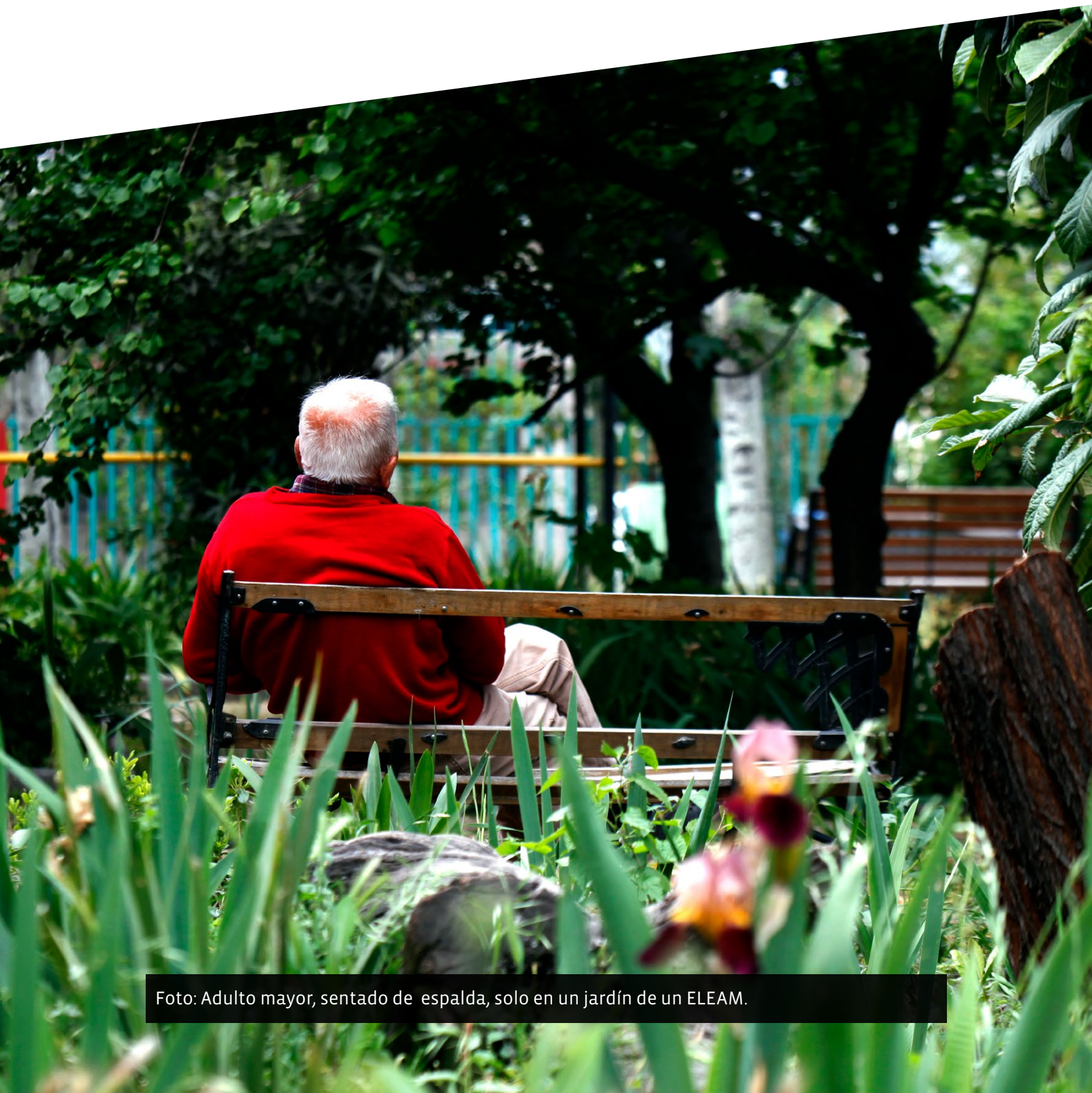


Foto: Adulto mayor, sentado de espalda, solo en un jardín de un ELEAM.

I. Antecedentes

Naciones Unidas ha señalado que la población mundial está envejeciendo y precisa que la mayoría de los países del mundo está experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores, (nota 1) esto es, personas de 65 o más años. Según datos del informe *Perspectivas de la población mundial 2019* de la Organización de Naciones Unidas (ONU), (nota 2) a nivel global, la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de segmentos poblacionales. Así, en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), superior a la proporción de una de cada 11 en 2019 (9%).

Así también, en 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños y niñas menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (ONU, s/f). En este contexto, CEPAL (2012) ha señalado que la humanidad está avanzando a paso firme hacia un hecho inédito: la existencia de más personas mayores que niños, niñas y adolescentes, situación que se prevé que ocurra alrededor de 2040 en América Latina y el Caribe.

Además, el envejecimiento de la población ha de implicar una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y el sistema de cuidados (ONU, s/f).

En el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) sobre el Proyecto de Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las

(nota 1) ONU (s.f.) Desafíos globales: Envejecimiento. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>. Consultada en octubre de 2022.

(nota 2) ONU (17 de junio de 2019). Comunicado de Prensa. Disponible en: https://population.un.org/wpp/publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf.

Personas Mayores (2011), se realizó un diagnóstico de la situación de la población adulta mayor que pone en evidencia que estas personas están expuestas a diversas situaciones de desigualdad y discriminación, y que este escenario se agravará si no se toman medidas, considerando el cambio demográfico, ya mencionado, que está en curso. El informe constata que las personas mayores dependen de los sistemas de pensiones y de salud, los que muchas veces pueden ser deficientes, y también de sus propias familias. Además, se indica que suelen ser vistas como beneficiarias de programas estatales y beneficencia social y no siempre como verdaderos sujetos de derecho y protagonistas del desarrollo.

Latinoamérica y Chile no están ajenos a este fenómeno. En la región el proceso ha adquirido mayor velocidad que la que tuvo en países desarrollados, cuyo envejecimiento ocurrió más lentamente y en un contexto de desarrollo socioeconómico superior. Se estima que en 2050 el 79% de las personas mayores de 60 años vivirá en países en desarrollo y que ellas constituirán el 25% de la población de América Latina y el Caribe (Albala, 2020).

Chile es el país de la región que ha aumentado más rápidamente la expectativa de vida al nacer, constituyéndose en la nación con la mayor esperanza de vida de Sudamérica, con 79,5 años. Entre 1990 y 2015 el país vivió un proceso de envejecimiento acelerado, observándose un incremento de 8 puntos porcentuales en la proporción de personas mayores con respecto al total de la población. Así también, al igual que en todo el mundo, se observa un proceso de feminización de la vejez, con un número mayor de mujeres que de hombres, situación que se agudiza entre las personas mayores de 75 años (Padilla & Apablaza, 2018).

Adicionalmente, cabe destacar que el proceso de envejecimiento en nuestro país presenta dos características particulares que son necesarias para entender los desafíos que representa la transición demográfica en curso. En primer lugar, el proceso de envejecimiento que ocurrirá en Chile será mucho más acelerado que el vivido por países que iniciaron esta etapa con anterioridad. (nota 3) Por ejemplo, mientras el porcentaje de personas mayores se duplicará en el país en los próximos 25 años, la misma evolución demoró entre 70 y 100 años en los países desarrollados (de Europa, fundamentalmente). En segundo lugar, el grupo de personas que aumentará proporcionalmente más en estos años será el de los “mayores entre los mayores”, esto es, personas de 80 años y más (Villalobos & Guzmán, 2021).

Considerando la seguridad social a que tienen derecho, si se analizan las pensiones recibidas a diciembre de 2020, el 50 % de los 982 mil jubilados y jubiladas con una pensión de vejez obtuvieron menos de \$215 mil (\$154 mil, si no se incluyera el Aporte Previsional Solidario del

(nota 3) El acelerado envejecimiento se relaciona con una fuerte y constante disminución de la natalidad, a lo que se suma la mayor expectativa de vida, como ya se indicó. Estos dos factores permiten comprender el rápido proceso de envejecimiento que vive Chile.

Estado). Incluso, en el tramo de aquellas personas que cotizaron entre 30 y 35 años, el 50 % recibió una pensión autofinanciada menor a \$300 mil, valor inferior en \$26.500 (veinte seis mil y quinientos pesos) al salario mínimo vigente al 31 de diciembre de 2020 (Kremerman & Gálvez, 2021). Además, a febrero de 2022 había 1.586.534 adultos mayores que recibían una Pensión Básica Solidaria que en 2021 era de \$176.096 (ciento setenta y seis mil y noventa y seis pesos).

En el ámbito laboral, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el trimestre octubre-diciembre de 2019, se registró un total de 9.087.132 personas ocupadas, de las cuales 570.305 eran personas mayores (6,28% del total de ocupados). De ese total, 249.290 tienen 70 años y más (Godoy, 2020). Al respecto, en la Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2013) se indicaba que el 64,5% de las personas mayores que continuaban trabajando lo hace por necesidades económicas.

En cuanto a la situación habitacional, el 31,1% de personas mayores se encuentran en situación de allegamiento interno y el 2,4% se encuentra en situación de allegamiento externo (Casen, 2020). (nota 4) Respecto de aquellos que son propietarios de sus viviendas, la CEPAL ha planteado

En el sector habitacional las estadísticas muestran que las personas mayores son propietarias, pero en general residen en viviendas antiguas que requieren reparación de sus paredes, pisos o techos. En consecuencia, persiste un déficit cualitativo, y ello afecta más a la población adulta mayor rural que a la urbana. De igual manera, las viviendas no están adaptadas a las necesidades de la población de edad avanzada. Hay riesgos de caídas por el tipo de piso, por las escaleras, o bien porque la estructura y el equipamiento del baño no son los más funcionales. La vivienda, entonces, es un lugar de alojamiento, pero por sus características no llega a satisfacer plenamente el derecho a la vivienda en la vejez (CEPAL, 2007, p. 96).

Por otra parte, la salud es una necesidad prioritaria en la población de adultos mayores. En Chile, 84,9% de la población adulta mayor se atiende en el sistema de salud público (FONASA). (nota 5) Esta situación impone importantes desafíos dado el aumento de la longevidad, con limitaciones funcionales, enfermedades crónicas no transmisibles y mayor riesgo de fragilidad en la salud durante la vejez.

Además, el 27,9% de las personas de 60 y más años presenta condiciones permanentes de larga duración, como la discapacidad o la pérdida de funcionalidad, según la última Encuesta CASEN

(nota 4) El allegamiento se manifiesta en la convivencia de dos o más hogares en una misma vivienda o dentro de un mismo sitio, fenómeno conocido como allegamiento externo, o bien en la convivencia de dos o más núcleos dentro de un mismo hogar (allegamiento interno).

(nota 5) Información proporcionada por SENAMA, vía oficio N°420, del 8 de julio de 2022.

(2017). Al respecto, se observa que el 3,6% de las personas de 60 años y más con dependencia funcional no cuenta con asistencia personal, el 46,4% señala que otro integrante del hogar le presta ayuda para la realización de actividades básicas o instrumentales, el 14,5% manifiesta tener un asistente externo al hogar y el 23,6% señala contar con ambos tipos de asistencia (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020). Durante la pandemia por COVID-19, quedó en evidencia que la situación de cuidados es una carga que asumen fundamentalmente las mujeres al interior de las familias. La Encuesta Social COVID-19, (nota 6) correspondiente al cuarto trimestre de 2021, arrojó que el 44,4% de las mujeres mayores de 18 años tiene a cargo el cuidado y los trabajos domésticos no remunerados. Así también, un 68,4% de la población que cumple las funciones de cuidado y también desarrolla un trabajo remunerado son mujeres.

Estos datos evidencian la necesidad de implementar un sistema de cuidados a largo plazo, para evitar que sean las familias, y principalmente las mujeres, las que deban asumir el cuidado y la asistencia de los adultos mayores en situación de dependencia.

Finalmente, en la Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2020 del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), (nota 7) respecto de cuán garantizados están algunos derechos sociales, la población de adultos mayores consultada señaló

- Derecho al acceso a la salud: un 42,9% nada, un 46% algo y un 11,1% totalmente;
- Derecho a la seguridad social (jubilación y pensiones digna): 69,7% nada, un 24,4% algo y un 5,9% totalmente;
- Derecho a la alimentación: 33,2% nada, 48% algo y 18,8% totalmente;
- Derecho a la vivienda: 44,6% nada, 45,1% algo y 10,3% totalmente.

De esta manera, en síntesis, nuestro país enfrenta un rápido envejecimiento poblacional en un contexto de desigualdades socioeconómicas, de género y urbano-rural entre las personas mayores. Esto implica que no es lo mismo ser una persona mayor que habita en una zona urbana que aquella que lo hace en una zona rural, alejada de un conjunto de servicios importantes en esta etapa de la vida; además, el envejecimiento de hombres y mujeres es desigual, pues las mujeres a lo largo de la vida han enfrentado un conjunto de desigualdades que repercuten en esta etapa, particularmente en lo relativo a pensiones. Todo lo anterior plantea a la sociedad múltiples desafíos que deben ser enfrentados a la brevedad (Albala, 2020). Por una parte, resulta fundamental que las personas mayores experimenten un nivel adecuado de calidad de vida, donde se les brinden oportunidades, se fomente una integración real a la sociedad y se les ofrezca una provisión de bienes y servicios, en especial en los ámbitos de la salud, cuidados y entornos favorables.

(nota 6) Encuesta llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en el último trimestre de 2021.

(nota 7) Encuesta aplicada a un total de 7.149 personas de 14 o más años, en todo el país. La recolección de la información (aplicación del cuestionario) se efectuó entre noviembre de 2020 y la primera semana de enero de 2021.

Por otra parte, los adultos mayores deben ser tratados como sujetos de derecho y no como simples beneficiarios de políticas públicas o sujetos de asistencia. En ese sentido, el Estado debe garantizar el cumplimiento de sus obligaciones respecto de los derechos humanos consagrados en los tratados relacionados a los derechos sociales de las personas mayores.

Bajo este marco, el objetivo del presente capítulo es analizar el cumplimiento de las obligaciones estatales relacionadas a los derechos sociales de las personas mayores. Para el cumplimiento de este objetivo se analizarán los estándares internacionales en materia de personas mayores y derechos sociales y su grado de cumplimiento por el Estado de Chile y se revisará la institucionalidad, servicios y prestaciones destinados a las y los adultos mayores, a partir de revisión bibliográfica, documental, entrevistas y datos cuantitativos.

II. Estándares internacionales

Desde la década de los ochenta del siglo XX se observa un cambio de paradigma en el análisis del envejecimiento y la situación de las personas de mayor edad, abordándose ambos temas desde la perspectiva de los derechos humanos. Este enfoque plantea que se debe considerar a las personas mayores no solo como un grupo vulnerable que es objeto de protección, sino como titulares de derechos (CEPAL, 2009).

A partir de este nuevo criterio y en el actual contexto de cambio demográfico, cuya principal tendencia es el marcado envejecimiento de la población, la atención se ha dirigido a garantizar la integridad y la dignidad de las personas mayores, la ampliación de la protección efectiva de sus derechos humanos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna, así como el fortalecimiento de su autonomía (CEPAL, 2009).

Bajo este marco, en el año 1982, se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en Viena, y su propósito fue iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas mayores, y oportunidades para que ellas puedan contribuir al desarrollo de sus países (SENAMA, 2022).

En 1988, la Organización de Estados Americanos aprobó el “Protocolo de San Salvador”. (nota 8) Este instrumento fue el primero en plantear derechos y libertades específicas para las personas mayores, asumiendo que son sujetos de derechos. En 1991, Naciones Unidas aprobó los Principios en favor de las personas de edad; en el año 2002, se realizó la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en Madrid, instancia que profundizó lo planteado por las Naciones Unidas, estableciendo la necesidad de experimentar un envejecimiento activo;

(nota 8) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

fomentar la calidad de vida, autoestima y dignidad de las personas mayores, con base en el pleno ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales; impulsar su integración al mundo laboral y educación continua; reconocimiento de su heterogeneidad; y aplicación del enfoque de curso de vida para comprender el envejecimiento como un proceso vital. En 2007, se redactó la Declaración de Brasilia, que definió cuatro áreas con sus respectivas metas y objetivos: personas de edad y desarrollo; protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, participación social y educación para la satisfacción de sus necesidades básicas y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.

En 2012, se redactó la Carta de San José, como resultado de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, organizada por la CEPAL y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Esta carta expresa el consenso regional para abordar, desde una perspectiva de derechos humanos, los asuntos de las personas mayores, planteando diversas materias relativas al trato, protección, servicios y espacios desarrollados con miras al bienestar de dichas personas.

De manera complementaria, la Observación N° 27 del Comité CEDAW (2010) –sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos– plantea que los 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. También se señalan las múltiples formas de discriminación a que se enfrentan las mujeres a medida que van envejeciendo, se propone 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 dichas mujeres en estrategias nacionales, iniciativas de desarrollo y medidas positivas, de manera que puedan participar plenamente en la sociedad, sin discriminación y en pie de igualdad con los hombres.

En la misma línea de la Observación antes citada, la experta independiente de Naciones Unidas sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, (nota 9) analiza los efectos del envejecimiento en materia de género, en particular respecto de los desafíos y cuestiones claves en el ámbito de los derechos humanos de las mujeres de edad. La experta señala que se ha prestado menos atención a la intersección entre envejecimiento y género, a pesar de que las mujeres componen la mayoría de las personas de edad del mundo, especialmente en las categorías de edad más avanzada. Agrega que las mujeres no experimentan el envejecimiento de la misma manera que los hombres y su situación también está considerablemente influenciada por otros factores interseccionales. Así sus posibilidades para aprovechar al máximo la creciente longevidad son limitadas debido a las desventajas por

(nota 9) ONU. (17 de julio de 2021). Informe de la experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. A/76/157. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a76157-human-rights-older-women-intersection-between-ageing-and-gender>.

razones de género que se fueron acumulando durante el transcurso de sus vidas, situación agravada por los estereotipos y el edadismo –discriminación basada en la edad de las personas–.

En este conjunto de informes e instrumentos elaborados por los organismos internacionales, se coincide en señalar que existen lagunas de protección respecto de las personas de mayor edad, por lo que es necesario dotar de coherencia y precisión a los contenidos de los derechos que les conciernen. Asimismo, en estas instancias fue posible constatar la dispersión e insuficiencia normativa respecto a este grupo. En razón de lo anterior, se impone el desafío de establecer mecanismos eficaces y específicos que garanticen la calidad de vida, el bienestar, la salud, seguridad social, así como todos los demás derechos civiles y políticos y económicos, sociales y culturales de las personas mayores, pero que además sean de carácter vinculante entre los Estados.

En este sentido, el 15 de junio de 2015, la Organización de los Estados Americanos aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM), convirtiéndose en el primer organismo intergubernamental que se hace cargo de un instrumento jurídicamente vinculante en esta materia (Universidad Católica de Valparaíso, 2017).

Así, esta Convención se erige como un instrumento que viene a sumarse al sistema internacional de protección de los DDHH y rectifica una omisión del derecho internacional de derechos humanos con relación a este grupo social, estableciendo garantías muy relevantes que ningún otro instrumento internacional vinculante había considerado, de manera explícita, en el caso de las personas mayores.

Además, se considera que la CIDHPM marca un cambio definitivo de paradigma en relación con la mirada que los gobiernos y sociedades tienen respecto de las personas mayores. En este sentido, se esperaría que la Convención permita superar la visión arcaica que trata a estos individuos como sujetos de protección, avanzando en el camino de un reconocimiento efectivo de su calidad de sujetos de derecho plenos (Sánchez Piazza, 2018). En concreto, 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” (art. 1).

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se enuncian, como principios generales, la dignidad, la independencia, el protagonismo, la autonomía, la autorrealización y la seguridad física, económica y social de esas personas (art. 3). Así también, por primera vez, la independencia y la autonomía se mencionan expresamente como derechos en sí mismos:

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 (art. 7).

Por otra parte, la CIDHPM define algunos conceptos centrales en relación al proceso de envejecimiento y a las personas mayores (art. 2). En primer lugar, se entiende por envejecimiento 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. Además, define:

- Vejez: como construcción social de la última etapa del curso de vida.
- 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.
- 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.
- 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 (art. 9).

En sincronía con lo que plantean sus articulados y definiciones, la CIDHPM constituye la confirmación de que se está frente a un cambio de época, en el cual los derechos de las personas mayores no pueden estar ausentes. De este modo, es un instrumento jurídicamente vinculante que busca garantizar derechos a un grupo específico de la población, que suele estar expuesto con mayor frecuencia al riesgo de invisibilidad, discriminación o conculcación de sus derechos.

En el tema de la igualdad con respecto al resto de la sociedad, las personas mayores han seguido una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados, como las mujeres o las personas con discapacidad. Esta coincidencia tiene su base en la falta de capacidad de las sociedades para incluir, en condiciones dignas e iguales, a aquellos que son diferentes o no están económicamente activos. El reconocimiento de quienes forman parte de estos grupos discriminados, como sujetos plenos, es parte de una lucha más amplia por avanzar hacia sociedades incluyentes y democráticas, que hagan de la diferencia parte de la riqueza humana y no un motivo de segregación (CEPAL, 2018).

La CIDHPM ha constituido un gran hito para América Latina y para el mundo, pues consagra de manera explícita y específica la condición de sujetos de derecho de los adultos mayores. Así también, impone grandes desafíos para los Estados y sus políticas públicas y para la sociedad en general, de establecer condiciones de vida digna para las personas mayores, pero, sobre todo, considerarles parte del desarrollo y el bienestar de toda sociedad.

En ese sentido, cabe destacar algunas de las sentencias dictadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos que establecen vulneraciones de los Estados con relación a los derechos de las personas mayores.

Decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos relacionadas a personas mayores

Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile

El 8 de marzo de 2018, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó sentencia en la que declaró –por unanimidad– la responsabilidad internacional del Estado chileno por no garantizar al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación –mediante la prestación de servicios necesarios básicos y urgentes en atención a su situación especial de vulnerabilidad como persona adulta mayor–, lo cual derivó en su muerte.

Caso profesores de Chañaral y otras municipalidades vs. Chile

El 10 de noviembre de 2021, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó sentencia mediante la cual declaró la responsabilidad internacional del Estado de Chile por las violaciones a diversos derechos en perjuicio de 846 profesores y profesoras de las municipalidades de Chañaral, Chanco, Pelluhue, Parral, Vallenar y Cauquenes. En particular, la Corte consideró que los procesos de ejecución de las sentencias en firme en favor de los 846 profesores y profesoras que condenaban a las municipalidades al pago de una asignación especial, resultaron irregulares e ineficaces, implicando una violación por parte del Estado a las garantías judiciales, a la protección judicial y al derecho a la propiedad de las personas docentes. Asimismo, tomando en cuenta que las víctimas son todas personas mayores de 60 años y que un quinto de entre ellas falleció esperando por más de 25 años la ejecución de estos fallos, la Corte IDH consideró que el Estado desconoció su deber reforzado de garantizar la debida diligencia en el acceso a la justicia de las personas mayores y la celeridad en los procesos en los que participa esta población en situación de vulnerabilidad.

Caso Muelle Flores vs. Perú

El 6 de marzo de 2019, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó sentencia mediante la cual declaró la responsabilidad internacional del Estado de Perú por la violación a diversos derechos cometida en perjuicio del señor Oscar Muelle Flores. En particular, encontró que distintas omisiones del Estado constituyeron un incumplimiento del deber de garantizar el derecho a la tutela judicial efectiva y protección judicial, y también determinó que las autoridades judiciales no actuaron con el deber de celeridad que exigía la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba la víctima. Esto último como consecuencia del incumplimiento, durante 24 años, de una sentencia judicial a favor del señor Muelle Flores en el marco de un recurso de amparo en el que se ordenó su reincorporación al régimen pensionario del que había sido privado.

Caso ANCEJUB-SUNAT vs. Perú

El 21 de noviembre de 2019, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó sentencia en el caso Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (ANCEJUB-SUNAT) contra la República del Perú. El caso se relaciona con la vulneración del derecho a la protección judicial por la falta de cumplimiento de una sentencia de la Corte Suprema de Justicia del Perú, del 25 de octubre de 1993, que reconocía derechos pensionarios a la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria. La Corte consideró que el Poder Judicial peruano no ha aplicado las medidas necesarias para la implementación de un fallo judicial favorable a un grupo de pensionistas.



Foto: Manos entrelazadas de una persona mayor, descansando sobre el regazo.

III. Discriminación y violencia hacia las personas mayores

La preocupación por la discriminación y sus consecuencias ha estado presente, desde los inicios, en el trabajo de distintos organismos de derechos humanos. Esta especial consideración se ha plasmado, de diversas formas, en la mayoría de las declaraciones, tratados y convenciones de derechos humanos. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos refiere, en su Preámbulo, que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos.

La Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia (2013) definió, en su artículo 1, la discriminación como: “cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, en cualquier ámbito público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales [...]”. En específico, la CIDHPM, como ya fue señalado en la primera parte de este capítulo, ha definido la discriminación por edad en la vejez como “Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada”. Así también, el artículo 5 de esta Convención reconoce el derecho que tienen las personas mayores a un trato igualitario.

En este sentido, en la CIDHPM se incorporan dos elementos que refuerzan la protección de este derecho: 1) se incluye la prohibición de utilizar la edad como un criterio para establecer diferencias; y 2) se establece el deber del Estado de realizar acciones afirmativas sobre envejecimiento y vejez, tanto a nivel de políticas públicas como en el plano normativo, especialmente respecto de aquellas personas mayores que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y de aquellas que se encuentran en circunstancias en que se produce discriminación múltiple, como es el caso de las mujeres, personas con diversas orientaciones sexuales e identidad de género, personas con discapacidad, entre otras (Universidad Católica de Valparaíso, 2017).

Estas definiciones y normativas de los diversos órganos internacionales de derechos humanos apuntan a destacar que los actos, las prácticas y las conductas discriminatorias vulneran derechos elementales de las personas y frustran las posibilidades de acceder, en condiciones de igualdad, a los beneficios sociales, culturales, educativos, laborales, recreativos o de salud que han sido instituidos para el conjunto de las y los habitantes de las diversas sociedades (INADI, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, S/F).

En el caso de las personas mayores, las formas que adopta la discriminación son múltiples: prejuicios, estereotipos y mitos respecto del envejecimiento y la vejez. La imagen negativa

de esta etapa de la vida se asocia al menoscabo de las capacidades de las personas mayores y conlleva a que sean consideradas enfermas, carentes de autonomía, asexuadas, con dificultades para aprender e improductivas (INADI, S/F). Estos prejuicios, estereotipos y mitos respecto de la vejez son producto de una construcción social que establece una mirada negativa y homogénea en relación al envejecimiento y las personas mayores, condicionando la forma de percibir la vejez, situación que también permea a las propias personas mayores.

De acuerdo a Villarroel (2017) se pueden distinguir tres aspectos interrelacionados en la discriminación por edad: 1) las actitudes perjudiciales hacia las personas de edad, hacia la vejez, y hacia el proceso de envejecimiento, incluyendo las actitudes mantenidas por las propias personas mayores; 2) las prácticas discriminatorias contra las personas mayores, sobre todo en el empleo, pero también otras dimensiones sociales; y 3) las prácticas y políticas institucionales que, a menudo, sin mala intención, perpetúan las creencias estereotipadas sobre las personas mayores y reducen sus oportunidades para llevar a cabo una vida satisfactoria y disminuyen su dignidad personal. De acuerdo a esta autora, las actitudes y las creencias –y sus consecuentes conductas discriminatorias– se interrelacionan con las normas y políticas institucionales, transformando un proceso natural –envejecer– en un problema social, con las consecuencias perjudiciales para este grupo etario (Villarroel, 2017).

Esta discriminación que se basa en la edad ha sido denominada “edadismo”. Este concepto refiere a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación hacia las personas en función de su edad. Puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido (OMS, 2021). El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional. Constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable, tal como reconocieron los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

Para la población de personas mayores, las consecuencias más graves del edadismo y sus respectivos estereotipos negativos son su infantilización, la desvalorización, la exclusión de espacios de participación e incidencia en la sociedad y en la comunidad, la restricción de oportunidades laborales, de acceso al crédito y la restricción de vivir su sexualidad y su identidad de género en plenitud. Es decir, la pérdida del ejercicio pleno de sus derechos (Rodríguez-Piñero, 2012; INADI, s/f)

En nuestro país, el edadismo no está ausente. En entrevista realizada en un medio de prensa, (nota 10) Javiera Rosell, máster en Psicogerontología y subdirectora del Programa Adulto Mayor de la Universidad Católica, señaló que las nociones preconcebidas en torno a la vejez están bastante estudiadas: “En general se asume que todas las personas mayores tienen cierto deterioro cognitivo y eso nos lleva a creer que no son capaces de hacer ciertas cosas o que hay

(nota 10) Lomas, C. (16 de mayo de 2022). La trampa del edadismo. *Revista Paula*. Disponible en: <https://www.latercera.com/paula/la-trampa-del-edadismo/>. Consultada en octubre de 2022.

que infantilizarlos”. Además, agregó que se asocia la vejez con una etapa más bien oscura en la que las personas tienden a deprimirse con facilidad y tienen poca paciencia y mal humor.

Así también, en entrevista concedida al Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) para este Informe, Elvira Sánchez, (nota 11) miembro del Consejo de Dirigentes Sociales del Adulto Mayor (CODISAM) y del Consejo Ejecutivo Mixto de Gerópolis -institución perteneciente a la Universidad de Valparaíso y que trabajan en torno al envejecimiento y la vejez-, señaló que unos de los principales problemas que afecta a las personas mayores es la discriminación:

Hay otro aspecto que afecta mucho a las personas mayores y dice relación con el trato y eso nos afecta a todos. En el trato con las personas mayores hay una cuestión, diría cultural, que se ha venido arrastrando de muchos años y es que todos los otros grupos etarios, tienen la costumbre de dirigirse en términos inadecuados a nosotros cuando hablan de los abuelitos, de los tatas; los profesionales que nos atienden de repente nos hablan despacito, lentamente, como si estuviéramos incapacitados de entender. O cuando uno va al médico y va acompañado con el marido o con los hijos, el especialista se dirige a la persona que nos acompaña, da por hecho estamos de privados de una comprensión psicológica o intelectual.

Señala Sánchez, además, que la discriminación es un fenómeno generalizado en nuestro país

Absolutamente masivo y eso atraviesa todas las clases sociales. Por otra parte, hay en el plano ya más –no sé si familiar– social, diría más bien, hay una costumbre permanente de aislar a las personas mayores, o sea, conversan los profesionales que hoy día están vigentes, como que si los adultos mayores que fueron profesionales en su tiempo, profesionales destacados, como que se les hubiera borrado todo su intelecto. Lo que yo encuentro de suma gravedad, es que ellos no entienden que van solidificando esas discriminaciones y hacia allá van...ellos se van a sentir discriminados, entonces hoy que nosotros luchamos en todas las instituciones [...] hemos hecho mucho trabajo para luchar contra el edadismo y estamos claro que los procesos sociales son lentos, entonces lo más probable es que no lo disfrutemos nosotros, pero lo van a disfrutar nuestros hijos.

Un ejemplo de discriminación que destaca la representante de Gerópolis es el que sufren las personas mayores en la locomoción colectiva

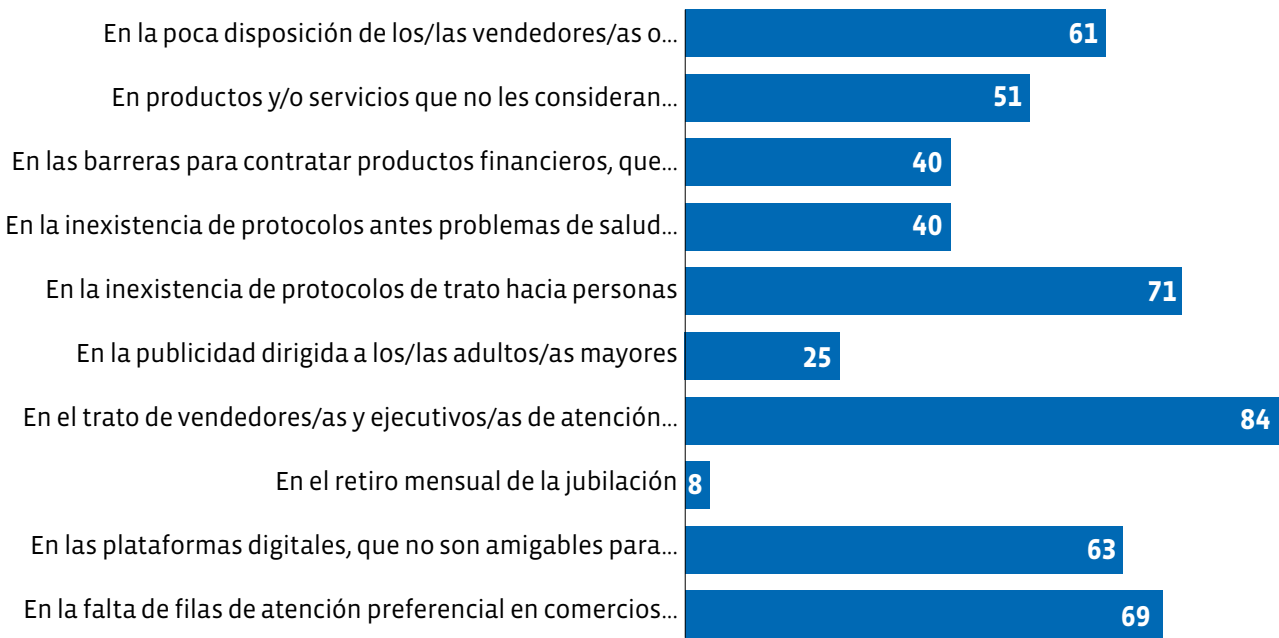
No recuerdo bien si hace un año o dos años, las organizaciones de personas mayores consiguieron una significativa rebaja en el transporte, quiero decir, urbano superficial, no estoy hablando del Metro. Se consiguió un buen descuento, la mitad [del valor del pasaje] es bastante. Pero resulta que nos ocurre igual que a los escolares: el chofer ve que hay personas mayores y entonces evita parar. De manera que un beneficio se transforma en una dificultad.

(nota 11) Entrevista concedida al INDH el 1 de septiembre de 2022.

También sobre discriminación, por otra parte, en una encuesta llevada a cabo por el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC, 2021) (nota 12) entre personas mayores arrojó la siguiente información

- 68% de las personas mayores declara haberse sentido discriminado como consumidor: 42% por el trato recibido de parte de vendedores/as; 36% por falta de protocolos para la atención de las personas mayores.
- un 90% de las personas mayores piensa que las empresas no consideran sus necesidades, y un 91% dice no sentirse representada por la publicidad.

Gráfico 1. Percepción de situaciones de discriminación entre personas mayores. Chile, 2021.



Fuente: SERNAC, 2021.

(nota 12) SERNAC. (6 de octubre de 2021). Casi un 70% de las personas mayores indica que se ha sentido discriminado como consumidor. Disponible en: <https://www.sernac.cl/portal/604/w3-article-63436.html>. Consultada el 04 de diciembre de 2022.

Una dimensión particularmente invisibilizada y discriminada con relación a las personas mayores es la sexualidad. Andrea Dotta (2017) (nota 13) señala al respecto que se trata a esta población como asexualada. Las familias niegan la sexualidad de estas personas; los investigadores han trabajado muy poco el tema y en la mayoría de los espacios como hogares de personas mayores se reproduce este mito. Para esta autora, referirse a la sexualidad de las personas adultas mayores es un gran reto, pero hacerlo respecto de personas mayores LGBTI es un reto doble. En relación con la sexualidad, orientación sexual e identidad de género, la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH, 2015) reconoce que las personas adultas mayores constituyen un grupo vulnerable, y cuando se entremezclan aspectos como la orientación sexual e identidad de género lo son aún más.

Al respecto, Daniela González, investigadora de la División de Población de la CEPAL, (nota 14) señaló en relación al tratamiento de la sexualidad de las personas mayores en nuestro país

(...) Pero hay otros temas de salud sexual que deberían estar presentes también y ellas y ellos no están considerados. ¿Qué pasa con la población LGBTI cuando son personas mayores? Entonces, en el tema sexual yo siento que infantilizamos, todos, a la persona mayor, como que ya no son personas que tienen placer, que tienen una relación sexoafectiva, independiente de cómo la tengan, con quién la tengan. También hay que tener cuidados en enfermedades de transmisión sexual a esas edades y no vemos ni siquiera en las campañas que se realizan que están presentes.

Las consecuencias de la discriminación son graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas mayores. Entre las consecuencias más destacables está la reducción de su calidad de vida, el incremento de su aislamiento social y su soledad, la restricción de su capacidad de expresar su sexualidad, y el aumento del riesgo de violencia y abuso contra ellas. (nota 15) Al respecto, la ya citada Javiera Rosell señala que todas estas ideas perjudican a las personas mayores y, además, el que existan prejuicios favorece situaciones de maltrato en todo nivel, incluso de maltrato estructural.

(nota 13) Dotta, A. (2017) *La invisibilización como forma de discriminación múltiple: Personas adultas mayores LGBT en Costa Rica*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Disponible en: <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/337/486>(discriminación. Consultada en octubre de 2022.

(nota 14) Entrevista concedida al INDH el 24 de agosto de 2022.

(nota 15) OPS. (15 de junio de 2021). Consecuencias de la discriminación de las personas en la vejez fueron tratadas en su día mundial. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2021-consecuencias-discriminacion-personas-vejez-fueron-tratadas-su-dia-mundial#>. Consultada en octubre 2022.

Con relación al problema de la discriminación, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ha implementado el Programa Buen Trato al Adulto Mayor, el cual desarrolla acciones para prevenir el maltrato a las personas mayores, promover el buen trato al adulto mayor, mediante instancias de capacitación, sensibilización y articulación, desde una mirada intersectorial, integral y psico-socio-jurídica.

Un segundo elemento en torno a la prevención de la discriminación y el maltrato es el surgimiento de la figura del Defensor Mayor, que atiende y otorga asesoría legal especializada a personas mayores, o a la comunidad en su conjunto, frente a situaciones de abuso, maltrato, violencia o vulneraciones de sus derechos. El defensor es un abogado especializado que está presente en cada Coordinación Regional de SENAMA. De acuerdo a lo expresado por Claudia Asmad, del SENAMA, en entrevista otorgada al INDH, (nota 16) el trabajo en relación a la prevención de la discriminación, el maltrato y la violencia se implementa de la siguiente manera:

En el marco del programa Buen Trato, porque trabajamos en dupla, es una dupla socio jurídica, que es un trabajador social y el abogado. Esta dupla, además de ver todo el componente de gestión de casos, de maltrato, de vulneración de derechos, también trabajamos la línea de promoción y prevención, que significa que desarrolla a nivel territorial capacitaciones, charlas, espacios de sensibilización, por razones obvias de la pandemia, tuvimos más cosas telemáticas que presencial, pero este año las hemos retomado poco a poco, porque hay un trabajo también con personas mayores, con organizaciones de personas mayores, pero también con otras redes.

Por lo tanto, el defensor mayor en el marco del programa Buen Trato, también está esta otra línea, que va en la promoción y en la prevención del maltrato con personas mayores y no con personas mayores (...) Lo que hicimos en junio, por ejemplo, cuando presentamos el decálogo del Buen Trato para las personas mayores, lo que intentamos es promover e infundir en las otras generaciones... SENAMA hace un trabajo importante en generar conciencia o concientización de vejez y envejecimiento también en las otras generaciones. Ahí hay un trabajo mixto.

Finalmente, respecto del tema, el *Estudio sobre brechas legales en Chile en la implementación de la CIDHPM* (2017), indica que es posible afirmar que existe una vacía en la legislación chilena en esa categoría, ya que hay contenidos que no se encuentran regulados, quedando pendiente el deber del Estado de realizar acciones afirmativas sobre envejecimiento y vejez en sus políticas públicas respecto de personas mayores que son víctimas de discriminación múltiple.

(nota 16) Entrevista realizada el 05 de septiembre de 2022.

Maltrato y violencia

Cuando se habla de maltrato y violencia contra las personas mayores se hace referencia a cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona (SENAMA, 2012).

El maltrato hacia este grupo etario comienza a adquirir relevancia a partir de los años 80 del siglo pasado, haciéndose pública una realidad que estaba relegada al ámbito privado. En la actualidad, se lo reconoce como un asunto de salud pública y de derechos humanos, lo que implica que la visión que se tiene del maltrato, la forma en que se analiza y la manera en que se aborda deben estar relacionadas con estas dos perspectivas (Huenchuán, 2014).

El maltrato hacia las personas mayores existe de diversas formas: físico, psicológico, sexual, como negligencia o abuso patrimonial; se ejerce de manera activa o pasiva, y se presenta en distintos contextos, ya sea en el ámbito familiar, en las instituciones que prestan asistencia a las personas mayores y en la sociedad que los discrimina (Rodríguez-Piñero, 2012).

Los factores que se asocian al maltrato y la violencia son las relaciones familiares conflictivas, la dependencia financiera, la falta de conocimientos y formación para el cuidado, el rebrote de antiguos conflictos familiares y las características relacionadas con la persona mayor cuidada, como son el grado de deterioro funcional y las alteraciones conductuales (Caballero & Abusleme, 2014).

A nivel institucional, una de las formas más visibles de maltrato ocurre en las residencias de cuidado de largo plazo que no cumplen con estándares básicos de calidad. Estas residencias pueden tener una capacitación insuficiente o inapropiada del personal, el personal puede estar expuesto a sobrecarga de trabajo, y existe el riesgo de que no se considere a las personas mayores como sujetos de derecho, con su consecuente cosificación. Todos los factores anteriores pueden dificultar la interacción del personal de estos centros con las residentes, dando lugar a malos tratos y abandono (Huenchuán, 2014).

De acuerdo a información proveniente de la Organización Mundial de la Salud (2022), en el último año, aproximadamente una de cada seis personas mayores de 60 años sufrió algún tipo de maltrato en los entornos comunitarios. Agrega la OMS que las tasas de este tipo de maltrato en las instituciones, como las residencias de larga estadía y los centros de atención crónica, son elevadas: dos de cada tres trabajadores de estos centros refieren haber infligido algún tipo de maltrato en el último año. Esta organización prevé que este problema aumentará en muchos países debido al rápido envejecimiento de la población. (nota 17)

(nota 17) OMS. (13 de junio de 2022). Maltrato de las personas mayores: datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. Consultada en octubre de 2022.

Las repercusiones del maltrato son también de diversa índole: personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores, principalmente debido a su fragilidad ósea, puede tener consecuencias graves, incluso, derivar en la muerte. En el plano psicológico se puede traducir, entre otras consecuencias, en la disminución de la autoestima, sentimientos de inseguridad y miedo o angustia constante. Desde una perspectiva social, la repercusión más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor. (Huenchuán, 2014; OMS, 2022; Caballero & Abusleme, 2014).

La dirigente Elvira Sánchez, consultada respecto a su manejo de información sobre situaciones de violencia, a través de su trabajo en organizaciones de personas mayores, señaló

No. Lo que sí me contaron muchas veces es del aislamiento, de la discriminación. Así que pienso yo que hay un problema ahí y es que, las personas mayores, cuando tenemos algún tipo de maltrato de la familia, lo último que vamos a hacer es decirlo. Porque nosotros estamos muy involucrados en que la familia siga funcionando muy bien.

Máximo Caballero, abogado de SENAMA, se refiere, en entrevista con el INDH, a características de la sociedad chilena vinculadas al maltrato de las personas mayores

En Chile está muy instalado el tema de viejismo, edadismo y otros, con telón de fondo, donde ocurren estos maltratos. Como, por ejemplo, lo que ocurre también con el abandono social, que hacemos la distinción respecto a aquel abandono que no hay algún pariente consanguíneo, de convivencia, algún parentesco, porque hay situaciones de personas mayores que están en abandono, pero no son violencia intrafamiliar, porque no está lo que dice la norma del artículo quinto, que es parentesco, que es convivencia, que es las relaciones de consanguinidad y hay muchas situaciones, porque hay muchas personas mayores que nunca tuvieron hijos, por ejemplo, no hay nietos, tampoco hay hermanos. Entonces, el abandono social también existe, como otros.

En nuestro país, durante los últimos años se han registrado avances para prevenir y abordar el maltrato hacia los mayores, como la Ley N° 20.427 de 2010, que incluyó el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional. Esta ley modificó tres cuerpos normativos en los siguientes aspectos: a) se modificó la Ley N° 20.066 de Violencia Intrafamiliar, incluyendo a las personas mayores como grupo vulnerable, ya que, previo al cambio, dicha legislación solo se refería a mujeres, niños y discapacitados; b) se incorporó un párrafo a la Ley N° 19.968, que crea los Tribunales de Familia, dotándolos de facultades especiales e incorporando el concepto de abandono como “el desamparo que afecta a un adulto mayor que requiere cuidados”; y c) se amplía la protección de las y los adultos mayores, estableciéndose que cuando sean víctimas de abuso patrimonial, serán considerados como sujetos de los delitos de hurto, defraudaciones y daño.

Si bien nuestro país no cuenta con un estudio de prevalencia nacional, las investigaciones realizadas señalan que aproximadamente un 30% de las personas mayores han sido víctimas de maltrato, en cualquiera de sus tipos (SENAMA, 2014).

En este sentido, es importante señalar que, en la *Encuesta Nacional sobre Violencia hacia la mujer en el ámbito de la Violencia Intrafamiliar y otros Espacios*, de la Subsecretaría de Prevención del Delito, (nota 18) la muestra abarca a mujeres entre 15 y 65 años. Por esta razón, no se conoce el nivel de violencia que pueden experimentar las mujeres de 65 años y más, lo que constituye una invisibilización de este grupo etario y de la situación que las puede estar afectando en este ámbito.

A esto se suma que la información generada por el Instituto Nacional de Estadísticas relativa a género, y específicamente sobre violencia de género, no se encuentra desagregada por tramo etario, lo cual impide conocer el impacto de este fenómeno en los distintos grupos etarios. Finalmente, no existe información estadística sobre discriminación y violencia hacia las personas mayores LGBTIQ+.

Frente a esta realidad, a pesar de la falta de información, según Máximo Caballero, SENAMA realiza un conjunto de acciones de manera intersectorial, con todos aquellos ministerios y reparticiones públicas involucradas en este problema

Nosotros tenemos un trabajo intersectorial bien importante, por ejemplo, con la Red de asistencia víctimas, que este trabajo están todos los servicios que atienden víctimas, entiéndase SERNAM, Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, Subsecretaría de Prevención del Delito, a través del programa Apoyo a Víctimas; ambas policías, PDI, Carabineros, Servicio Médico Legal, Gendarmería, entre otros. Entonces, tenemos ese trabajo también, que además se complementa con la red local a nivel de municipalidad, en cada gobierno local, en cada territorio, en cada comuna y también con la red de salud, hay un trabajo regional de coordinación permanentemente con los CESFAM, con los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, con los Centros comunitarios de Salud Familiar, con salud mental, con los servicios de salud a nivel de hospitales, SEREMIS de salud para el tema de residencias ELEM, que son las que fiscalizan, entre otros. (nota 19)

Pese a los esfuerzos de este trabajo coordinado e intersectorial, SENAMA reconoce las limitaciones o brechas que tiene en el desarrollo de su labor, básicamente, por la escasez de recursos humanos. La entidad cuenta con uno o dos profesionales por cada región del país, que son insuficientes para dar una respuesta acorde a la magnitud del problema. En la entrevista a Caballero, se reconoció, por ejemplo, la imposibilidad de generar intervenciones reparatorias.

(nota 18) IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el ámbito de Violencia Intrafamiliar y en otros Espacios (ENVIF-VCM), 2020.

(nota 19) Entrevista a Máximo Caballero, el 5 de septiembre de 2022.

IV. La institucionalidad en relación a las personas mayores

El Estado de Chile aborda la temática de las personas mayores fundamentalmente a través de tres ministerios: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, donde la responsabilidad directa recae en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); Ministerio de Salud y Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Estos organismos, como parte del Poder Ejecutivo son, preferentemente, los responsables de proponer y llevar a cabo las políticas públicas que beneficiaran a este grupo de la población.

El SENAMA tiene como objetivo “Promover y contribuir a un envejecimiento positivo, mediante la implementación de políticas, programas, articulación intersectorial y alianzas público-privadas”. Esta institución desarrolla un conjunto de Programas dirigidos hacia las personas mayores. Estos son

1. Escuela de Formación para Dirigentes Mayores: son actividades de participación y formación para personas mayores integrantes de organizaciones.
2. Envejecimiento Activo: es un programa de actividades que abarca talleres, jornadas y seminarios para fortalecer habilidades en la vejez, además de la realización de campañas y eventos masivos de difusión bajo el sello del buen envejecer.
3. Voluntariado País de Mayores: es un programa para adultos mayores jubilados o pensionados que realicen labores sociales de voluntariado. El programa vincula a los adultos mayores con niños pertenecientes a familias que participan del Sistema Seguridades y Oportunidades.
4. Buen Trato al Adulto Mayor: son capacitaciones, talleres y seminarios destinados a promover el buen trato, mediante acciones de prevención del maltrato que afecta a las personas de la tercera edad. Esta iniciativa brinda también asesorías, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que les afecten, junto a las redes locales territoriales.
5. Fondo Proyectos Autogestionados: está destinado a dar financiamiento a proyectos presentados por organizaciones formales de personas mayores, tendiente a desarrollar actividades artísticas, recreativas, productivas o desarrollo de la organización, entre otros.
6. Fondo Concursable, Proyectos Ejecutores Intermedios: está destinado a financiar proyectos que vayan en favor de personas mayores en situación de dependencia. Los proyectos deben ser presentados por organismos públicos o privados sin fines de lucro.
7. Fondo Directo, Convenios Institucionales: está destinado a financiar proyectos asignados de manera directa por el SENAMA, a organismos públicos y/o privados sin fines de lucro que

trabajan con personas mayores vulnerables y que llevan a cabo acciones complementarias al marco de la protección social.

8. Escuela para Funcionarios Públicos: es un espacio de formación que busca fortalecer las competencias de profesionales y técnicos que trabajan en el diseño, ejecución y evaluación de planes y programas dirigidos a las personas mayores.

Adicionalmente, existen otros cuatro programas relacionados con el cuidado de las personas mayores que se describen en el acápite de Cuidados del presente capítulo, más adelante.

Figura 1. Organigrama del Servicio Nacional del Adulto Mayor, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.



Por otra parte, la Subsecretaría de Previsión Social, dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través de Instituto de Previsión Social (IPS), ha implementado a partir de 2008, mediante la Ley N° 20.255, un sistema de pensiones solidarias que entrega beneficios como las pensiones básicas solidarias (PBS) de vejez e invalidez y los aportes previsionales solidarios (APS) de vejez e invalidez. A partir de agosto del presente año, dichas pensiones son reemplazadas por la Pensión Garantizada Universal (PGU). Así también, el IPS es el responsable de otorgar el bono por hijo nacido vivo, beneficio que incrementa el monto de la pensión de la mujer a través de la entrega de una bonificación por cada hijo nacido vivo o adoptado; el cual no se paga al momento del nacimiento del hijo, sino que una vez que está pensionada.

El Ministerio de Salud desarrolla su labor hacia las personas mayores a través de la Subsecretaría de Salud Pública, como parte del departamento Ciclo Vital, siendo responsabilidad directa de la oficina de Salud Integral para Personas Mayores.

El Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de este grupo etario en Chile. Para el cumplimiento de dicho propósito, el Programa desarrolla una serie de acciones de diseño de políticas y planes nacionales, instrumentos normativos y técnicos, coordinación y educación sanitaria para la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia funcional.

Durante el año 2021, se elaboró y publicó el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030. El objetivo general de este plan es: “Mejorar el bienestar de las Personas Mayores, a través de un sistema de salud integral que les permita mantener y mejorar su estado de salud y funcionalidad, accediendo a prestaciones acorde a sus necesidades, mediante un trabajo intersectorial coordinado, niveles asistenciales articulados e integrados, y con participación de la sociedad en su conjunto”. El Plan de Acción propone una serie de acciones a diez años plazo, enmarcadas en seis objetivos estratégicos: educación, promoción y prevención; provisión de servicios; fortalecimiento de la red integrada de atención a personas mayores; fortalecimiento de los sistemas de información; rectoría, regulación y fiscalización; y, finalmente, financiamiento. Estos objetivos estratégicos están desarrollados en detalle en el plan con plazos de implementación, responsables y actividades asociadas.

El Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores se enmarca en la Política Integral de Envejecimiento Positivo, que implica una coordinación intersectorial y proporciona el marco global para el desarrollo del trabajo en esta área. Un mayor detalle de las acciones y programas específicos que desarrolla el Ministerio de Salud y su Oficina Integral para Personas Mayores, se analizan en el acápite de salud de este capítulo.

Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025

La Política Integral de Envejecimiento Positivo constituye un avance importante que recoge los desafíos del envejecimiento, al proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, frenar el avance de los niveles de dependencia, fomentar el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de las personas mayores, intentar terminar con la exclusión y el maltrato y fomentar la integración social, económica y cultural, desde una perspectiva de sujetos de derechos.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo se propone tres objetivos generales en esta dirección: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Estos objetivos generales van acompañados de 13 objetivos específicos, cada uno de los cuales cuenta con una o más Metas de Envejecimiento Positivo, que permiten evaluar su impacto. Para alcanzar estas metas, existe un plan de implementación multisectorial que considera

un conjunto de 50 acciones concretas de corto plazo (2012-2014) y una serie de propuestas de mediano (2015-2019) y largo plazo (2020-2025).

La definición de estos objetivos, metas y plan de implementación se realizó en el marco de un proceso participativo que involucró aportes de distintas entidades, incluyendo los realizados por los miembros de: el Comité Técnico Interministerial, la Comisión Especial del Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo del Adulto Mayor de SENAMA, el Comité Ejecutivo de SENAMA, la oficina central y las coordinaciones regionales de SENAMA, las organizaciones sociales de personas mayores, organizaciones profesionales y fundaciones relacionadas con las personas mayores, y muchos otros.

La figura que se presenta a continuación describe el trabajo multisectorial que implican los objetivos específicos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo.

Figura 2. Organismos estatales involucrados en la Política Integral de Envejecimiento Positivo.

	Envejecimiento saludable			Envejecimiento activo				Envejecimiento positivo					
	Salud y cuidados	Vida saludable	Especialistas	Participación	Educación	Seguridad económica	Vivienda y transporte	Maltrato	Acceso a la justicia	Información y difusión	Identidad	Investigación	Bienestar subjetivo
MDS	✓		✓	✓		★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MINSAL	✓	✓	✓									★	★
MINEDUC			✓		✓					✓	✓		
MINTRAB				✓	✓	✓					✓		
MINJU				★			★	★	✓				
SERNAM					✓			✓					
INTERIOR				★				✓					
Transportes													
Vivir Sano		✓											
SEGEOB		✓											
SEGPRES										✓			
MINECO				✓			★		✓				
MINVU							✓						
MOP							★						

Fuente: SENAMA, 2012.

Municipalidades

En la actualidad, en Chile hay 345 municipalidades que tienen la tarea de implementar, en cada comuna, gran parte de las políticas públicas y servicios elaborados desde el gobierno central.

Las acciones y programas relativos a las personas mayores, que se implementan en las municipalidades, son coordinadas a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO). Esta dirección tiene la responsabilidad de planificar, proponer y ejecutar distintos programas sociales en función de las necesidades específicas de los grupos prioritarios y vulnerables de las distintas comunas, en el marco del Plan de Desarrollo Comunal y programas del gobierno central en esta área.

En este contexto se enmarca el Programa del Adulto Mayor, que busca promover en las personas mayores instancias de participación, integración, inclusión, formación y capacitación en procesos de envejecimiento activo para favorecer la asociatividad, la autovalencia y el ejercicio de derechos.

Legislación nacional en relación a las personas mayores

Para un análisis general de la situación de la legislación nacional relativa a personas mayores, se considerará como referencia el *Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017)*, realizado por el Centro de Estudios y Asistencia Legislativa de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso a petición de SENAMA. En este estudio se realiza un análisis de las brechas legales (o normativas) (nota 20) del ordenamiento jurídico nacional, a partir de los estándares internacionales de derechos humanos de las personas mayores, con especial énfasis en lo que plantea la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Para el análisis se elaboró una escala de graduación o jerarquización aplicable a las brechas detectadas, con la finalidad de otorgar mayor claridad en relación con la profundidad de las brechas normativas encontradas. Así, se establecieron cuatro niveles de brecha conforme al desarrollo que cada categoría de análisis presenta en el ordenamiento jurídico nacional, a saber: a) Nivel cero: no existe regulación o esta excluye aspectos esenciales del derecho incorporado por la CIDHPM; b) Primer nivel: la regulación nacional cubre el enunciado de la CIDHPM o el correspondiente estándar en términos incompletos o inespecíficos; c) Segundo nivel: la regulación abarca todo el contenido CIDHPM o esencial del estándar, pero se requiere mejorar su aplicación acorde a puntos no esenciales (incluye *soft law*) y d) Tercer nivel: conformidad absoluta con CIDHPM y con el estándar en general, incluyendo el contenido del *soft law*.

(nota 20) Se define a las brechas legales o normativas en el ordenamiento jurídico nacional, como el vacío regulatorio existente o norma en contravención al estándar impuesto por la CIDHPM.

A continuación, se presenta una tabla con la evaluación de la situación legal de nuestro país respecto de la protección de los derechos de las personas mayores.

Tabla 1. Nivel de brechas legales de la legislación en Chile en relación a los estándares internacionales de los derechos de personas mayores.

Igualdad y discriminación por edad	Nivel
Prohibición de la discriminación por edad en la vejez	1
Incorporación de enfoques específicos de edad en políticas públicas y ordenamiento jurídico	1
Vida y dignidad	
Derecho a la vida digna hasta el final de los días	3
Acceso no discriminatorio cuidados integrales / paliativos	2
Independencia y autonomía	
Goce efectivo de los derechos enunciados	1
Independencia y realización de decisiones	0
Seguridad y no violencia	
Derecho a vida segura, sin maltrato ni violencia	1
Adopción de medidas	1
Cuidados de largo plazo	
Derecho al sistema integral de cuidados	0
Medidas de apoyo a familias y cuidadores	0
Dimensiones específicas del derecho	1
Establecimiento de un marco jurídico adecuado	1
Seguridad social	
Derecho la seguridad social para llevar una vida digna	1
Ingreso para una vida digna y características de las pensiones	0
Salud	
Derecho a la salud física y mental	1
Políticas públicas de salud	2
Capacidad jurídica	
Autonomía patrimonial	0
Características de las medidas limitativas de la capacidad jurídica	0

Fuente: Universidad Católica de Valparaíso, 2017.



Foto: Adulto mayor sentado en silla de ruedas, sostiene un libro abierto en sus primeras páginas.

Al analizar la tabla es posible apreciar que, con la excepción del derecho a la vida digna hasta el final de los días, ninguno de los derechos de este grupo etario alcanza el nivel tres, es decir, conformidad absoluta con CIDHPM y con el estándar en general, incluyendo el contenido del *soft law*.

Los cuidados de largo plazo y la capacidad jurídica de las personas mayores son aquellos derechos que, de acuerdo al estudio, están más desprotegidos en la legislación nacional. En el caso de la capacidad jurídica, los indicadores alcanzan el nivel 0, es decir, no existe regulación o esta excluye aspectos esenciales del derecho incorporado por la CIDHPM. Así también, el derecho al sistema integral de cuidados y las medidas de apoyo a familias y cuidadores, tampoco cuentan con protección jurídica.

Además, respecto de la seguridad social, dimensión particularmente sensible para las personas mayores por ser un pilar central para alcanzar una vida digna, los indicadores del nivel de protección que tiene este derecho son muy bajos. En este sentido, si bien nuestro país ratificó la CIDHPM, tiene todavía el gran desafío de recoger en la legislación nacional lo que se plantea en la Convención.

La descripción de las leyes específicas relativas a personas mayores, así como el análisis empírico sobre su implementación se desarrollan en los acápite a continuación.

V. Derechos económicos, sociales y culturales de personas mayores en Chile

Derecho a la salud

La directora general de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Margaret Chan, en 2015, señalaba que “por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto” (OMS, 2015).

Desde esta perspectiva, el envejecimiento poblacional representa variados desafíos para los países, principalmente, porque, al momento de afrontar esta realidad, se debe considerar un enfoque multidimensional e intersectorial que permita responder a las distintas necesidades de salud y a todas aquellas dimensiones que repercuten en la salud de la población: económicas, sociales, culturales y políticas (Villalobos & Guzmán, 2021). Consecuentemente, el sistema de salud necesita un rediseño para cumplir con los nuevos problemas y retos impuestos por el cambio demográfico.

Conscientes de este desafío, instituciones como la Organización Mundial de la Salud han hecho un llamado a promover el “envejecimiento activo” en la población, considerando un enfoque de curso de vida y tomando en cuenta la alta heterogeneidad existente entre las personas de estas edades (Villalobos & Guzmán, 2021).

En 2002, la OMS dio a conocer el documento *Envejecimiento activo: un marco político*, donde se define el **envejecimiento activo** como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” y, más específicamente, como el proceso de desarrollar y mantener una capacidad funcional que permita el bienestar en edades avanzadas. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

El marco político propuesto por la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales, y los vinculados con el entorno físico. Además, propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;
- reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;

- desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen;
- proporcionar formación y educación a los cuidadores.

En 2015, la OMS complementa el concepto de envejecimiento activo e indica que combina la idea de capacidad intrínseca (esto es, las capacidades físicas y mentales de cada persona); las características del entorno (los factores medioambientales pertinentes) y las interacciones entre el individuo y estas características. En el reporte, se resalta la necesidad de poner la funcionalidad de las personas en el centro de la atención y como principal objetivo del sistema de salud para personas mayores (OMS, 2015).

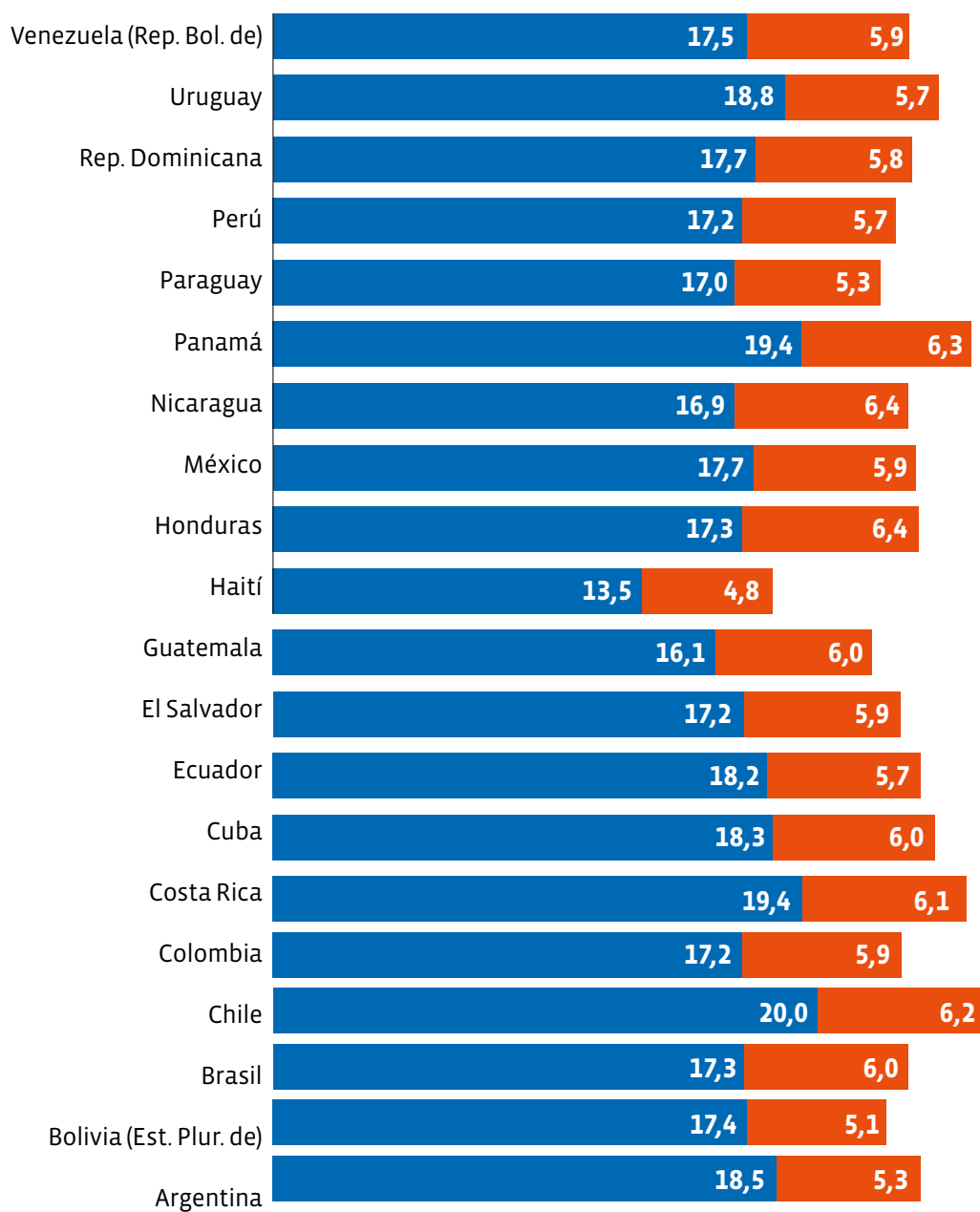
Lo expuesto representa un importante cambio de paradigma: el objetivo de la atención de salud en personas mayores se mueve desde el sobrevivir al buen vivir.

A partir de esta nueva visión, el informe propone una serie de pasos para operacionalizar el concepto de “envejecimiento saludable” en los países. Entre las estrategias se encuentra la adaptación de los sistemas de salud a las necesidades de las personas mayores, desarrollando tres enfoques clave (OMS, 2015)

- Crear servicios que proporcionen atención integrada y centradas en las personas mayores, y garantizar su acceso a ellos.
- Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca.
- Garantizar que se cuente con personal sanitario sostenible y debidamente capacitado.

En este sentido, es importante reconocer que, con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. Todas estas enfermedades repercuten en la calidad de vida de las personas mayores y en la capacidad de mantener una vida funcional y activa.

El siguiente gráfico muestra, en 20 países de América Latina y el Caribe, la esperanza de vida sana y carente de buena salud a partir de los 60 años. Entre ellos, Chile es el país con mayor esperanza de vida sana, con un promedio de 20 años.

Gráfico 2. Esperanza de vida sana de personas mayores en América Latina y Caribe.

■ Esperanza de vida sana
 ■ Esperanza de vida carente de buena salud

Fuente: Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2023, CEPAL, 2018.

La CEPAL, en el informe *Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2023* plantea que las dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores, por lo que aquellas con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de morir por causas prevenibles. Así también, indica que las mujeres son las que viven por más tiempo con alguna dificultad o limitación, lo que incide directamente en su calidad de vida (CEPAL, 2018). Al respecto, el Dr. Carlos Rodríguez, académico de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, señaló: “Existen grandes disparidades en salud según el estrato socioeconómico. Mientras la [situación] de dependencia [de las personas mayores] es de 28,7% en el NSE alto, en el NSE bajo llega a 60,1% [en Chile]”. (nota 21) Estos datos ponen en evidencia la interrelación que existe entre calidad de vida en la vejez y factores socioeconómicos, educacionales y de género.

Personas mayores y salud en Chile

La principal caracterización nacional de calidad de vida en las personas mayores se encuentra en la *Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2019)*, representativa del 86% de la población total del país.

Consultadas las personas mayores respecto de qué acciones o medidas debieran tomarse en Chile para mejorar su calidad de vida, las principales demandas mencionadas se centraron en las pensiones y en la salud. Las necesidades concretas más señaladas en relación a la salud fueron: atención, remedios, especialistas, acceso a consultorios, médicos, gratuidad de la atención y los exámenes.

Por otra parte, de la Encuesta se deduce gran diversidad en lo referido a la autopercepción de salud: 51% de las personas mayores la percibe como regular o mala, y un 49% como buena. Relacionado con este aspecto, la dependencia y la posibilidad de enfermar gravemente siguen siendo de las preocupaciones más relevantes para las personas mayores.

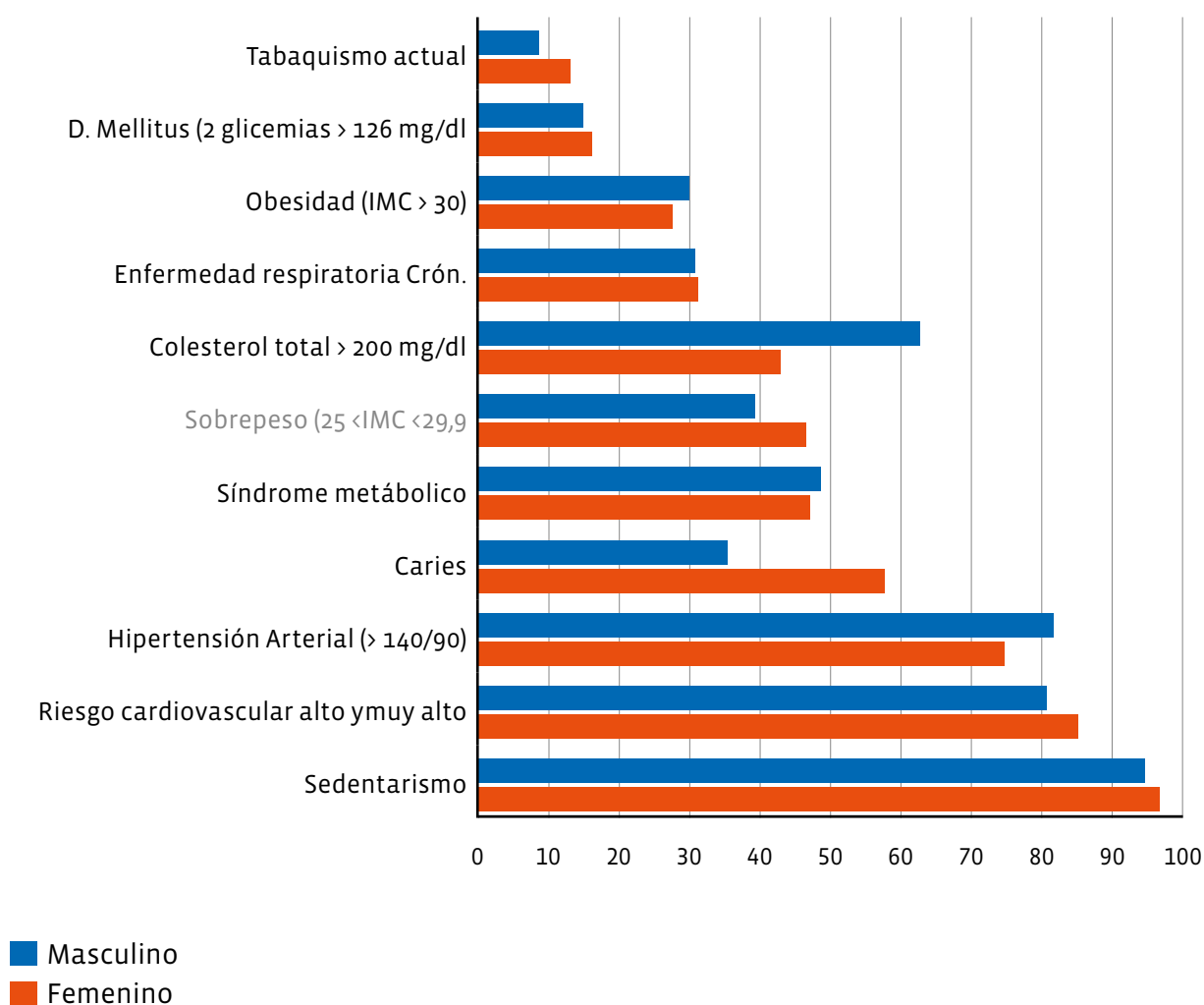
Con relación a la autopercepción de salud, según género y nivel educacional, en promedio las mujeres tienen peor percepción de salud. Sin embargo, esto podría deberse a que hay un mayor número de mujeres de 80 años o más –o sea, presentan mayor longevidad y, por consecuencia, mayor probabilidad de presentar enfermedades–, en comparación con los hombres. Así también, dos de cada tres personas con mayor nivel educacional reportan tener buena salud. En personas que no superaron la educación básica, solo una de cada tres personas reporta tener una buena salud. Respecto de los problemas de salud más frecuentes que están afectando a las personas mayores, el 60,9% declara tener hipertensión, 36,9% el colesterol alto y el 31,7% el azúcar elevado.

(nota 21) Centro UC Políticas Públicas (23 de marzo de 2017). Salud es lo que más impacta la calidad de vida de los adultos mayores. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/noticia/salud-es-lo-que-mas-impacta-la-calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores/>. Consultada en octubre 2022.

Al realizar un análisis general de la salud de las personas mayores, es importante destacar que los cambios que ocurren durante el envejecimiento no son lineales ni uniformes y varían considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. A su vez, están fuertemente influenciados por el entorno y comportamiento de la persona (MINSAL, 2021). Así, el aumento de las enfermedades no transmisibles causantes de la mayoría de los problemas de salud presentes en las personas mayores se debe principalmente a cuatro importantes factores de riesgo: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo de alcohol y dieta inapropiada.

El siguiente gráfico muestra los principales problemas de salud de las personas mayores en Chile, según la Superintendencia de Salud.

Gráfico 3. Tasas de Prevalencia (%) de Problemas de Salud en Mayores de 65 años de edad. Chile, 2021.



Fuente: Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Superintendencia de Salud, 2021.

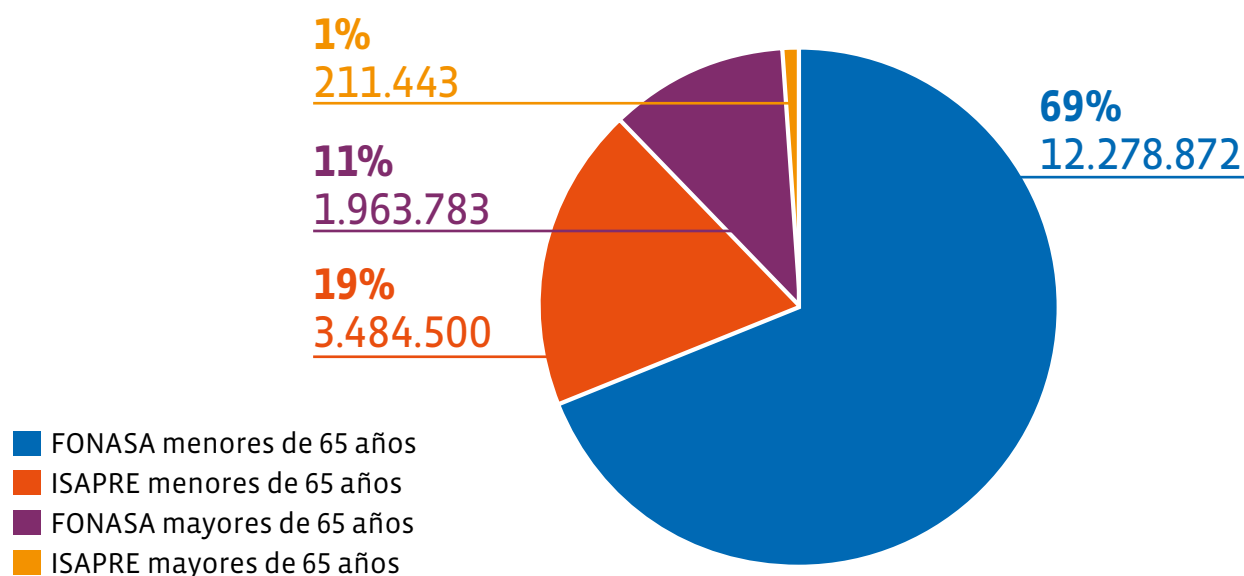
De acuerdo a la información del Centro de Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (CIPEM, 2019) de la Universidad del Desarrollo, en 2015, el 9% de las muertes en personas mayores se debió a enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Por su parte, un 7% de las defunciones fueron causadas por enfermedades hipertensivas.

Otro fenómeno relevante para entender la situación de salud de las personas mayores está relacionado con la tasa de suicidio. Al igual que sucede en el resto de los países del mundo, las mayores tasas de suicidio se concentran en la población de 80 años y más. Al realizar un análisis por sexo, se observa una gran diferencia entre hombres y mujeres: la tendencia, que se replica en los diferentes tramos de edades, indica que los hombres tienden a suicidarse más que las mujeres, principalmente a partir de los 70 años (CIPEM, 2019). En América Latina, Uruguay, Brasil, Argentina y Chile los hombres lideran en los datos referidos al número de personas mayores que se suicidan.

Por otro lado, el reporte de las personas mayores en Chile que tienen algún grado de dependencia funcional (dificultades en actividades básicas o instrumentales de la vida diaria) asciende a un 14%, de acuerdo a la información proporcionada por el encargado de la Oficina Nacional de Salud Integral de las personas mayores del Ministerio de Salud (MINSAL). Así también, el 7,1% de las personas de 60 años y más presenta deterioro cognitivo. Dicho deterioro aumenta de forma exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75-79 años y 36,2% entre los mayores de 85 años (SENAMA, 2009).

Desde el punto de vista de acceso a salud, un 86% de las personas mayores está adscrita al sistema de salud público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) como sistema previsional, lo cual es superior al 78% de afiliación a FONASA en la población general (Políticas Públicas para la Vejez).

Gráfico 4. Distribución de beneficiarios de los seguros de salud por grupo de edad.



Fuente: MINSAL, 2021

Respecto a las coberturas en salud, en Chile existen esquemas de previsión que cubren a 97% de la población; sin embargo, el “gasto de bolsillo”, es decir, el gasto en salud que realizan las personas y que no es cubierto por dichos esquemas previsionales, es de 32%. Esta cifra es una de las más altas entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que en este plano promedia un 20% (MINSAL, 2021). De acuerdo a información del MINSAL, en Chile el principal destino del gasto en salud de los hogares es el ítem medicamentos (38%), seguido de consultas médicas (19,8%), exámenes de laboratorio y de rayos (11,8%) y servicios dentales (9,3%). Es importante señalar que la proporción destinada a medicamentos es más alta en los hogares de menores recursos y en aquellos con mayor presencia de personas mayores.

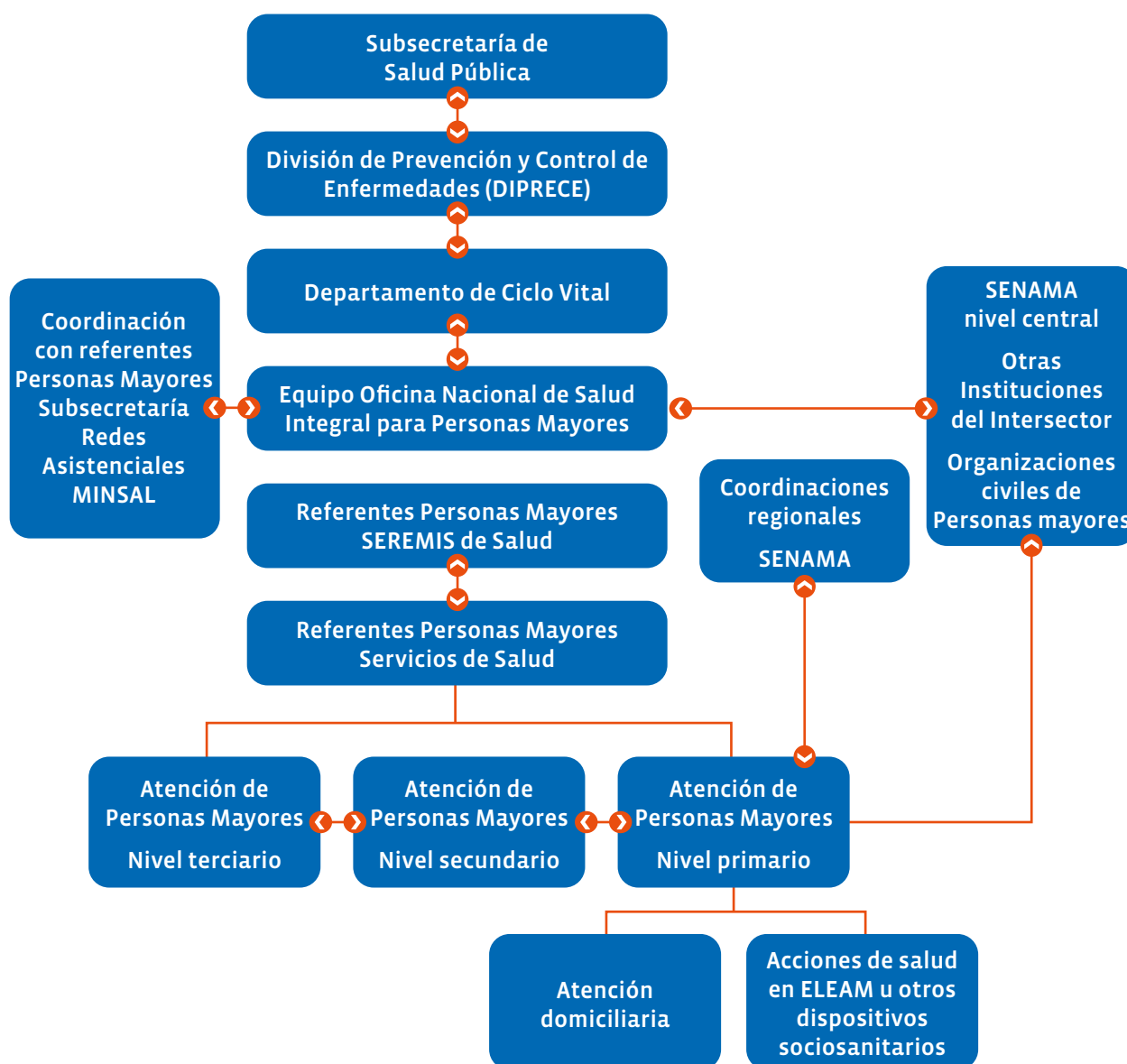
El sistema de salud pública para las personas mayores en Chile

En las últimas décadas, se ha avanzado en la implementación de programas de salud para las personas mayores. La norma para la atención integral de salud del adulto mayor fue elaborada el año 2002 por el Departamento de Salud de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de Salud. El objetivo principal de esta norma es

adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los distintos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor dependencia teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socioeconómicas, urbano-rural y regional (Rodríguez, Russo, & Carrasco, 2017, p. 33).

En la actualidad, el MINSAL cuenta con la Oficina Nacional de Salud Integral de las Personas Mayores, la cual tiene como uno de sus objetivos primordiales que las personas mayores permanezcan independientes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención para asegurar una buena calidad de vida.

Esta oficina se ubica en la Subsecretaría de Salud Pública. Al interior de las otras divisiones, unidades y departamentos del MINSAL, existen instancias coordinadas en relación a la salud de las personas mayores y con temáticas transversales –salud mental, salud sexual, entre otras–, como se puede ver en detalle en la siguiente figura:

Figura 3. Organigrama del MINSAL (2021) en la atención de salud de las personas mayores.**Fuente:** MINSAL, 2021.

Entre los principales programas existentes –de acuerdo a lo informado por René Guzmán, (nota 22) encargado de la Oficina Nacional de Salud Integral de las personas mayores del MINSAL– está el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), que incluye una evaluación funcional como parte de un examen universal en la atención ambulatoria. A partir de esta medición se implementan acciones para prevenir enfermedades cardiovasculares,

(nota 22) Entrevista realizada el 26 de agosto de 2022.

mentales o del sistema osteoarticular. El programa Más Adultos Mayores Autovalentes, está orientado a conservar la capacidad funcional, por un tiempo lo más prolongado posible, de personas mayores que –luego de la aplicación del EMPAM y, a raíz de los resultados que este otorga– están autovalentes sin riesgo o con riesgo de perder funcionalidad. Los beneficiarios y beneficiarias de este programa son personas de 65 o más años pertenecientes a FONASA e inscritos en centros de salud. Por su parte, el Programa de Alimentación Complementaria (PACAM) busca disminuir la eventual malnutrición en el grupo de personas mayores en riesgo. Son beneficiarios/as de este programa las personas inscritas en FONASA y mayores de 70 años. También las personas mayores de 65 años que inicien o se encuentren en tratamiento antituberculoso y posterior al alta de tuberculosis y las y los beneficiarios del subsistema de Seguridades y Oportunidades (Ingreso Ético Familiar) mayores de 65 años.

Respecto de las principales brechas que enfrentan algunos de estos programas, cabe destacar las del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y de su conexión con el EMPAM. Este programa se encuentra presente en 114 de las 346 comunas del país y, para acceder a él, es requisito que esté funcionando en la comuna donde reside la persona mayor. Esto implica que quienes habitan en comunas donde no se encuentra el programa (232), no tienen acceso al mismo. De esta manera, de acuerdo a lo planteado por René Guzmán, la cobertura es baja, y en la actualidad solo atiende a alrededor de 150 mil personas mayores.

De acuerdo a los datos del Censo 2017, la población de 65 años y más alcanza el total de 2.050.256 personas; y si se incluye a 60 y más años, el número aumenta a 2.850.000. Tomando en consideración estas cifras, el desafío que se presenta para el MINSAL, de acuerdo a Guzmán, es que no sea un requisito de acceso al programa Más Adultos Mayores Autovalentes tener un problema de funcionalidad. Esto, porque un aspecto fundamental del programa es precisamente la prevención de la pérdida de funcionalidad en este grupo poblacional.

En esta dirección, Guzmán explica que el envejecimiento es un proceso fisiológico con una serie de características asociadas que son normales. Una de ellas es que, progresivamente, con el paso de los años, el ser humano va perdiendo su capacidad intrínseca de realizar actividades básicas, instrumentales y ejecutivas de la vida diaria. El mayor o menor deterioro de esa capacidad dependerá de múltiples factores, donde juegan un rol preponderante las determinantes sociales de la salud y los estilos de vida. Por esta razón, René Guzmán plantea que las prestaciones preventivas y promocionales se deben dirigir a la población sana, idealmente, para evitar que la persona llegue a la pérdida de la funcionalidad. En este sentido, indica que se puede plantear que existe un umbral, que es el de la discapacidad, que en algún minuto se traspasa y, cuando eso sucede, se produce el deterioro o la pérdida de capacidad funcional. A partir de entonces, se presenta el segundo desafío como modelo sanitario, que tiene que ver con los cuidados de largo plazo. En este contexto, lo que busca el MINSAL es que se retrase ese proceso de tránsito al deterioro funcional durante el mayor tiempo posible.

En relación al objetivo de atrasar el proceso de dependencia de las personas mayores, Guzmán plantea

Hay un dato que para nosotros es muy gráfico y que nos ayuda a entender también, a justificar también esto: la última Encuesta Nacional de Salud 2017, que es la última que alcanzamos a hacer antes de la pandemia, muestra que, dentro de la población general, el 84,6% de la población general es sedentaria y el 96% de las personas mayores es sedentaria. Entonces, ahí tienes dos miradas, una que tienes que evidentemente dirigir tus prestaciones a que las personas vuelvan a moverse, pero también tú dices, pero es que esta tiene que ser una política de curso de vida (...) Entonces, tú dices, ¿dónde tenemos que apuntar? Y ahí, creemos nosotros que donde hay que apuntar es a las etapas tempranas y no solo a las etapas tempranas del curso de vida, sino también a las etapas tempranas de la pérdida de la capacidad funcional donde detectamos dependencia leve, dependencia moderada, cuando hay autovalencia con riesgo, porque hay unos elementos de fragilidad, que nos indican como factor proyector que en unos años más esta persona mayor podría desarrollar una dependencia. Entonces, es ahí donde tenemos que enfocar, creemos nosotros, nuestros esfuerzos, [pero] además de cómo te mostraba en la curva de las prestaciones, que podemos entregar una vez que el umbral de la dependencia o la pérdida de la capacidad funcional intrínseca de esta persona haya mermado, cierto, su capacidad y necesite de ciertos apoyos, no solo de un apoyo de la institucionalidad o, sino que tal vez de un apoyo de atención domiciliaria u otra prestación que se tenga que entregar.

Respecto del examen EMPAM, de acuerdo a lo señalado por el mismo encargado del MINSAL, el porcentaje de cumplimiento en su aplicación es alto. Este examen recoge mucha información y permite categorizar a la persona desde autovalente hasta dependiente. Sin embargo, el problema se presenta cuando esas personas tienen alguna necesidad de intervención, pues es ahí donde se genera la dificultad de acceso. Esto sucede, en particular, en las zonas rurales, porque la población de esos territorios está aislada geográficamente y, por lo general, los servicios de salud o la oferta programática para las personas mayores están en las zonas urbanas. Esto se resume así: se le realiza un examen preventivo a la persona mayor, se produce un diagnóstico, pero cuando se trata de la derivación para la intervención específica que requiere, su atención dependerá de que en la comuna donde reside exista –o no– el programa de salud correspondiente a su necesidad. René Guzmán lo ejemplifica de la siguiente manera

En las postas rurales hacemos los EMPAM, tenemos los registros y todo, pero cuando tenemos que derivar a las personas, les cuesta llegar desde la zona rural hasta Yumbel y, además, en Yumbel no tenemos nada, entonces tenemos que derivarlos a Concepción, que les queda a una hora y ahí ya la gente no quiere ir.

En términos globales, el encargado de la Oficina de las personas mayores se refiere a las políticas públicas de prevención en la salud:

Yo voy a dar una opinión personal aquí [...] creo que la inversión y el énfasis en las políticas preventivas y promocionales, a lo largo del curso de vida, no solo en las personas mayores, ha sido insuficiente y esto tiene una explicación, en mi opinión, porque la lógica de política pública de los últimos 30 a 40 años, ha sido el ciclo de gobierno. Cuando tú haces intervenciones reales e inviertes en una prestación preventiva y promocional, los resultados de impactos que tú tienes no son a cuatro años [...] Entonces, necesitas una inversión mayor

y ahí te doy dos ejemplos muy concretos, el ejemplo de Más Adultos Mayores Autovalentes, que tiene una cobertura cercana a las 150 mil personas, pero yo realmente te digo, de los 2.080.000 personas que existen, deberían estar dos millones y media metidas en el Más, porque el objetivo justamente es preservar [...] [tiene] cobertura muy baja, una prestación muy baja, una derivación muy baja, porque es una prestación preventiva y promocional, porque donde se ha puesto el énfasis [el Ministerio] es en la intervención curativa y rehabilitadora porque es lo que muestra resultados a más corto plazo y en las lógicas de gobierno, es mucho más fácil o más vistoso, mostrar resultados a corto plazo.

Finalmente, cabe señalar que el Ministerio de Salud no cuenta con un Programa de Salud Mental específico para las personas mayores. En la actualidad solo ha desarrollado una Guía práctica de salud mental y prevención del suicidio, dirigida a un público general.

Prestaciones de salud GES y No GES

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) constituyen un conjunto de atenciones de salud garantizadas por ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las ISAPRES. En la actualidad, 85 son las patologías cubiertas por GES. Estas garantías, si bien no son exclusivas de las personas mayores, cubren un conjunto de patologías que afectan a este grupo de la población, sus tratamientos y medicamentos. Las patologías GES tienen la especificidad de estar garantizadas por ley, tanto en los tiempos de atención, en los tratamientos y procedimientos a realizar, como en los medicamentos que se les brindan a los y las pacientes.

Con relación a estos últimos, su entrega asegurada ha significado un importante beneficio para la población en general y para las personas mayores en particular. La “canasta de medicamentos” asociada a cada patología GES es gratuita para las personas de 60 o más años. René Guzmán señala al respecto

Yo creo que ahí hay un avance relevante en cómo el arsenal fármaco terapéutico ha ido cambiando, se ha ido actualizando en los distintos niveles asistenciales, también se ha ido identificando fármacos que son potencialmente riesgosos cuando son prescritos en personas mayores.

Yo diría que, además, la Ley de Bioequivalencias, yo creo que eso ayudo muchísimo también a regular el mercado farmacológico y evidentemente CENABAST (nota 23) tiene muchas más opciones de hacer compras grandes a medicamentos bioequivalentes.

(nota 23) Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Tiene por objetivo abastecer de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a los establecimientos municipales de salud y a otros adscritos al sector público, como los hospitales de las Fuerzas Armadas.

De manera general, se puede indicar que tanto la cobertura como la calidad de los medicamentos proporcionados a las personas mayores en la canasta GES, han significado un gran logro para el sistema público de salud chileno. Sin embargo, el escenario es distinto cuando se analiza la situación de los medicamentos requeridos en las patologías No GES. René Guzmán explica sobre este problema

En los casos de no GES, ahí es donde puede haber algunas diferencias. Probablemente, el acceso que tengan en algunas regiones, por ejemplo, algunos fármacos no van a ser el mismo que van a tener en Santiago y ahí yo creo que tiene que haber alguna brecha y eso tiene que ver, yo creo, con el acceso a fármacos, más especializados. Todavía hay unas patologías más específicas, donde probablemente el acceso a fármacos está un poco más restringido, porque el aparataje tiene cierta inercia a todo y las tecnologías y la evidencia avanza mucho más rápido que el aparataje del Estado. Si tú te vas a atender por alguna enfermedad rara o alguna enfermedad específica [No GES] a una clínica o un médico, el médico te va a prescribir lo que él cree que es más idóneo, pero probablemente si vas al sector público, el médico te va a preguntar, ¿usted puede pagar esto?

Los medicamentos no incluidos en la canasta GES son los que generan un mayor gasto de bolsillo para la población general y para las personas mayores, como ya fue indicado en párrafos precedentes, y ubican a Chile entre los países de la OCDE de más altos gastos de bolsillo.

Listas de espera GES y No GES

En las últimas décadas y de manera recurrente, ha surgido en la discusión pública el problema de las listas de espera en salud. Se trata de una preocupante situación vinculada al acceso y oportunidad de la atención de salud, que se vio tremendamente agravada producto de la pandemia por COVID-19.

Como se indicó, las patologías GES tienen tiempos de atención regulados por ley, razón por la cual no se deberían presentar retrasos de la atención. Sin embargo, esta regulación no siempre se cumple, como ya lo reportábamos en el Informe Anual de Derechos Humanos 2018. (nota 24)

(nota 24) Para mayores antecedentes puede revisarse el Informe Anual de Derechos Humanos 2018, del INDH, en el cual hay un capítulo referido a listas de espera en salud y muertes en lista de espera.

De acuerdo a lo informado en la Glosa 6 del Ministerio de Salud, (nota 25) al 30 de junio de 2022, entre la población de personas mayores, existían 46.784 personas con retrasos en la atención de salud GES, con un promedio de 157,3 días de espera. Para las listas de espera No GES, a la misma fecha, existía un total de 566.007 personas mayores (65 años y +) en lista de espera para una atención de especialidad médica. En lista de espera para una cirugía se registraron 87.690 personas mayores, que representan un 26,4% del total de personas en espera para una cirugía.

Entre enero y junio de 2021, del universo de 2.395.047 personas que se registraron en listas de alguna atención de especialidad o cirugía No GES, un total de 18.962 personas fallecieron. Cabe aclarar que morir mientras se está en lista de espera no significa, necesariamente, que la causa de muerte se asocie de manera directa al retraso en la atención médica o de una cirugía. Por ejemplo, una persona puede morir esperando una operación de cataratas, pero eso no significa que esa sea la causa de su deceso. Del total de fallecidos en listas de espera No GES, 14.154 correspondían a personas mayores (65 o + años), que equivale al 74,6% de los fallecidos. Al realizar un desglose por sexo de las personas mayores fallecidas, 52,8% eran hombres (7.473) y 47,2% mujeres (6.681).

Con relación a las personas fallecidas en listas de espera GES, es decir, con garantías incumplidas no atendidas cerradas por fallecimiento, se registra un total de 1.732 personas. De este total, 1.526 correspondían a personas de 60 o más años, es decir, el 88,1% del total de decesos.

Para todas las personas fallecidas con garantías incumplidas, no atendidas y cerradas por fallecimiento, el MINSAL identificó la causa de muerte a través de los certificados de defunción. A partir de esta identificación, se realizó un análisis donde se estableció si la patología GES, por la que se encontraba en lista de espera, podía estar asociada a la causa de muerte. La siguiente tabla muestra los resultados de tal análisis.

Tabla 2. Relación entre patología GES y causa de muerte. Chile, 2022.

Garantía vs Causa de defunción	N° de garantías	Porcentaje
No asociado	1.432	79,69%
Posiblemente asociado	365	20,31%
Total	1.797	100.00%

Fuente: MINSAL, 2022.

(nota 25) El Informe, Glosa 06, del MINSAL presenta un conjunto de indicadores de monitoreo referentes a los tiempos de espera y retrasos de la atención de Salud GES y No GES. El MINSAL envía esta glosa al Congreso Nacional como parte de la Ley de Presupuesto (N° 21.395) <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Glosa-06-II-Trimestre-2022.pdf>. Consultado el octubre 2022.

Por último, se debe señalar que la situación de las listas de espera GES y No GES del año 2021 se vio influida por la adopción de medidas sanitarias, en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Cuidados paliativos

Durante la Cuarta Conferencia Intergubernamental sobre envejecimiento y derechos de las personas mayores (2017) se planteó que el acceso a los cuidados paliativos constituía una obligación jurídica de los Estados. Cabe destacar que, 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 (2000), que garantiza, específicamente para las personas mayores: “la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad”. Así también, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 27, incorpora el tema de los cuidados paliativos. El fundamento a la base de la incorporación de este tipo de medidas se sustenta en que los cuidados paliativos ayudan a preservar la dignidad humana en el final de la vida.

En Chile, los cuidados paliativos, hasta el año 2021, solo estaban garantizados para las patologías GES, fundamentalmente asociados a los diversos cánceres que incluyen estas Garantías.

El 24 de octubre de 2021, se promulgó la Ley N° 21.375, que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Esta ley establece el carácter universal de este tipo de cuidados. Actualmente se encuentran en elaboración las orientaciones técnicas de la ley, para que esta pueda ser implementada en el sistema de salud chileno.

Dada la reciente promulgación de la ley, y que el proceso de redacción de las orientaciones técnicas no está finalizado, lo que ha ocurrido hasta hoy, de acuerdo a lo informado por la Oficina de Personas Mayores, es que los cuidados paliativos de las distintas instituciones se concentran en los cuidados paliativos oncológicos, (nota 26) pues se debe cumplir con una garantía explícita de salud, por lo cual todas las personas que no correspondían a patologías oncológicas GES veían retrasada su oportunidad de acceso.

Sin embargo, René Guzmán indica que eso no implicaba un nivel de indiferencia de los y las profesionales que trabajaban en cuidados de fin de vida. Al respecto agrega

Yo creo que las garantías que te daba el GES tenían que ver con mayor acompañamiento psicosocial, mayor posibilidad de que te acompañen seres significativos para ti en los procesos

(nota 26) Los cuidados paliativos GES comprenden tratamiento del dolor y apoyo psicosocial. Las atenciones pueden ser ambulatorias, domiciliaria u hospitalización.

de fin de vida. El acceso a terapias un poco más específicas para uso ambulatorio, bombas de analgesia, eso sí probablemente estaba más restringido [para pacientes No GES], pero si tú estabas en una condición de fin de vida, el médico en el fondo limitaba el esfuerzo terapéutico a una muerte digna. En mi experiencia nunca vi que hubiera ese nivel de desidia de decir “ah, este caballero no es GES” o “esta señora no es GES, no le dejemos nada para el dolor”. [Los médicos] decían “oye, pero ya que esta persona se vaya a su casa mejor”, “no doctor, ¿sabe qué? No, es que no es GES ella, entonces no podemos acceder a hospitalización domiciliaria”, “ah, ya, bueno, mantengámosla aquí nomás, pero sigamos con esta sedación y todo”.

En opinión del profesional entrevistado, la nueva ley de cuidados paliativos universales potencia que las unidades vayan a las casas y promuevan el buen morir de la persona en su núcleo más cercano.

Derecho al cuidado

La transformación sociodemográfica y el envejecimiento poblacional, que es uno de los temas abordados en este capítulo, demanda considerar la necesidad de cuidados en las edades avanzadas.

El Programa Interdisciplinario de Investigación sobre cuidados, familia y bienestar, de la Fundación Konrad Adenauer, señala que existen cuatro razones prioritarias para abordar esta problemática: a) porque el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia; b) porque la población adulta mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en un innegable proceso de crecimiento; c) porque el cuidado ha sido tradicionalmente una responsabilidad de las mujeres, quienes, por distintas razones, están menos disponibles para hacerse cargo de estas tareas, ya sea porque no pueden o porque no lo desean; y d) por la insuficiencia y poca adecuación de los servicios sociales de apoyo a este grupo, por lo que la familia continúa absorbiendo los riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez (Acosta, Picasso, & Perrotta, s/f).

En la misma línea, indican que el cuidado debe ser entendido y asumido como “una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no es posible concebir la existencia y la reproducción de la sociedad”. Sin embargo, a pesar de este diagnóstico, hasta hoy en América Latina y particularmente en Chile, las familias han asumido la responsabilidad por la asistencia económica y el cuidado de las personas mayores mientras que el Estado y las organizaciones de la sociedad civil han jugado un rol secundario.

Al respecto, en entrevista concedida al INDH, Daniela González, (nota 27) asistente superior de investigación en asuntos sociales de CELADE/CEPAL, señala

(nota 27) Entrevista realizada por el INDH, el 24 de agosto de 2022.

El cuidado está socialmente validado que debe caer en las familias. Todavía no hay una mirada que es un derecho del hacer cuidado y de los que cuidan. Entonces toda la sociedad en términos culturales de América Latina, creen que la familia es la que debe entregar esos cuidados y dentro de las familias, las mujeres, y ahí es donde nosotras estamos muy presionadas y lo estábamos desde antes, pero la pandemia lo marca más aún.

Así también, en la Decimotercera Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, realizada en 2016 en Montevideo, se identificaron los acuerdos para la igualdad de género y la autonomía de las mujeres en relación con múltiples problemáticas que es posible agrupar en dimensiones críticas vinculadas con los derechos humanos. En este contexto, se señaló que persisten las brechas de género, resaltándose que permanece un tipo de organización social que asigna a las mujeres el trabajo doméstico no remunerado y de cuidados junto con la insuficiencia de las políticas y los servicios de cuidado, que aseguren la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad.

En Chile, el 92% de los cuidadores son familiares y el 89% corresponde a mujeres (esposa, hija o nueras). Lo hacen por más de 12 horas diarias, 2 de 3 no han tomado vacaciones hace más de 5 años, no comparten el cuidado con otros parientes, se sienten solas, sobrecargadas y sobrepasadas. Solo el 9,7% de las personas mayores recibe cuidado de una persona o entidad dentro del sector formal. (nota 28)

La situación anterior genera consecuencias sociales evidentes en la vida y desarrollo social de las mujeres. Por ejemplo, entre las mujeres inactivas del país, se estimaba que, en 2017, 63.832 mujeres dejaron su último empleo por cuidar a una persona mayor.

Este escenario se vio agravado durante la pandemia por COVID-19. Para la CEPAL (2020), la pandemia puso de relieve, de forma inédita, la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida y la poca visibilidad que tiene este sector en las economías de la región. Conforme lo referido por este organismo, la crisis sanitaria ha evidenciado la injusta organización social de los cuidados en América Latina y el Caribe (nota 29).

En Chile, en el trimestre octubre-diciembre de 2020, un 33,9% de las mujeres declaró circunstancias familiares como razón principal para no participar en el mercado laboral, es decir, tener que realizar trabajo doméstico y de cuidados no remunerados en sus hogares. Cabe destacar que, durante el *peak* de la pandemia (mayo-julio 2020), aumentaron las personas que no buscaron trabajo remunerado por razones temporales de cuidados y quehaceres domésticos, porcentaje que en doce meses varió un 593% en el caso de las mujeres (INDH, 2021).

(nota 28) MIDESO. (2017). Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Disponible en: <https://www.chilecuida.gob.cl/2017/10/vejez-cuidados-y-genero/2017>. Consultada en octubre de 2022.

(nota 29) Para más detalles, ver Informe Anual 2021 del INDH.



Foto: Personas adultas mayores en sala de espera de un recinto de salud. Algunas hacen fila de pie y otras esperan en sillas de ruedas o sentadas en bancas.

Estos antecedentes reiteran lo que se planteó en los párrafos iniciales. En primer lugar, que es la familia la que asume mayoritariamente el cuidado de las personas mayores y, en segundo lugar, que los cuidados experimentan la llamada “penalidad” de género, no solo porque recaen fundamentalmente en las mujeres, sino también porque ellas son imprescindibles, pero invisibles y no reciben remuneración ni protección social (Pautassi & Marco Navarro, 2021).

Por otra parte, la CEPAL señala que en América Latina hay un importante déficit de políticas públicas de cuidado. Para este organismo, esto tiene de trasfondo que desde los Estados se ha asumido que el cuidado es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares y que, por lo tanto, la provisión pública es un complemento para aquellos hogares que no pueden resolverlo por sí mismos, lo que se manifiesta en una tendencia a la focalización de estos servicios en la población más vulnerable (Pautassi, 2007).

Al respecto, Daniela González, de CEPAL, indica sobre la realidad chilena

Lo que pasa es que en Chile no tenemos una política de cuidado. Sabemos que hay algunas acciones focalizadas que en un momento estuvieron en el SENAMA, pero otras veces asociado a la primera dama [...] como al gobierno que hubo, trabajos como cuidado y personas mayores; pero no tenemos una política integral de cuidados; entonces no es algo que sea como un pilar, de alguna manera, que se habla del tema del cuidado.

Desde una perspectiva global que permita dar cuenta de la situación enunciada, la temática del cuidado debe remitirnos a un problema de ejercicio de derechos. Se trata de implementar una lógica de derechos frente a la complejidad del cuidado y al reconocimiento del cuidado en tanto derecho universal, sea de la persona que necesita cuidado como de la cuidadora o cuidador (Pautassi, 2007).

El enfoque de derechos explicita la relación directa existente entre el derecho, el empoderamiento de sus titulares, la obligación correlativa y la garantía desde los Estados. Esto implica que se incluyan obligaciones positivas –es decir, que se provean los medios para poder cuidar a la persona en forma adecuada y se garantice que el cuidado se lleve adelante en condiciones de igualdad y sin discriminación– y que dichas obligaciones no solo se apliquen a un grupo reducido, sino que estén garantizadas para todas las ciudadanas y los ciudadanos.

De esta manera, el desafío es pasar de respuestas familiares y feminizadas en materia de cuidados a respuestas colectivas y estatales, con corresponsabilidad social dentro y fuera de la casa (Pautassi & Marco Navarro, 2021).

El *Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la CIDHPM* (nota 30) señala que el país “se caracteriza por no tener un sistema estatal de cuidado de largo plazo, sino más bien distribuir la función entre dos carteras, pero más bien a nivel programático: Salud y Ministerio de Desarrollo Social”. Así también, detalla al respecto que

a nivel regulatorio superior (Constitución o Ley) no hay una consagración expresa de este derecho ni de sus características, por lo que su ejercicio se ve sujeto a la mantención de estos programas en el tiempo, lo que atenta contra el nivel de certeza que deben tener las garantías fundamentales en el sistema jurídico. Por otra parte, ocurre también que el análisis netamente normativo deja fuera el examen de los impactos de los programas de política pública impulsados por el Estado, los que constituyen el campo de trabajo más importante del poder público y que, por lo demás, son los que más impactan en el goce efectivo de los DDHH. (p. 103).

Consecuentemente, lo que desarrolla el Estado es una oferta programática en materia de cuidados. La siguiente tabla muestra los principales programas desarrollados, sus objetivos, cobertura y presupuesto asignado.

(nota 30) Estudio realizado por la Universidad Católica de Valparaíso (Centro de Estudios y Asistencia Legislativa) por petición de SENAMA.

Tabla 3. Programas estatales de cuidado para personas mayores.

Programa	Año de inicio	Propósito	Beneficiarios 2019	Ley de Presupuestos 2020 (\$miles)
Centros Diurnos del Adulto Mayor.	2013	Adultos mayores con dependencia leve y moderada, y en situación de vulnerabilidad social conservan o mejoran su nivel de funcionalidad manteniéndose en su entorno familiar y social.	3.915	4.183.007
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de administración directa de SENAMA.	2010	Personas mayores en situación de vulnerabilidad, reciben servicios de apoyo y cuidados de larga duración de calidad y acordes a su nivel de dependencia.	696	9.500.758
Cuidados Domiciliarios.	2013	Mujeres y hombres de 60 años y más, vulnerables socioeconómicamente, con dependencia moderada y severa y que no cuentan con un cuidador principal, ven facilitada la realización de sus actividades de la vida diaria.	785	1.250.874
Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores.	2010	Personas mayores autovalentes en situación de vulnerabilidad, acceden a una solución habitacional y a servicios de apoyo y/o cuidado.	992	970.490

Fuente: Plan Nacional Integral de Salud para Personas Mayores.

Con relación a los establecimientos de larga estadía (ELEAM), (nota 31) de acuerdo a la información proporcionada por SENAMA, (nota 32) existen 1.200 unidades y, de estos, 900 cuentan con resolución sanitaria. De ese total, existen 153 establecimientos de larga estadía sin fines de lucro que reciben un subsidio de SENAMA a través del Programa de Fondos ELEAM. Otros, son los ELEAM SENAMA, que están bajo responsabilidad del Estado: hay 20 establecimientos, de los cuales al menos uno por cada capital regional. Finalmente, están los ELEAM del Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) que reciben un subsidio de SENAMA: son 12 y están en distintas regiones de Chile. Esto nos da un total de 185 de administración directa del Estado o con subsidio estatal y de 715 establecimientos privados.

Los requisitos para el ingreso a un ELEAM SENAMA son: personas de 60 y más años, pertenecientes hasta el tramo del 60% del Registro Social de Hogares, preferentemente con dependencia moderada a severa, con vulnerabilidad social y que no cuenten con redes de apoyo efectivas.

La perspectiva que mantiene SENAMA con relación a los ELEAM es que constituyan el último dispositivo al cual recurrir frente a una persona mayor con algún grado de dependencia. En este sentido, hay sintonía con lo que plantea la CIDHPM respecto a la participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad de las personas mayores.

La directora (s) de SENAMA, Claudia Asmad, lo indica de la siguiente manera

es importante recordar que este es el último dispositivo. Nosotros queremos que las personas mayores estén insertas en la sociedad, en sus comunidades, con sus redes de apoyo y si hay disminución de la funcionalidad, cierto, tendrían que ser personas mayores con dependencia moderada y severa, que no tienen red de apoyo y que ninguno de los dispositivos anteriores pudo suplir ese cuidado en su hogar o en el lugar donde ellos estaban.

Cabe destacar que en los ELEAM de SENAMA ninguna persona ingresa contra su voluntad, existiendo como requisito la firma de un consentimiento informado. Sin embargo, se puede producir una vulneración de derechos cuando los tribunales de justicia, por violencia intrafamiliar, deciden que la persona mayor tiene que institucionalizarse, sin considerar su voluntad. Por otra parte, en estos ELEAM existe un Consejo de residentes, donde se analiza la situación de las residencias por parte de las mismas personas mayores.

En la gestión de las residencias de SENAMA, el enfoque de derecho también se visualiza en la vinculación e integración con la comunidad. Se promueve, en el plan de intervención individual

(nota 31) Para más información, ver: Informe Anual INDH 2018, Capítulo 5. Derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado: situación de los niveles de cuidado entregados por establecimientos de larga estadía.

(nota 32) Información proporcionada por la directora (s) de SENAMA, Claudia Asmad, en entrevista realizada por el INDH.

que posee cada residente, que la persona mayor pueda salir (ir de compras, salir a cobrar su pensión, ir a la peluquería, etc.). Así también, hay importantes avances en materia de respeto de los derechos sexuales de las personas mayores. SENAMA firmó recientemente un convenio con el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) para resguardar los derechos de las personas mayores de la diversidad sexual.

Este organismo se ha planteado como desafío avanzar en la eliminación de los prejuicios respecto de la sexualidad de las personas mayores, particularmente, la visión de este grupo etario como personas asexuadas. La directora (s) de SENAMA informó, en la entrevista con el INDH, sobre un proceso de capacitación en esta temática a las y los profesionales de los ELEM SENAMA. Así también, otro importante desafío para SENAMA es avanzar en tener pertinencia cultural. Actualmente, se está trabajando en los ELEM de Cunco, Melipeuco y Loncoche, en busca de una atención con esa perspectiva.

De manera general, en los ELEM SENAMA, según reporta el propio Servicio, se aplican los estándares de calidad que derivan de la CIDHPM y se busca avanzar en su aplicación en los ELEM que reciben subvención del Estado. Bajo este principio, cada vez que una institución vuelve a postular a subsidio estatal, se espera que cumpla cada vez más con los protocolos establecidos por SENAMA. (nota 33) En palabras de la directora (s), Claudia Asmad

Porque a lo que postulan es un fondo y ellos [ELEM subvencionados] establecen un plan de intervención de mejoramiento de condiciones de personas mayores, porque finalmente ese es el objetivo del fondo y, por lo tanto, yo diría que este fondo empezó hace como unos 10 años, y hoy día claramente, por lo menos, los ELEM relacionados, tienen un tratamiento de la persona mayor y una relación con sus residentes mucho más cercana al enfoque de derechos que antes. No como los de SENAMA, pero la idea es ir cumpliendo estándares para que cada día sea un tratamiento mucho más personal [como sujeto de derechos], que es lo que nosotros establecemos.

Con relación a la cobertura de los ELEM de SENAMA, la directora reconoce la existencia de un importante déficit de cupos y de establecimientos. Sin embargo, reitera que la línea de trabajo que están impulsando apunta a que las personas mayores que ingresen a un establecimiento de larga estadía lo hagan porque, efectivamente, tienen un mal de Alzheimer avanzado u otro tipo de problemas que vuelvan imposible seguir manteniéndolos en su casa.

(nota 33) Estándares de calidad para establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Protocolos SENAMA, 2016, disponible en página Web de SENAMA.

Centros diurnos

Estos centros están presentes en 153 municipios del país, (nota 34) beneficiando a un total de 3.915 personas mayores con dependencia leve, quienes son derivadas a través de los centros de salud de su comuna. El objetivo de este programa es apoyar y fortalecer en la persona mayor la ejecución de sus actividades de la vida diaria sin sacarla de su entorno familiar y comunitario, es más, favoreciendo su conexión con él. A las personas que ingresan en el centro se les desarrolla un conjunto de acciones (terapia ocupacional, estimulación cognitiva y otras) para que recuperen el máximo potencial de su funcionalidad. El programa Centro Diurno se encuentra dirigido a todos aquellos adultos mayores (con 60 años y más) que pertenezcan a los quintiles de vulnerabilidad I, II y III, con dependencia leve.

Cuidados domiciliarios

El Programa de Cuidados Domiciliarios entrega servicios de apoyo y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria a personas mayores que presentan dependencia moderada o severa, que no cuentan con un cuidador principal y que se encuentran en el 60% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad, según la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares. Además, deben residir en la comuna donde se implementa el programa.

De acuerdo a lo expresado por los funcionarios de SENAMA entrevistados

Estamos con aquellas personas mayores que no tienen una red de apoyo [...] para que permanezcan en su lugar de pertenencia. A este programa, que nos falta muchísimo por crecer, y que inicialmente estamos en zonas rurales, donde es más difícil accesos de otros programas que se complementan, de salud, de los CESFAM, que son cuidados domiciliarios que tienen otros Ministerios, por eso el gran desafío que tiene esta administración, es sentar las bases del Sistema Nacional de Cuidado.

Adicionalmente, de acuerdo a la información proporcionada por SENAMA, también se cuenta con la Red de Apoyo Local, dependiente de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Si bien esta red no es exclusivamente para personas mayores, pues se dirige a los hogares del 60% más vulnerable con integrantes hombres y mujeres en situación de dependencia, brinda apoyo a las y los cuidadores, formales o informales, para que disminuyan su nivel de sobrecarga.

(nota 34) De un total de 345 municipios en el país.

Condominios de viviendas tuteladas

Los condominios de viviendas tuteladas corresponden a conjuntos habitacionales de viviendas individuales, adecuadas para personas mayores autovalentes y en situación de vulnerabilidad. El objetivo es que estas personas accedan a una solución habitacional y, además, reciban ayuda en función de promover su autonomía, pertenencia e identidad, a través de un plan de intervención social que facilite su participación comunitaria y su acceso a redes de apoyo.

Claudia Asmad lo describió de la siguiente manera

Es un programa súper bonito de SENAMA, hoy día tenemos 55 condominios que están funcionando a lo largo de Chile, son condominios de entre 20 casas en promedio, porque hay uno solo que tiene 45 en La Pintana, que están insertos en una zona urbana, que estén cerca del CESFAM, insertos en la comunidad, eso es importante. Antes había un programa diferente, donde se les arrendaba una vivienda, pero desde el punto de vista de intervención, para nosotros es mucho más fácil intervenir, viviendo con todos ellos agrupados.

Hay un operador, que es un monitor, que es generalmente un profesional, que está de lunes a viernes, y que ve algunas cosas respecto de atención de salud, de acompañamiento, porque está dirigido a personas mayores, que están en el 60% más vulnerables del Registro Social de Hogares, que no tienen solución habitacional. Por lo tanto, estas casas se van adaptando a las necesidades y han ido evolucionando muchísimo, tienen sus baños, su cocina, su living comedor, entonces apuntan a un público objetivo que son personas mayores autovalentes. Tienen además un espacio, que es una sala común, donde ellos tienen un club, tienen talleres, se mantienen la sociabilidad y las casas son preciosas, han ido evolucionando muchísimo. Las últimas que fuimos a inaugurar en Puerto Natales tienen hasta su patio chiquitito, entonces tienen espacios comunes que tienen huertas y cada uno tiene sus propios espacios.

Al analizar de manera general los diversos programas que ofrece SENAMA en relación al cuidado, sus objetivos y principios que los sustentan, es posible apreciar una perspectiva de sujetos de derechos de las personas mayores y no de beneficiarias de políticas públicas. A nivel de documentos y de la estructuración general de estos programas, también se vislumbra la perspectiva de derechos humanos como lo indica la CIDHPM. Lo que quedaría pendiente en materia de derechos humanos, sería considerar la evaluación de quienes acceden a estos servicios en relación a su calidad y efectividad; así como el impacto que tienen en la vida de personas cuidadas y cuidadoras.

Al respecto, Daniela González, de la CEPAL, señaló

Vemos que Chile ha hecho avances, pero también sabemos que está al debe en varios ámbitos, entonces hay buenas prácticas (...) hay una serie de leyes y de acciones de política pública que abogan por los derechos de las personas mayores, hay una institucionalidad que es el SENAMA que también trabaja con ellos, pero obviamente que hay algunos ámbitos que todavía no se han desarrollado al 100%.

A pesar de los avances, uno de los principales problemas que enfrentan todos los programas de cuidados es la muy acotada cobertura que alcanzan. Al revisar los párrafos precedentes, en todos ellos se habla que para el acceso es necesario pertenecer al 60% más vulnerable de acuerdo al Registro Social de Hogares o que serán beneficiarias las personas pertenecientes a los quintiles I, II y III. Esto implica una gran focalización de los programas, que deja fuera a un importante segmento de la población de personas mayores; además de quienes, pese a cumplir los requisitos, no acceden al programa requerido por desconocimiento o falta de cupo, quedando en una suerte de lista de espera. La tabla que se presentó al inicio de este acápite deja en evidencia la escasa cobertura que alcanzan cada uno de los programas.

La directora (s) de SENAMA piensa que este déficit es la principal brecha que enfrentan e indica que uno de sus principales desafíos, que involucra un mejoramiento presupuestario, es fortalecer la institucionalidad del Servicio. Esto, porque, si bien SENAMA está presente a nivel nacional, son débiles aún en las coordinaciones regionales, por tener equipos pequeños, con un promedio de 10 a 15 personas por región.

Más allá de las brechas de cobertura y de los presupuestos que no permiten ampliar el acceso a más personas mayores que lo requieran, la gran deuda de Chile es la ausencia de un Sistema Nacional de Cuidados, garantizado jurídicamente. Al respecto, en su primera Cuenta Pública, el presidente Gabriel Boric dio a conocer varias medidas que se impulsarán durante su gobierno, siendo una de ellas la implementación del Sistema Nacional de Cuidados (SNC), el cual se irá escalando hasta que sea universal. Sus principales ejes serán: a) Registro de personas cuidadoras; b) fortalecimiento de los programas de cuidados domiciliarios; c) fomento de la capacitación y empleo formal para quienes ejercen estas labores de manera informal, y d) universalidad.

Derecho a la seguridad social

La CIDHPM señala en su artículo 17, relativo a la seguridad social, que

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.

Así también, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (nota 35) ha señalado que las pensiones sociales son un elemento fundamental del derecho a la seguridad social para las personas mayores, pues el disfrute de sus derechos humanos puede verse amenazado por falta de una pensión social suficiente.

(nota 35) ACNUDH. Acerca del derecho a la seguridad social. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/social-security/about-right-social-security-and-human-rights>. Consultada en octubre de 2022.

Además, agrega que las mujeres de edad son especialmente vulnerables, dado que viven más tiempo y muchas de ellas realizaron durante su vida una labor asistencial no remunerada que restringió su capacidad de obtener empleo formal y, por consiguiente, de acceder a la seguridad social contributiva.

En Chile, desde la década de los años 80, se establece un sistema de pensiones que incorpora un régimen de capitalización individual obligatorio para todas y todos los trabajadores, operado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que son sociedades anónimas de carácter privado.

En 2008, el sistema de pensiones sufre una transformación. Mediante la Ley N° 20.255, se establece un sistema de pensiones solidarias (no contributivas), (nota 36) a través del cual el Estado de Chile entrega y financia beneficios como las pensiones básicas solidarias (PBS) de vejez e invalidez y los aportes previsionales solidarios (APS) de vejez e invalidez (nota 37). Las personas beneficiarias de las PBS de vejez son mujeres y hombres de 65 años, pertenecientes al 60% más pobre o vulnerable de la población que se encuentren inscritos en el Registro Social de Hogares.

A partir del 1 de agosto de 2022, la Pensión Garantizada Universal (PGU) es un beneficio del Estado que reemplaza a los beneficios de vejez del Pilar Solidario. Su carácter universal se manifiesta en que, de este aporte financiado por el Estado, que asciende a un máximo de \$193.917, (nota 38) solo quedan excluidos las personas que integren el 10% más rico de la población.

Realidad de las pensiones en Chile

De acuerdo a los datos de la Fundación SOL (Gálvez & Kremerman, 2021), (nota 39) a diciembre de 2020, existía un total de 982.736 pensiones pagadas. De ese total de pensiones, el 50% de las personas recibe valor autofinanciado (contributivo) menor a \$154.655. Al beneficiarse del aporte previsional solidario, esta pensión autofinanciada se incrementa, con lo cual la mediana

(nota 36) La pensión no contributiva es una prestación económica que pretende compensar la situación de una persona que carece de ingresos para su subsistencia. Son aquellas que no requieren de aportes (cotizaciones) para su otorgamiento. Las pensiones a la vejez o por invalidez son un derecho que tienen aquellas personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad social, sin amparo previsional.

(nota 37) Permite acceder a un aporte monetario mensual, financiado por el Estado, que incrementa las pensiones percibidas en el sistema contributivo a quienes cumplan los requisitos.

(nota 38) Reajustable todos los febreros de cada año.

(nota 39) Todos los datos de la Fundación SOL se elaboraron a partir de la información de la Superintendencia de Pensiones, a diciembre de 2020.

del monto de la pensión alcanza a los \$215.120. De esta forma, la mitad de las personas que reciben una pensión autofinanciada se encontraría bajo la línea de la pobreza para hogares unipersonales (nota 40) si no recibiera el APS.

Por otra parte, el 50% de las personas que cotizaron entre 30 y 35 años recibió una pensión total menor a \$315.705, monto inferior al salario mínimo de diciembre de 2020 que ascendía a \$326.500.

En el caso de las mujeres, la mitad de las 456.571 pensionadas por vejez, recibe menos de \$141.283 como pensión autofinanciada. La pensión mediana de las mujeres aumenta a \$159.887 al considerar el Aporte Previsional Solidario, sin embargo, este valor se encuentra por debajo de la línea de la pobreza para hogares unipersonales. El 50% de las mujeres que cotizaron entre 30 y 35 años autofinanciaron una pensión menor a \$279.367 y con el APS pueden llegar a una pensión mediana de \$295.355. En ambos casos los montos se ubican por debajo del salario mínimo vigente a diciembre de 2020 (\$326.500).

El total de hombres que reciben pensiones de vejez alcanzaba a las 526.165 personas a diciembre de 2020. De este total, el 50% de los jubilados por vejez recibe una pensión autofinanciada menor o igual a \$179.073, monto superior a la línea de la pobreza para hogares unipersonales a diciembre de 2020 en \$4.131, pero menor al salario mínimo por diferencia de \$147 mil. Al considerar el APS, el 50% de los hombres jubilados recibe una pensión menor a \$249.424, monto menor al salario mínimo a diciembre de 2020. En la misma línea, el 50% de los hombres que cotizaron entre 30 y 35 años, pudieron autofinanciar una pensión de vejez menor o igual a \$318.320, monto que es inferior al salario mínimo antes mencionado en \$8.180. Al considerar el APS, la pensión mediana de ellos llega a \$332.565, esto es \$6.065 superior al salario mínimo (Gálvez & Kremerman, 2021).

Al realizar un análisis regional, en la Región de Antofagasta se observa el monto mediano más alto, llegando al 64,6% del salario mínimo vigente a diciembre de 2020. Si se toman los montos de pensiones autofinanciadas promedio, se observa que solo en esta región las pensiones superan los \$300 mil. Las regiones donde se registran los montos medianos de pensiones autofinanciadas más bajos corresponden a: Aysén, Maule, Los Lagos, La Araucanía, Ñuble, O'Higgins y Los Ríos. Solo Antofagasta presenta un monto mediano de pensión que logra superar la línea de la pobreza para un hogar unipersonal.

Con relación a las pensiones totales que incluyen el aporte previsional solidario, el monto mediano más alto se alcanza en Antofagasta, donde la cobertura con relación al salario mínimo corresponde al 80,0 %. En las regiones de Aysén, Maule, Los Lagos y La Araucanía, el monto de la pensión mediana total no alcanza a cubrir sobre el 60% del salario mínimo.

(nota 40) El valor de la línea de pobreza para hogares unipersonales, a diciembre de 2020, alcanzaba los \$174.943.

En el caso de las mujeres, en todas las regiones el monto mediano de pensiones autofinanciadas es inferior a la línea de la pobreza para hogares unipersonales. En la Región Metropolitana, que es donde se concentra la mayor densidad de mujeres jubiladas, se observa que el 50% de las 212.699 mujeres recibe una pensión de vejez menor o igual a \$146.224. Cuando se consideran las pensiones totales, es decir, que incluyen APS, el monto mediano para la Región Metropolitana es \$169.771, alcanzando una cobertura del 52% del salario mínimo y un 97% de la línea de la pobreza para hogares unipersonales (Gálvez & Kremerman, 2021).

Por otra parte, de acuerdo a los datos proporcionados por SENAMA, (nota 41) se presenta una tabla con el número y porcentaje de adultos mayores con Pensión Básica Solidaria de Vejez (hombres/mujeres; urbano/rural)

Tabla 4. Personas mayores que reciben Pensión Básica Solidaria de Vejez, según zona de residencia y sexo. Chile, 2020.

Pensión básica solidaria de vejez, según sexo y zona de residencia				
Zona de residencia	Número y %	Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Urbano	Número	149.930	472.031	621.961
	% dentro de Pensión básica solidaria de vejez	24,10%	75,90%	100,00%
Rural	Número	50.614	91.842	142.456
	% dentro de Pensión básica solidaria de vejez	35,50%	64,50%	100,00%

Fuente: SENAMA en base a Casen 2020.

Al analizar la tabla, se constata que el mayor número de personas mayores que recibe una pensión solidaria de vejez son mujeres, tanto en las zonas urbanas como rurales. Esto da cuenta de que las mujeres son las que mayormente desarrollan trabajos informales o labores en el hogar no remunerados, por lo que carecen de cotizaciones previsionales que les permitan tener una pensión de carácter contributivo, debiendo acceder a las pensiones de carácter solidario que otorga el Estado para tener ingresos en las etapas finales de la vida.

La descripción del monto y características de las pensiones que reciben las personas mayores de Chile permiten entender que estas constituyan una de las mayores preocupaciones que las aquejan, junto con los temas de salud. Esta preocupación ha quedado constatada, como ya se expuso en este capítulo, tanto en la Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2020 del INDH, como en la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez de 2019, de la Universidad Católica de Chile.

(nota 41) Vía Oficio N° 420, del 8 de julio de 2022.

Así también, Elvira Sánchez, (nota 42) miembro del Consejo de Dirigentes Sociales (CODISAM) y del Consejo ejecutivo mixto de Gerópolis, en entrevista con el INDH señala

[A las personas mayores] les afecta sumamente en el tema que tenemos en Chile, de las bajas pensiones. Sumado a que Chile es un país que es caro para vivir. Y también, a pesar de los adelantos que los reconocemos, también hay muchas áreas que son caras en Chile, por ejemplo, dígame usted, el Sistema Nacional de Salud o el GES, son beneficios baratos o gratuitos, más bien, más que barato, gratuitos; pero si usted tiene una urgencia, tiene que encalillarse, porque no hay hora.

Estructura del gasto de las personas mayores

El retiro de los mercados laborales y vivir de una pensión de vejez contributiva o no contributiva implican cambios significativos en el monto del ingreso y el comportamiento de consumo de las personas mayores.

CIPEM, Centro de Investigaciones en Personas Mayores de la Universidad del Desarrollo, realizó un estudio relativo a ingresos y consumo de las personas mayores (CIPEM, 2019), en que se indican como principales hallazgos que

- El 38% de las personas mayores declara que sus ingresos mensuales son menores a 200 mil pesos y un 44% indica percibir un ingreso entre 200 mil y 499 mil pesos al mes, un 13% declara ingresos entre 500 mil y 999 mil pesos, y el 5% obtiene más de un millón de pesos mensuales.
- Las personas mayores de 60 años indican que su gasto mensual promedio es de 289 mil pesos con una mediana de 200 mil pesos. Un hombre mayor de 60 años tiene un gasto 52% superior al de una mujer.
- 1 de cada 3 adultos mayores declara que sus ingresos no le permiten satisfacer sus necesidades básicas y un 19% de los hogares compuestos solo por personas mayores tiene una preocupación permanente por no tener suficientes alimentos.
- De acuerdo con los datos de ENCAVIDAM, (nota 43) alrededor del 60% de los adultos mayores indica que atraviesa por una situación económica regular; por su parte el 21% considera que su situación económica es buena y un 16% señala que experimenta una mala situación económica.
- La encuesta CASEN 2017 muestra que el 20% de la población mayor tiene acceso a tarjetas de crédito no bancarias, el 10% a tarjetas de crédito bancarias y el 13% a tarjetas de débito.

(nota 42) Elvira Sánchez fue reconocida como una de las 100 “Líderes Mayores” en 2021, premio concedido por la U. Católica, que reconoce a personas de más de 75 años que están generando un impacto en Chile y en sus comunidades.

(nota 43) Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor.

- Frente a un gasto inesperado, el 59% de los hogares compuestos solo por personas mayores reduciría sus gastos o trataría de aumentar sus ingresos. En menor medida prefieren la venta de activos, el crédito informal y, por último, el mercado de crédito formal. Un 39% de los hogares constituidos solo por adultos mayores declara tener algún tipo de deuda.
- Las cifras sugieren que los hogares de personas mayores dependen en mayor medida de fuentes externas de ingresos como las transferencias estatales, 6 de cada 10 hogares de adultos mayores declara ingresos por subsidios del Estado.
- El gasto de los hogares de personas mayores se encuentra fuertemente caracterizado por el consumo en salud. Los hogares de personas mayores declaran un gasto *per cápita* en salud de 62 mil pesos mensuales, mientras que un hogar integrado únicamente por individuos menores de 60 años presenta un gasto per cápita mensual de 30 mil pesos.

En este marco, es necesario referirse de manera general a las condiciones de vulnerabilidad económica de las personas mayores. De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2020), un 4,6% de las personas mayores se encuentra bajo la línea de la pobreza por ingresos y el 22,1% en condiciones de pobreza multidimensional. Para la población general del país, el nivel de pobreza llega al 10,8%. Además, como ya lo indicábamos en los párrafos anteriores, las personas mayores presentan importantes niveles de vulnerabilidad social. Así, un porcentaje significativo de esta población tiene gastos superiores a su ingreso mensual, esto es, una de cada tres personas mayores declara que sus ingresos no les permite satisfacer sus necesidades básicas y un 19% tiene una preocupación constante por no tener alimentos suficientes.

A continuación, se presenta una figura que desagrega por región y sexo los niveles de pobreza de las personas mayores.

Tabla 5. Distribución de niveles de pobreza entre personas mayores, según región y sexo. Chile, 2021.

Región	Pobreza		Personas mayores		
	2017	2021	% regional	hombres	mujeres
Arica y Parinacota	2,7	5,3	16,5	44,7	55,3
Tarapacá	2,1	6,4	12,5	47	53
Antofagasta	1,9	4,3	12,3	45,9	54,1
Atacama	4,2	4,35	16,2	46,8	53,2
Coquimbo	6,6	4,9	18,4	45,4	54,6
Valparaíso	3,4	6,2	20,8	44	56
RM	2,2	4,6	16,3	42,9	57,1
O'Higgins	5,14	5,6	19,4	47,7	54,3
Maule	7,6	7,1	19,7	46,2	53,8
Ñuble	9,6	6,8	21,6	44	54
Biobío	5,7	6,7	18,8	44,5	55,5
La Araucanía	10,2	8,7	19,4	45,7	54,3
Los Ríos	8,1	6,8	19,6	45,3	54,7
Los Lagos	6,9	5,5	17,7	46,2	53,8
Aysén	3,3	4,7	16	48,2	51,8
Magallanes	1,1	2,5	18,6	48,4	54,6
Total Chile	4,5	5,6	17,6	44,5	55,5

Fuente: Economía y Negocios, El Mercurio, 2021. (nota 44)

(nota 44) Diego Aguirre (25 de septiembre de 2021). Adultos mayores en situación de pobreza aumentaron casi 38% entre 2017 y 2021. *El Mercurio*. Disponible en: <https://digital.elmercurio.com/2021/09/25/B/88412CFN/light?gt=050001>. Consultado el 10 de noviembre de 2022.

Como es posible ver en la tabla 5, en todas las regiones del país las mujeres adultas mayores presentan niveles de pobreza más elevados que los hombres adultos mayores. Por otra parte, se evidencia un aumento de los niveles de pobreza de las personas mayores entre 2017 y el 2021, donde la cifra sube de un 4,5% al 5,6% de los adultos mayores.

Finalmente, cabe señalar que no existe mucha información relativa a las personas mayores pertenecientes a pueblos originarios; sin embargo, según las estadísticas del Ministerio de Desarrollo Social (2017), las personas mayores pertenecientes a pueblos originarios presentan mayores índices de pobreza multidimensional (36,9%) que aquellas que no pertenecen a ese grupo (20,7%). (nota 45) Así también, de acuerdo a lo planteado en el proyecto de investigación denominado “Vejez Diversa”, (nota 46) en un contexto como el chileno en que existe una deuda histórica hacia los pueblos originarios del país, las trayectorias de las personas de ese grupo se han visto marcadas por experiencias de marginalización, discriminación y racismo. Esta situación repercute en las condiciones de vida durante la vejez, a través de la acumulación de desigualdades que se traducen en un mayor riesgo de vivir experiencias adversas como la pobreza y la discriminación, así como un acceso menor a oportunidades de participación ciudadana y programas sociales para personas mayores.

VI. Autonomía e independencia de las personas mayores

De acuerdo a lo planteado por la CEPAL (2017), la autonomía y la independencia son conceptos interdependientes. La autonomía es la capacidad de ejercer la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan a la propia vida (incluso, si fuera preciso, con la asistencia de otra persona), y la independencia consiste en vivir en sociedad sin asistencia, o al menos con un grado de asistencia que no someta a las personas de edad al arbitrio de otros. El derecho a la independencia y autonomía es uno de los grandes pilares de la CIDHPM. El artículo 7 de dicha Convención establece que los Estados partes adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce del derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a definir su propio plan de vida y a desarrollar una vida autónoma e independiente. Además, incluye este derecho dentro de los principios que rigen esta Convención, refiriendo a la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor (art.3, letra c).

Huenchuán (2012) plantea que, desde una perspectiva de derechos humanos, la autonomía implica, por un lado, una dimensión pública que tiene que ver con la participación activa en la

(nota 45) <https://www.vejezdiversa.cl/areas-de-investigacion/pueblos-originarios>. Consultado el 04 de diciembre de 2022.

(nota 46) Proyecto FONDECYT, financiado por ANID.

organización de la sociedad y, por otro, una dimensión personal que se expresa en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por uno mismo son la base de su ejercicio (CEPAL, 2012).

De esta manera, la autonomía e independencia de las personas mayores significa que tienen derecho a vivir de manera independiente, libre y autónoma, es decir, que pueden tomar decisiones independientes en todas las cuestiones que les afecten, como la propiedad, los ingresos, las finanzas, el lugar de residencia, la salud, los tratamientos médicos o los cuidados (CEPAL, 2017). La autonomía también supone el reconocimiento de las personas mayores como sujetos con personalidad jurídica ante la ley; esto implica la libertad y la capacidad jurídica para adoptar decisiones (CEPAL, 2017).

La independencia y la autonomía implica que se respeten jurídicamente las decisiones personales. Por esto, la negación o la restricción de la capacidad jurídica perjudica en forma directa la autonomía de las personas mayores, pues ya no serán capaces de ejercer su derecho a adoptar decisiones sobre asuntos civiles, comerciales, administrativos, judiciales o de salud, entre otros.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su Observación General N°5, (nota 47) se refiere al tema de la autonomía y las responsabilidades de los Estados. Estos planteamientos también son aplicables a los adultos mayores. Este Comité indica que el derecho a vivir de forma independiente posee 3 ámbitos de obligaciones: a) deber de respetar, que supone un deber de abstención de injerencias, fácticas e institucionales, lo que incluye la adecuación de los ordenamientos jurídicos y la eliminación de la institucionalización; b) deber de proteger, lo que obliga a los Estados a tomar acciones para evitar que estas garantías sean vulneradas por los particulares, sean familiares, cuidadores o prestadores de servicios de cuidados, lo que integra un componente importante de fiscalización; y c) dar efectividad, lo que implica tomar las acciones de carácter legislativo y programático propias de la satisfacción de un derecho.

Sobre el tema, el *Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la CIDHPM* (2017) indica que el análisis de las fuentes jurídicas primarias permitió comprobar que en el ordenamiento jurídico nacional existe un tratamiento superficial de esta dimensión de protección. Señala el estudio que, en términos globales, la normativa nacional es escasa y dispersa; existen algunas disposiciones que reconocen derechamente estas garantías, pero su aplicación está dirigida a un grupo de la población muy preciso, favoreciendo solo de manera tangencial a las personas mayores.

(nota 47) Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

Por último, el estudio indica

El resto de las normas relevantes tienen relación con supuestos en los cuales puede limitarse la capacidad –de ejercicio– de las personas mayores, pues se entiende que estos casos, aun cuando pertenecen a la dimensión “capacidad jurídica” (art. 30 CIDHPM), pueden de igual forma conllevar situaciones de vulneración de las garantías en comento.

Daniela González, de CEPAL, señala respecto del tema de la autonomía de las personas mayores

Yo creo que a veces hay una invisibilización del adulto mayor, en donde está asociado también a la infantilización y donde en general, el hijo o la hija o el acompañante que va, que es parte de la familia, a veces hasta se dirigen a él para hablarle y no a la persona mayor.

Entonces, creo que es importante, porque eso incide en que, si nosotros hacemos que pierda autonomía la persona mayor y [no] decida de alguna manera por sí misma, también lo estamos fragilizando, es decir, lo estamos llevando más a esa dependencia. En cambio, mientras ellos puedan tomar sus decisiones, dónde vivir, con quién atenderse, qué quieren para sí mismos, creo que estamos creando, por un lado, autonomía, pero fortaleciendo la autoestima. Entonces, creo que es importante entender que independiente de la edad que tengan, tienen que ellos tomar sus propias decisiones. Y no acompañar esta decisión.

Una dimensión específica de la autonomía de las personas en general y de los adultos mayores en particular, es el consentimiento informado, aplicado centralmente en el área de la salud, pero también en otras circunstancias como, por ejemplo, el ingreso a un establecimiento de larga estadía para personas mayores.

La firma del consentimiento informado es una obligación garantizada por la ley de derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (Ley N° 20.584 de 2012), sin embargo, frente a cualquier tratamiento o procedimiento, el proceso por el cual esta firma se obtiene no siempre garantiza que la persona mayor haya comprendido a cabalidad lo que implica la atención de salud que requiere de su consentimiento y firma. René Guzmán, jefe del Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, explica lo siguiente

Se necesita, para poder explicarle adecuadamente a una persona mayor en un lenguaje apropiado, utilizando el medio adecuado, cierto. Entendiendo que [a] una persona tú le presentas un consentimiento informado [...], y lo tienes arriba de una camilla o arriba de una cama y no le das el tiempo suficiente, o no le aportas su ayuda técnica para que pueda leerlo adecuadamente, con el temor que implica que tú tienes al médico encima diciendo “señora, fírmeme esto”. La señora va a hacer esto, “ya doctor, listo”, “¿lo leyó?”, “sí doctor, está todo bien, gracias”.

[También está el problema del] analfabetismo o baja escolaridad, baja capacidad de comprensión de un texto que muchas veces usa palabras o lenguajes que a uno le quedan gigantes y la incapacidad o la poca opción de decirle, “doctor, ¿qué dice aquí? ¿qué significa

esto?”, [...] la respuesta muy probable es la mirada inquisidora de decir “señora no pregunte tonteras, firme”.

Por otra parte, como ya fue señalado en el acápite sobre Cuidados, en los ELEAM de administración directa de SENAMA, todas las personas mayores firman un consentimiento informado relativo a la voluntariedad de su ingreso al establecimiento. Sin embargo, dicho consentimiento no se aplica en los establecimientos de larga estadía privados. Así también, los Tribunales de Familia decretan la internación de una persona mayor en un ELEAM –por situaciones de violencia intrafamiliar– sin considerar la voluntad de la persona mayor.

Otro tema de preocupación son las medidas de tutela. Para la CEPAL (2017), las personas mayores a menudo siguen siendo despojadas de manera arbitraria de su capacidad de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, hacer elecciones y lograr sus metas, lo que limita cualquier posibilidad de que controlen sus vidas. Esta organización indica que con frecuencia no se hace una distinción entre la autonomía moral y la autonomía fáctica. (nota 48) De este modo, frente a una ausencia de esta última, se restringe de inmediato la capacidad de las personas mayores para tomar sus decisiones. Se hace caso omiso al hecho de que, de acuerdo con lo que dicta el derecho internacional, cualquiera sea la limitación, nunca debe considerarse como absoluta de una vez y para siempre.

En la actualidad, el ordenamiento jurídico de Chile considera a la persona con deterioro o daño cognitivo como portadora de una condición tal, que una vez declarada, le hace perder todos sus derechos, incluyendo la capacidad de disponer de sus bienes. Dicha calificación absoluta atenta contra la autonomía de los adultos mayores que padecen estados graduales de deterioro cognitivo, afectando además de manera muy profunda su dignidad. En el Código Civil vigente, la persona pasa desde la capacidad absoluta a la interdicción sin rangos intermedios, lo que constituye un desfase con la realidad gradual de muchos cuadros de deterioro cognitivo.

Al respecto, el INDH (nota 49) ha señalado que son problemáticos los modelos clásicos de incapacidad, debido a que despojan a la persona de la capacidad jurídica y se nombra a un sustituto que decidirá por ella. Todo esto genera un sistema binario en torno a si la persona es capaz o incapaz; sumado a que la legislación chilena en esta materia no reconoce grados intermedios entre la capacidad y la incapacidad. El panorama descrito está en directa contradicción con las obligaciones internacionales adquiridas por el Estado en materia de derechos humanos de las personas mayores y de las personas con discapacidad.

(nota 48) La primera, relativa a la capacidad racional para tomar decisiones de las que se puede ser responsable, y, la segunda, concerniente a la posibilidad de llevar a cabo las decisiones.

(nota 49) Presentación del INDH en la Comisión Especial del Adulto Mayor del Senado, con fecha 18 de junio de 2020.

En la misma línea de los cuestionamientos planteados sobre el tema, el reciente *Protocolo de Acceso a la Justicia de Personas Mayores*, elaborado por la Corte Suprema de Chile, en abril de 2021, señala

la importancia de la valoración que debe efectuar el tribunal sobre la competencia de la persona mayor para tomar decisiones autónomas de aspectos de su propia vida. Con especial énfasis en las consecuencias de la declaración de interdicción y considerando los principios imperantes en la Convención Interamericana respecto a los principios de dignidad, independencia, protagonismo y autonomía.

Finalmente, cabe destacar que uno de los mayores temores de las personas mayores es perder su autonomía. De acuerdo a los resultados de la Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2019) de la Universidad Católica de Chile, un 67,5% de las personas encuestadas indicó que su mayor temor y preocupación era la dependencia de otros o pérdida de la autonomía.

Así también, el análisis de correspondencias múltiples que se realizó a partir de los resultados de la Encuesta permitió ver asociaciones entre las categorías de riesgos en la vejez. Entre las de mayor relevancia está la asociación entre mala salud, baja autonomía, dependencia funcional y mayor percepción de maltrato. Es así como las personas mayores que se sienten más maltratadas son aquellas que perciben baja autonomía, las que tienen dependencia funcional severa o moderada y, al mismo tiempo, padecen mala salud.

VII. Consideraciones finales

Como fue expuesto en el desarrollo del presente capítulo, Chile presenta un proceso de transición demográfica, caracterizado por el acelerado envejecimiento de la población. Este fenómeno es más veloz que en otros países donde se inició este cambio demográfico con anterioridad, como es el caso de la mayoría de las naciones europeas, en las que esta mutación tomó entre 70 y 100 años. En los próximos 25 años, en Chile se duplicará el porcentaje de personas mayores, lo cual impone grandes desafíos para la sociedad en general y para el accionar del Estado, en particular.

La institucionalidad pública abocada al trabajo con las personas mayores ha realizado avances importantes en asumir una perspectiva de derechos humanos. Un número significativo de leyes y de acciones de política pública abogan por los derechos de las personas mayores. Destacan, en este sentido, su consideración como sujetos de derechos y no como personas beneficiarias de políticas públicas y, asimismo, que las voces de las organizaciones de personas mayores sean consideradas en la elaboración de políticas, programas y acciones que los afectarán de manera directa.

Sin embargo, hay importantes tareas pendientes. La mayoría de los programas que impulsa tanto SENAMA como el Ministerio de Salud tiene una escasa cobertura. Como ya se indicó, estos programas están focalizados preferentemente en el 60% de las personas mayores más vulnerables que consigna el Registro Social de Hogares. Además, muchos de estos programas están disponibles solo en las capitales regionales, situación que dificulta, particularmente, el acceso a ellos de las personas mayores que viven en zonas rurales.

Si bien la magnitud de los recursos fiscales es acotada y deben ser distribuidos en múltiples dimensiones del accionar del Estado, las políticas públicas para este grupo de la población se encuentran muy lejos de una universalidad de derechos como plantea la CIDHPM.

Por otra parte, está pendiente la generación de información estadística y también de carácter cualitativo sobre la situación de las personas mayores pertenecientes a pueblos originarios y personas LGTBIQ+. Estos dos grupos han sido históricamente foco de discriminación, exclusión e invisibilización.

Es primordial desarrollar conocimientos sobre las vidas de personas que están envejeciendo y que pertenecen a pueblos originarios, tanto en contextos urbanos como rurales, de manera de fomentar una mayor inclusión de este grupo a través de la participación social y apuntar hacia la creación de políticas que sean pertinentes en términos culturales-territoriales. Así también, la información y análisis sobre la situación de las personas mayores LGTBIQ+ debe implementarse con la mayor prontitud, pues estas personas pueden estar expuestas a una doble discriminación: la relacionada con la edad y la que arrastran desde edades tempranas en forma de LGTBIQ+ fobias. (nota 50)

Otra importante deuda de la institucionalidad que trabaja en torno al tema, particularmente del MINSAL, es la generación de un programa de salud mental con especificidad en las personas mayores. Además de los problemas de salud mental que enfrenta toda la población, muchas personas mayores ven incrementada sus dificultades en este ámbito por situaciones que se enfrentan en este periodo de la vida: limitaciones de su capacidad de autonomía e independencia, aislamiento y soledad, dolor crónico y discriminación en razón de su edad, entre otras, que requieren un abordaje específico.

Otra gran deuda es la creación de un sistema nacional de cuidados, que asegure a quienes requieran cuidados poder acceder a ellos y que garantice los derechos de las personas que cuidan, que en su mayoría son mujeres. En la CIDHPM se señala expresamente que: “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” (art. 12).

Como se indicó en el acápite correspondiente, aunque la familia tiene un rol muy importante, no puede asumir por sí sola los cuidados, debiendo el Estado cumplir el lugar que le corresponde en esta materia. Además, esa labor de las familias –que tradicionalmente recae en esposas, hijas y nueras–, ha carecido de apoyo económico, social y asistencial. En una sociedad que envejece vertiginosamente, la acción del Estado en materia de cuidados debe ser central.

En lo que se refiere a las pensiones, es especialmente preocupante concluir que la mitad de las personas que recibe una pensión autofinanciada (por

(nota 50) Homofobia, lesbofobia, bifobia y transfobia.

cotizaciones en las AFP) se encontraría bajo la línea de la pobreza para hogares unipersonales, si no recibiera el aporte previsional solidario (APS) y, a partir de agosto de 2022, la Pensión Garantizada Universal. Esta situación es más crítica aún en el caso de las mujeres, que han visto disminuida su capacidad de cotizar por desarrollar tareas no remuneradas al interior de sus hogares –entre ellas, muchas veces, las de cuidado– o por trabajar de manera informal. Es labor medular del Estado generar los mecanismos que permitan avanzar hacia pensiones que den garantía de una vida digna a las personas, para que luego de una vida de trabajo no deban enfrentar la vejez como sinónimo de pobreza.

Por último, a partir de los antecedentes proporcionados en este capítulo, resulta indispensable situar la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de las políticas públicas, incorporando la perspectiva de derechos humanos que emana de instrumentos y acuerdos internacionales y regionales, incluyendo lo que refiere a su independencia y autonomía, plasmadas, entre otras dimensiones, en la capacidad jurídica que se les garantiza.

El reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos es parte de una lucha más amplia por avanzar hacia sociedades incluyentes y democráticas, en cuyo seno la edad como factor de discriminación y violencia deje de ser parte de la vida cotidiana de mujeres y hombres.

VIII. Recomendaciones

1. El INDH recomienda al Poder Ejecutivo, particularmente al Ministerio de Desarrollo Social y Familia y al Poder Legislativo, adoptar las medidas administrativas y legislativas que sean necesarias para establecer un Sistema Nacional de Cuidados, con perspectiva de derechos humanos y de género.
2. El INDH recomienda al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la generación de estadísticas desagregadas, que permitan conocer la situación específica de las personas mayores pertenecientes a los pueblos originarios y la realidad de las personas LGBTQ+, a fin de poder desarrollar políticas públicas con pertinencia cultural e identitaria.
3. El INDH recomienda al Ministerio de Salud el desarrollo de un programa específico de salud mental para personas mayores.
4. El INDH recomienda al SENAMA el desarrollo de campañas públicas, a través de los diferentes medios de comunicación, para avanzar en la erradicación de los estereotipos, prejuicios, la discriminación y la violencia hacia las personas mayores.
5. El INDH recomienda al SENAMA y al Ministerio de Salud continuar fortaleciendo la capacitación con enfoque en derechos humanos al personal que trabaja en ELEAM, con especial énfasis sobre el derecho de las personas mayores a disfrutar de su sexualidad, sin limitaciones emanadas de mitos, prejuicios y estereotipos.
6. El INDH, recomienda al SENAMA y al Ministerio de Salud realizar los mayores esfuerzos para aumentar la cobertura de sus programas para personas mayores, considerando, en su planificación presupuestaria, un aumento progresivo de los fondos destinados a estos programas.

7. El INDH recomienda al Ministerio de Salud incorporar en el Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores, la dimensión de atención de la salud sexual de estas personas.
8. El INDH recomienda al Ministerio de Salud generar los mecanismos que permitan dar cumplimiento integral y oportuno a las garantías GES, con especial enfoque en disminuir las listas de espera para garantizar el derecho a la salud y la integridad física y psíquica de las personas mayores.
9. El INDH recomienda al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, al SENAMA y al Ministerio de la Mujer y la equidad de Género, incorporar a las personas mayores dentro de la elaboración de planes, políticas y programas sobre derechos sexuales y reproductivos; y capacitar a los respectivos profesionales en el tema.
10. El INDH recomienda al Ministerio de la Vivienda, en coordinación con SENAMA, garantizar el derecho a la vivienda adecuada para las personas mayores.
11. El INDH recomienda al Poder Ejecutivo y al Poder Legislativo adoptar las medidas administrativas y legislativas que sean necesarias, a fin de impulsar la urgencia al proceso de tramitación de una reforma al sistema de pensiones y poner énfasis en que en esta se enmarque en una perspectiva de derechos humanos.
12. El INDH recomienda al Ministerio de Transporte garantizar que la locomoción colectiva, tanto urbana como rural, cuente con una accesibilidad física que dé cuenta de los requerimientos y necesidades de las personas mayores.
13. El INDH recomienda al Ministerio de Vivienda y Urbanismo impulsar planes para el desarrollo de ciudades amigables con las personas mayores, es decir, adaptar los servicios y estructuras físicas para ser más inclusivos y que se ajusten activamente a las necesidades de esta población.

Bibliografía

- Rodríguez, J., Russo, M., & Carrasco, M. (2017). Políticas Públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el Sistema de Salud chileno. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.
- Acosta, E., Picasso, F., & Perrotta, V. (s/f). Cuidados en la vejez en América Latina: Los casos de Chile, Cuba y Uruguay.
- Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. Revista Médica Clínica Las Condes, 7-12.
- Caballero, M., & Abusleme, M. (2014). El maltrato hacia las personas mayores: realidad y desafíos del abordaje desde las políticas públicas en Chile a través del SENAMA. En SENAMA, Maltrato a las personas mayores: Haciendo visible lo invisible. Santiago: SENAMA.
- CEPAL. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2012). Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. Ciudad de México: CEPAL.
- CEPAL. (2017). Derechos Humanos y Personas Mayores: Retos para la independencia y autonomía. Ciudad de México: CEPAL.
- CEPAL. (2018). Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2020). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. CEPAL.

CIPEM. (2019). Estructura de Gastos y Perfil de Ingresos de los Adultos Mayores en Chile. Santiago: Universidad del Desarrollo.

CIPEM. (2019). Salud y Personas Mayores. Santiago: Universidad del Desarrollo.

Gálvez, R., & Kremerman, M. (2021). Pensiones bajo el mínimo: Los montos de las pensiones que paga el sistema de capitalización individual en Chile. Santiago: Fundación SOL.

Godoy, G. (15 de abril de 2020). Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan? INE. Disponible en: www.ine.cl.
Obtenido de <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan#:~:text=En%20igual%20trimestre%2C%20pero%20de,trabaja%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20Metropolitana>.

Huenchuán, S. (2014). El maltrato de las personas mayores: conceptos, normas y experiencias de políticas en el ámbito internacional. En SENAMA, Maltrato a las personas mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible (págs. 19 - 34). Santiago: SENAMA.

INADI Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (S/F). Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios. Buenos Aires: INADI.

Kremerman, M., & Gálvez, R. (2021). Pensiones bajo el mínimo: Los montos de las pensiones que paga el sistema de capitalización individual en Chile. Santiago de Chile: Fundación Sol.

MINSAL. (2021). Plan nacional de Salud Integral para personas mayores y su Plan de Acción 2020 2030. Santiago: MINSAL.

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS.

OMS. (2021). Informe Mundial sobre Edadismo. OMS.

Padilla, C., & Apablaza, M. (2018). Caracterización de la calidad de vida en la vejez en Chile 1990 y 2015. Santiago de Chile: Centro de Políticas Públicas UDD.

Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Santiago: CEPAL.

Pautassi, L., & Marco Navarro, F. (2021). Feminismos, cuidados e institucionalidad: homenaje a Nieves Rico. Buenos Aires: Fundación Medifé.

Rodriguez-Piñero, L. (2012). La discriminación por razón de edad: perspectivas internacionales. En CEPAL, Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos (págs. 75 - 110). Ciudad de México: CEPAL.

Sánchez Piazza, J. (2018). Cambios de paradigma en la protección de los derechos humanos de las personas mayores. En SENAMA, Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores: Análisis de brechas legislativas y propuestas para su implementación (págs. 54-69). Santiago de Chile: SENAMA.

SENAMA. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago: SENAMA.

SENAMA. (2012). Guía de Prevención del Maltrato a las personas mayores. Santiago: SENAMA.

SENAMA. (2022). Acciones del Estado en torno a la Convención Interamericana sobre protección de los derechos humanos de las personas mayores. Santiago de Chile.

Subsecretaría de Evaluación Social. (2020). Personas mayores, envejecimiento y cuidados. Santiago de Chile.

Universidad Católica de Valparaíso. (2017). Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Santiago de Chile.

Universidad Católica de Valparaíso. (2017). Estudio sobre brechas legales en Chile para la implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Valparaíso: Universidad Católica de Valparaíso.

Villalobos, P., & Guzmán, R. (2021). Geriatras en Chile: historia, brechas y desafíos futuros. Estudios Públicos Online, 1-32.

Villarroel, M. d. (2017). Auto-percepción de las Personas Mayores sobre Discriminación por edad. Santiago.

