



INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2015



CENTRO DE DERECHOS
HUMANOS **udp**

FACULTAD DE DERECHO

ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS HUMANOS EN CHILE: LAS PERSONAS MAYORES MALTRATADAS*

“Yo vivo con un ingreso de 85 mil pesos, me arriendan con agua y luz en 50 mil pesos, de ahí saco la plata para pagar la bóveda de mi madre, que va a ser la bóveda mía también, todos los meses: 25 mil pesos aparte. Y para subsistir me quedan 10 mil pesos, eso es lo que me queda”.

*ANA ISABEL MUÑOZ PIZARRO,
beneficiaria de la pensión básica solidaria.¹*

* Capítulo elaborado por Elisa Ansoleaga y Ester Valenzuela. Agradecemos el apoyo de los ayudantes de la Facultad de Derecho: Javiera Aravena, Francisca Piño y Romina Villarroel y a Magdalena Ahumada, de la Facultad de Psicología, en la elaboración de este texto.

1 Reportaje de "Informe Especial," 8 de junio de 2015. Como se relata en el reportaje, la señora Ana Muñoz hoy se alimenta de los rastros que sobran en la feria, padece cáncer y depresión, y su situación la llevó a intentar suicidarse.

SÍNTESIS

Este capítulo describe y analiza la situación de los adultos mayores en Chile desde una perspectiva de derechos humanos. Nos interesó conocer quiénes son y cómo viven los adultos mayores en nuestro país y en qué medida el Estado les garantiza el ejercicio efectivo de ciertos derechos humanos fundamentales: derecho a la salud, seguridad social –en lo relativo a la previsión social– y derecho a la vida digna. Se describen las acciones que el Estado de Chile realiza y las políticas públicas que se han formulado y llevado a cabo en beneficio de los adultos mayores; y se analiza esta situación en relación a los estándares internacionales y la normativa vigente. Nuestra reflexión se centra en algunos de los derechos que nos parecen de mayor relevancia en la vida de un adulto mayor, concretamente, en los derechos a la salud, a la seguridad social y a una vida digna.

El capítulo concluye constatando que el envejecimiento y su protección es una preocupación reciente y que el sistema de pensiones chileno ha puesto en una situación de mayor vulnerabilidad a las personas mayores, situación directamente vinculada a la responsabilidad que tiene el Estado de Chile en el aseguramiento del derecho humano de esos adultos a una vida digna. Contamos con una débil institucionalidad para la protección de las personas mayores, y por consiguiente, Chile no se ha preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional. Consideramos esencial la incorporación de la perspectiva de género en la revisión de las necesidades de este segmento de la población vulnerado al momento de crear y desarrollar normativa y políticas públicas. Es esencial, asimismo, contar con un sistema de protección específico que reconozca las necesidades concretas de los adultos mayores y una institucionalidad que otorgue mayores atribuciones al Estado para resguardar la satisfacción de dichas necesidades. El maltrato hacia los adultos mayores en Chile no solo se reduce al ámbito físico o psicológico, sino que estamos en presencia de un maltrato sistémico y sistemático, frente al cual urge una acción estatal decidida a proteger a esta población vulnerable y garantizar el ejercicio de sus derechos.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor, Derecho a la seguridad social, Derecho a la salud, Derecho a la vida digna

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos y epidemiológicos en Chile han implicado un crecimiento importante de la población adulto mayor. Se estima que para 2025 esta población superará en Chile a la de los niños. Como se puede apreciar en el primer apartado de este capítulo titulado “La situación de las personas mayores en Chile”, la realidad cotidiana de los adultos mayores en nuestro país es dramática y nos permite llegar a la convicción de que estamos frente a una población particularmente vulnerable. Más allá de los insuficientes ingresos económicos que perciben y las diferencias de género que se observan producto de las disímiles trayectorias laborales de hombres y mujeres, el acceso a la salud, la carencia de redes y un imaginario social que los sitúa en una posición de deterioro y decadencia, contrastan con las condiciones objetivas y los propios deseos de los adultos mayores de tomar decisiones sobre sus proyectos de vida de manera autónoma, manteniendo responsabilidades y el necesario sentido de utilidad social que todo ser humano desea cumplir. Lo anterior tiene nefastas consecuencias en el bienestar y en la salud mental de estas personas, condiciones que las inhabilitan y les hacen perder funcionalidad.

En el segundo apartado, se describen las acciones que el Estado de Chile realiza y las políticas públicas que se han formulado y llevado a cabo en materia de envejecimiento y se analiza esta situación en relación a los estándares internacionales y la escasa normativa vigente. Cabe señalar que solo desde junio contamos, en el marco internacional de los derechos humanos, con una Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, donde se establecen estándares que Chile ha suscrito. Nuestra reflexión se centra en algunos de los derechos que nos parecen de mayor relevancia en la vida de un adulto mayor: a la salud, a la seguridad social y finalmente, a una vida digna.

El capítulo concluye constatando que el envejecimiento y su protección es una preocupación reciente, que el sistema de pensiones chileno ha puesto en una situación de mayor vulnerabilidad a las personas

mayores, situación directamente ligada a la responsabilidad del Estado de Chile en el aseguramiento del derecho humano a una vida digna. A esto se suma que contamos con una débil institucionalidad para la protección de las personas mayores. Este panorama descrito nos permite afirmar que Chile no se ha preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional. Los adultos mayores viven una situación general de riesgo social, sin embargo, esta precariedad se acentúa en el caso de las mujeres, principalmente por la ausencia de previsión social producto de las demandas del trabajo doméstico en sus hogares (que en muchos casos les impidió acceder al mundo del trabajo remunerado) o por lagunas previsionales a causa de trayectorias laborales interrumpidas e informales. En razón de esto, consideramos esencial la incorporación de la perspectiva de género en la revisión de las necesidades de este segmento de la población vulnerable, al momento de crear y desarrollar normativa y políticas públicas.

Socialmente, la percepción de la vejez es dramática. A los ancianos se les percibe como incapaces física y mentalmente, despojándolos, sin justificación, de su autonomía; por lo mismo es esencial contar con un sistema de protección específico que reconozca las necesidades concretas de los adultos mayores, con una institucionalidad que posea mayores atribuciones que las que hoy día tiene el Servicio Nacional del Adulto Mayor (en adelante, SENAMA). Este organismo, en la actualidad, enfrenta problemas de dotación de personal, centralismo, presupuesto insuficiente y falta de atribuciones en su función de coordinación de programas específicos para el adulto mayor que se realicen a través de la Administración del Estado. Lo descrito dificulta el trabajo desde los ejes estratégicos definidos, a saber: (a) proteger y garantizar los derechos de las personas mayores; (b) fomentar la participación social de quienes pertenecen a este grupo etario; (c) fortalecer el sistema de protección social dirigido a los mayores; (d) avanzar hacia un cambio cultural que reconozca a las personas mayores como sujetos de derechos; (e) fortalecer la gestión territorial y descentralización de la propia Institución.

Como señala el nombre de este capítulo, el maltrato hacia los adultos mayores en Chile no sólo se expresa en el maltrato físico o psicológico, sino que estamos en presencia de un maltrato sistémico y sistemático donde urge la acción estatal para proteger a esta población vulnerable y garantizar el ejercicio de sus derechos.

1. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE

Este apartado presenta la situación de las personas mayores o adultos mayores (en adelante, PM o AM, indistintamente) en Chile, haciendo

una breve caracterización sobre quiénes son, cómo viven, qué dificultades cotidianas enfrentan y cómo la sociedad los percibe y estigmatiza. La relevancia de indagar en esta población radica en la situación de vulnerabilidad que vive, debido a la carencia de recursos, lo que limita diversos aspectos de su vida tales como el acceso a la salud (y medicamentos), su condición laboral y participación en la vida social. Siendo los AM en su conjunto un colectivo vulnerable, las mujeres adultas mayores son un grupo aun de mayor vulnerabilidad al ser víctimas preferentes de las desigualdades estructurales, tanto sociales como económicas, presentes en nuestro país. Cabe consignar al respecto, las diferencias frente a los hombres en los ingresos que perciben provenientes del trabajo, las lagunas previsionales que presentan por labores temporales o informales o el trabajo doméstico en sus hogares, lo cual tiene efectos en las pensiones que reciben.

Según la convención internacional, para designar a una persona en la categoría de adulto mayor debe superar los 60 años de edad. Este grupo también ha sido denominado como “población pasiva”, puesto que se trata de aquellas personas “no productivas”, desde el punto de vista económico.² Como señala Phillipson (2013) “la vejez, como una fase distintiva del ciclo de la vida, es un concepto relativamente nuevo” y el punto de inflexión que separa a las personas jóvenes de las mayores fue un invento del siglo XIX, con la introducción de la jubilación para la vejez en Alemania por parte de Von Bismarck. Mientras el *establishment* del sistema de jubilación brindaba el derecho a la protección social y la asistencia, autonomía y dignidad en la vejez, al mismo tiempo la edad de la jubilación surgía para definir si los individuos eran productivos (trabajadores) o si necesitaban asistencia (jubilados). Esta concepción que prevalece de la vejez y de las personas mayores como sujetos no productivos, se asocia con la forma en que son vistas y tratadas y eventualmente determina hasta qué punto ciertos derechos humanos, como el de la autonomía y la participación, son respetados en el caso de este grupo.³⁻⁴

2 OEA, Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, firmada por el Estado chileno el 15 de junio de 2015, artículo 2°.

3 Nena Georgantzi, “Garantías legales e institucionales para los derechos de las personas mayores: una mirada desde Europa” en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez, ed., *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, Santiago, Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2014, pp. 87-102.

4 El envejecimiento también es considerado un problema socioeconómico. En la Unión Europea persiste la idea generalizada de que el envejecimiento demográfico perjudica a los sistemas de protección social y amenaza a las economías productivas. Los gobiernos, mediante sus políticas sociales, solo están preocupados por quién paga para mantener a las personas mayores, y cómo se brindan los servicios para atender sus necesidades. No existen discusiones sobre cómo las instituciones socioeconómicas favorecen al ejercicio de los derechos de las personas mayores como individuos. Esta construcción de la vejez como un problema debido al tamaño de la población adulta mayor, o a las características de enfermedad o discapacidad que se le atribuyen, no solo ignora el modelo del envejecimiento activo y saludable, sino que además afecta las decisiones sobre los recursos, las

La adultez mayor, considerando que puede extenderse por más de 40 años, es una etapa del ciclo vital que podría llegar a ser la más amplia. Hoy en Chile hay, al menos, 1.400 personas que superan los 100 años⁵ y el pronóstico es que esta cantidad irá en aumento dado el nuevo panorama epidemiológico y demográfico. Chile está viviendo una etapa avanzada de transición hacia el envejecimiento demográfico. Así lo indican datos del último censo que registran una población de adultos mayores cercana a los 2.578.823 personas,⁶ y un aumento de 24 puntos en el índice de envejecimiento de los últimos años⁷, antecedente que respalda las proyecciones donde se estima que para 2025 la población de mayores superará a la de los niños: habrá, de acuerdo a estos cálculos, 111,1 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años.⁸ Demográficamente, esto se conoce como cruce de curvas poblacionales. El crecimiento de esta población vinculado al aumento de su expectativa de vida y a la necesidad de abordar sus complejas necesidades, muestran la importancia de abordar esta temática.

La relevancia del proceso de envejecimiento poblacional radica en los múltiples efectos que este tiene en el aspecto individual de las personas mayores, en cuanto al ejercicio efectivo de derechos, en la sociedad chilena en general, tanto en los ámbitos de salud, cuidados e inclusión, como en los relacionados con la economía y fuerza de trabajo. La sociedad no está preparada para enfrentar estos efectos, sometiendo muchas veces al adulto mayor a condiciones desfavorables como la dependencia económica, el menoscabo social y el maltrato, lo que afecta no solo sus posibilidades de integración social y calidad de vida, sino que también le impide el real ejercicio de sus derechos. Esto es particularmente agudo en aquellas PM con bajos ingresos socioeconómicos, que se ven perjudicadas en el acceso y provisión de derechos económicos, sociales y culturales, así como en sus derechos fundamentales de salud, seguridad social, vida digna, entre otros.

En ese sentido, los cambios en relación a la participación laboral de la población AM representan un dato elocuente. Desde el año 2004 hasta 2013 se evidencia un crecimiento sostenido de aproximadamente 9 puntos en la tasa de participación laboral de mayores de 65 años,⁹ lo que implica un aumento de los AM presentes en la fuerza de trabajo. Este incremento se puede relacionar tanto con el aumento de la espe-

prioridades y el valor que se atribuye a las distintas etapas del ciclo de la vida.

- 5 Entrevista a Rayen Ingles Hueche, Directora nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor, 24 de abril de 2015.
- 6 Compendio Estadístico INE 2014.
- 7 MIDESO, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Adultos Mayores. Síntesis de Resultados), 2013.
- 8 Servicio Nacional del Adulto Mayor. *Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile. Opiniones, percepciones, expectativas y evaluaciones*, 2013.
- 9 INE, Compendio estadístico (2005-2014).

ranza de vida en el país, estimada en 79,1 años promedio (76,2 para hombres y 82,2 para mujeres)¹⁰ y en el interés personal de mantenerse activos. Pero también se puede explicar por los insuficientes ingresos percibidos por esta población: un 82% de la población AM recibe jubilación, pensión asistencial o pensión básica solidaria, las cuales no superan los 201.671 pesos en promedio, siendo las mujeres quienes reciben una menor cantidad en montos aproximados (170.954 pesos) en comparación con los hombres (227.421 pesos)¹¹. Por ello, urge en Chile un abordaje adecuado y una revisión completa del sistema de pensiones que contribuiría a la integración de las personas mayores, debido a que, como señala Esteban Calvo, “puedes pensar [en mejorar] el sistema de pensiones no solo para prevenir pobreza, sino también para mejorar la salud, para integración social; así existiría un impacto en la calidad de vida de las personas mayores en tanto podrían costear gastos en salud, aportar en el hogar, entre otros efectos”¹².

Los actuales adultos mayores son un grupo empobrecido y heterogéneo. Se trata de las primeras generaciones con jubilaciones del sistema de AFP, el cual, en sus orígenes, prometió mantener una jubilación equivalente al 70% del sueldo, mientras que la realidad da cuenta que esta no supera el 30%.¹³ Asimismo, los adultos mayores son un grupo heterogéneo, con marcadas diferencias culturales e ideológicas, en función de la década en la cual se encuentren, según su lugar geográfico de procedencia, de género y estrato social, distinciones que sin duda, requieren ser consideradas en el diseño de las políticas públicas. Es así como la generación que hoy tiene entre 60 y 70 años alcanzó a participar más activamente del mundo globalizado, y por ende, su relación con la tecnología, con el dinero plástico, el endeudamiento y sus expectativas de vida, son diferentes a otras generaciones de AM. Es también la primera generación que cuenta con integrantes con VIH, tiene una mayor alfabetización, y posee distintos niveles de dependencia, respecto de los AM, que se encuentran en décadas posteriores, entre los 70 y 80 y entre los 80 y 90 años. La aproximación a la vejez, a las concepciones morales e ideológicas son también distintas entre las diferentes generaciones.

Además de estas diferencias intergeneracionales de los actuales adultos mayores, debemos tener en cuenta que, en términos generales, se trata de personas con bajos niveles de escolaridad (mujeres 8 años y hombres 9 años).¹⁴ Este también es un dato crucial tanto para la for-

10 INE, op. cit., 2014.

11 MIDESO, op. cit., 2013.

12 Entrevista a Esteban Calvo, sociólogo experto en envejecimiento, 10 de abril de 2015.

13 Dato Fundación Sol, en www.fundacionsol.cl

14 Entrevista a Rayen Inglés Hueche, Directora nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor, 24 de abril de 2015.

mulación de políticas como para el establecimiento de tratos diferentes entre los diversos grupos etarios de esta población. Como señala la directora de SENAMA, “es importante respetar la cosmovisión que tienen de su propia vida, tenemos que hacernos cargo respetando esto, por lo tanto, tenemos que ser capaces de vincularnos con ellos desde las concepciones más básicas de sus necesidades a las preguntas más esenciales de sus proyectos de vida”.¹⁵ Este marco de distinciones debe ser contemplado para la formulación de políticas públicas puesto que no es propicio pensar en políticas estandarizadas, ya que se requiere de una aproximación y una planificación que considere la diversidad de la actual población de AM.

En cuanto a la precariedad de condiciones en las que viven los AM, podemos demostrar que las mujeres se encuentran en una situación aún más vulnerada, ya que no solo perciben un ingreso menor en sus pensiones, sino que, además, las brechas de participación laboral en este colectivo son mayores que en otros rangos etarios.¹⁶ Finalmente, y como se señaló, las mujeres adultas mayores son el grupo con más baja escolarización (sólo un 26% completó la educación media o superior).¹⁷

En relación a la situación de salud que viven los adultos mayores en Chile, se estima que un 86% de la población de 60 o más años se encuentra afiliada a FONASA,¹⁸ de los cuales un 76% se encuentra en los grupos A y B, que incluyen desde personas indigentes hasta las que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a 210.001 pesos. Por otro lado, al analizar indicadores de discapacidad en la población nacional, observamos que mientras tan sólo el 7% de los niños/adolescentes y el 9% de los adultos presenta alguna discapacidad, un 37% de la población adulto mayor sufre algún grado de discapacidad física o mental. Del total de la población de adultos mayores con discapacidad, un 57% son mujeres y un 47% son hombres, presentándose como principales discapacidades la dificultad física y/o de movilidad, la ceguera o dificultad para ver, incluso usando lentes; la sordera o dificultad auditiva, aun con el uso de audífonos; y la dificultad psiquiátrica, mental o intelectual.¹⁹

Cabe destacar que a pesar de las cifras sobre discapacidad en adultos mayores, y habiendo constatado la percepción generalizada de que no pueden valerse por sí mismos, los hechos nos muestran que tan solo una de cada cinco personas adultas mayores presenta dependencia funcional y, en consecuencia, requiere ayuda de otra para realizar tareas

15 Ibid.

16 Servicio Nacional del Adulto Mayor “Estadísticas sobre las personas adultas mayores, un enfoque de género”, Informe Final, Santiago, 2008.

17 MIDESO, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Adultos Mayores. Síntesis de Resultados, 2013).

18 MIDESO, op. cit., p.29.

19 INE, CENSO, 2012.

cotidianas.²⁰ Los prejuicios sobre sus capacidades pueden entenderse a la luz del estigma que implica envejecer en las sociedades actuales y de la enorme carga discriminatoria que lleva asociado. En Chile, un 14% de los adultos mayores se ha sentido discriminado. Dentro de las principales razones de discriminación, mencionan el hecho de ser un adulto mayor y el nivel socioeconómico,²¹ lo que deja en evidencia la condición y posición desfavorable de esta población.

Tanto el imaginario social de la vejez, como las condiciones materiales en las que viven los AM en Chile, avalan ciertas conductas que excluyen al adulto mayor de la vida social, política y cultural del país, en tanto no se les reconoce como sujetos que pueden gestionarse a sí mismos. Se pierde así el valor social y lugar propio que debería tener la vejez.²² No es, en consecuencia, solo la privación material la que afecta a los adultos mayores en Chile, sino también la privación de múltiples formas de participación en la sociedad. Sobre la visión que prevalece del adulto mayor en la actualidad, existiría una tendencia a reducir el envejecimiento a una noción de deterioro propia del desarrollo biológico. Ante esta situación, la psicóloga Daniela Thumala, experta en envejecimiento, plantea: “Hay una tendencia muy marcada a homologar el proceso de envejecimiento al proceso de cambio biológico, a reducir el desarrollo humano a sus aspectos biológicos. Entonces, el envejecimiento cae en la categoría de deterioro por definición [...], pero no es así, el desarrollo humano es mucho más que eso: hay desafíos adaptativos, hay ganancias y pérdidas durante toda nuestra trayectoria de vida y en la vejez también hay desarrollo, hay crecimiento, también se potencia y no todo se deteriora...”²³

Dicha tendencia permite comprender muchas situaciones de maltrato contra los adultos mayores: “Hay una manera de mirar la vejez que contribuye a que se den muchas situaciones de maltrato; no estamos hablando [meramente] de maltrato físico sino que un maltrato más estructural, más instalado socialmente a distintos niveles”, puntualiza Thumala.²⁴ Este maltrato estructural fomenta una visión precarizada de la vejez, lo que, a su vez, invisibiliza fenómenos como el maltrato que viven los AM dentro de las familias e instituciones. De acuerdo a lo que los propios adultos mayores relatan, se traduce principalmente en maltrato relacional y emocional, vinculado a situaciones de violencia psicológica, abandono y agravio económico. Todo lo anterior está vinculado con la pérdida –del AM– de su lugar dentro de la familia y la merma

20 Servicio Nacional del Adulto Mayor, *Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile. Opiniones, percepciones, expectativas y evaluaciones*, 2013.

21 Servicio Nacional del Adulto Mayor, *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*, 2009.

22 Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013, op. cit., p. 78.

23 Entrevista a Thumala, psicóloga experta en envejecimiento, 30 de Marzo de 2015.

24 *Ibid.*

de su poder en los procesos de toma de decisiones vitales.²⁵ Una de las visiones frente a este maltrato, es entenderlo como el punto más álgido de una situación de desborde en las familias, debido a que estas ya no poseen la estructura extensa (donde convivían varias generaciones) para hacerse cargo de la situación que vive un adulto mayor,²⁶ ni tampoco las condiciones materiales para atender con calidad sus necesidades.

A pesar de que los AM son una proporción importante de la población y de que experimentan serias dificultades para enfrentar con dignidad este momento natural de la vida, siguen permaneciendo relativamente invisibles. Nos atrevemos a plantear que sabemos relativamente poco de los adultos mayores en nuestro país, y a pesar de existir programas enfocados a esta población, cabe cuestionar el alcance que estos tienen. Si bien el SENAMA ha realizado, en conjunto con algunos académicos,²⁷ un importante esfuerzo por comprender la situación del adulto mayor en Chile, mediante la elaboración de la Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social y de algunas otras publicaciones, por ejemplo, sobre el maltrato de los AM, la producción académica que existe sobre la realidad de los AM en el país es valiosa, pero escasa, insuficiente y se concentra en cuatro focos de atención: a) salud; b) calidad de vida; c) la situación del trabajo de cuidado; y d) aspectos políticos y socioculturales. Hoy contamos con evidencia que muestra que la calidad de vida de los adultos mayores se ve negativamente afectada por los problemas de salud, el sentido de autoeficacia²⁸, y por la dificultad para llevar a cabo una vida social activa (por ejemplo, viviendo en lugares donde puedan generar nuevos vínculos con vecinos de edades similares).²⁹ Otro importante número de publicaciones pone énfasis en los problemas de salud, en particular, los vinculados a enfermedades crónicas, y otro tanto, en la funcionalidad del adulto mayor, la que puede verse afectada por patologías,³⁰ o bien favorecida por la percepción de bienestar psicológico que involucraría la sensación de autoestima y autoeficacia en los AM.³¹ Asimismo, la evidencia en torno a la salud de los adultos mayores es clara y contundente en señalar la

25 Gabriel Guajardo y Teresa Abusleme, *El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile*, Santiago, Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013.

26 Entrevista a Thumala, 30 de Marzo de 2015.

27 Teresa Abusleme, Marcelo Arnold-Cathalifaud, Francisco González y otros, *Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile. Opiniones, percepciones, expectativas y evaluaciones*, Santiago, Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013.

28 Miguel Bravo, Alfonso Urzúa, Mario Ogalde y otros, "Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor", en *Revista médica de Chile*, 139(8), 2011, pp. 1006-1014.

29 Marisa Torres, Margarita Quezada, Reinaldo Riosco y otros, "Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF", en *Revista médica de Chile* 136(3), 2008, pp. 325-333.

30 Carolina Delgado y Pablo Salinas, "Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores", en *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 1(20), 2009, p. 244.

31 Juan Ortiz y Manuel Castro, "Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería", en *Revista Ciencia y Enfermería*, 15(1), 2009, pp. 25-31.

influencia que tienen diversas variables socioeconómicas en el estado de salud, no solo por las inequidades en el acceso a los servicios sino que también en las cifras de mortalidad³² y en las diferencias de género existentes en tanto son las mujeres las que presentan una prevalencia significativamente mayor de discapacidad.³³

Un tercer tema, que ha sido levantado con fuerza en la literatura, se refiere al estado de los cuidadores informales de adultos mayores en estado de dependencia, ya que se evidencia una sobrecarga que aumenta al existir factores como el desarrollo de otra actividad laboral y/o tener hijos y se advierten nefastos resultados en la salud y bienestar de dichas cuidadoras. De esta forma, el interés se focaliza en la generación de políticas públicas que permitan mejorar las iniciativas y proyectos de desarrollo social que busquen aumentar las redes de soporte y mejorar el plan de apoyo al cuidador que existe en Chile.³⁴ Es importante señalar que el rol de cuidador informal involucra un tema de género, ya que tal como plantea la directora del SENAMA Rayen Inglés, “este rol es tomado principalmente por mujeres con escolaridad básica que se encargan día y noche de los cuidados del adulto mayor y de las labores domésticas en general, y quienes, además, no cuentan con la capacitación adecuada para proveer cuidados al adulto mayor. Estas características terminan siendo factores de riesgo ante el maltrato”.³⁵

Finalmente, también se ha puesto atención sobre los ámbitos de participación social, cultural y político. Los estudios, junto con demostrar que Chile está transitando por un cambio demográfico y epidemiológico³⁶, lo que provoca no sólo consecuencias económicas derivadas, entre otros factores, de un mayor gasto en salud³⁷, advierten consecuencias socioculturales en tanto se evidencia que el país no está preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional.³⁸ A partir de este proceso de envejecimiento, emergen discusiones y preocupaciones en torno a la integración de la población adulto mayor en Chile, se constata que los AM institucionalizados perciben una situación de aislamiento, soledad

32 Francisco Mardones, “Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile”, en *Revista médica de Chile*, 132(7), 2004, pp. 865-872.

33 Cecilia Albala, Hugo Sánchez, Lydia Lera y otros, “Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros)”, en *Revista médica de Chile*, 139(10), 2011, pp. 1276-1285.

34 Elizabeth Flores, Edith Rivas y Fredy Seguel, “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”, en *Revista Ciencia y Enfermería*, 18(1), 2012, pp. 29-41.

35 Entrevista a Rayen Inglés Hueche, Directora nacional del SENAMA, 24 de abril de 2015.

36 Jorge Szot, “La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001”, en *Revista Española Salud Pública* 77 (5), 2003, pp. 605-613.

37 Camilo Cid y Lorena Prieto, “El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007”, en *Rev Panam Salud Pública* 31(4), 2012, pp. 310-16.

38 Daniela Thumala, Marcelo Arnold y Anahí Urquiza, “Opiniones, expectativas y evaluaciones sobre diferentes modalidades de inclusión/exclusión social de los adultos mayores en Chile”, en *Argos* 27 (53), 2010, pp. 91-122.

personal y déficit de cuidado en las instituciones a cargo, así como también se evidencian situaciones de maltrato que los propios adultos mayores encubren por el desconocimiento de sus derechos, por la dependencia económica y/o por el temor a represalias.³⁹ Además, como caso particular, es relevante mencionar la situación de pacientes nonagenarias en situación de institucionalizadas, ya que este grupo etario es principalmente femenino, y debido a las condiciones en las que viven, presentan altos indicadores de fragilidad y redes sociales escasas,⁴⁰ con esto se evidencia la situación de abandono que enfrentan los adultos mayores, tanto por la condición de institucionalización que vive parte de esta población como por aquellos que experimentan la soledad al ser apartados de sus redes sociales o vivir en situaciones deplorables como la indigencia. Cabe destacar que un 1,6% de los adultos mayores se encuentra en estado de indigencia y esta cifra es levemente superior en zonas rurales.⁴¹ Aun cuando la cifra señalada parezca menor, es posible constatar que hoy en Chile 13.187 adultos mayores⁴² viven institucionalizados en establecimientos residenciales de larga estadía, muchos de ellos en condiciones muy precarias.

En derecho, el concepto de “vulnerabilidad” abre nuevos y más amplios ámbitos de protección y garantía, constituyendo una noción más dinámica que la exclusiva pobreza, en la medida que abarca diferentes aspectos de realidades complejas.⁴³ La vulnerabilidad se posiciona como lenguaje técnico pertinente a la hora de describir y analizar las diversas esferas en que las personas mayores enfrentan desventajas y déficits, producidos por sus condiciones sociales y amenazas del entorno. De ahí que se justifique hablar de los adultos mayores como un colectivo vulnerable, más que como una población mayoritariamente pobre, puesto que este último concepto no nos permite abarcar condicionantes estructurales y sociales, además de las condiciones meramente económicas.

39 Catalina Sepúlveda, Edith Rivas, Luis Bustos y otros, “Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial”, en *Revista Ciencia y Enfermería* 16(3), 2010, pp. 49-61.

40 Pedro Paulo Marín, Homero Gac, Trinidad Hoyl y otros, “Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas”, en *Revista médica de Chile*, 132(1), 2004, pp. 33-39.

41 SENAMA, “Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios”, 2007.

42 SENAMA, “Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Libertador general Bernardo O’Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Antártica chilena, Los Ríos, Arica y Parinacota y Región Metropolitana”, 2013.

43 Ángela Arenas, *Adulto Mayor. Nuevas perspectivas para el desarrollo humano*, Santiago, Ediciones Universidad Finis Terrae, 2012, pp. 27- 28. La autora agrega que “Vulnerabilidad social y pobreza no son sinónimos; la pobreza está asociada a flujos de ingresos, niveles de consumo o satisfacción de ciertas necesidades básicas, mientras que la vulnerabilidad se asocia con activos (definidos de manera amplia y no solo vulnerabilidad económica) que poseen las personas, las familias y las comunidades”.

Considerando el estado de vulnerabilidad que viven los AM en Chile surge la inquietud acerca de la situación de la salud mental de esta población. Al revisar los datos es posible mencionar que tanto la depresión como los estados ansiosos son los principales problemas de salud mental en esta etapa de la vida. En Chile los estudios dejan en evidencia que un 15,1% de la población de 65 años o más se ha sentido muy o demasiado deprimida y un 20% ha experimentado mucha o demasiada ansiedad.⁴⁴ A pesar de que las cifras mencionan la depresión y los estados ansiosos como las principales complicaciones de los AM, queremos enfatizar que esos problemas de salud mental no son inherentes al envejecimiento y que deben ser abordados adecuadamente en relación a las necesidades materiales y sociales de la población. La evidencia confirma que la depresión en AM es en el 80% de los casos tratable, por lo que un tratamiento pertinente y oportuno sería totalmente efectivo si es que consideran ciertos factores de riesgo tales como viudez, enfermedad física, bajo nivel educativo, deterioro funcional y consumo excesivo de alcohol.⁴⁵ Cabe insistir en que estas patologías se presentan como una consecuencia de las precarias condiciones de vida y el menoscabo social, así como la vulneración de los derechos fundamentales de los adultos mayores. No existe evidencia concluyente para señalar que la prevalencia de problemas de salud mental en los AM sea atribuible a la condición biológica de esta etapa vital, sino que están fuertemente ligados a un conjunto de determinantes sociales.

A pesar de que la población adulto mayor está creciendo y se mantiene bastante activa en la participación laboral y en la gestión de sí misma, el imaginario social continúa sosteniendo una visión negativa de la vejez, centrándose en limitaciones en esta etapa de la vida, tales como la dependencia y la ineficacia. Esto se traduce, a nivel político y social, en la invisibilización de las problemáticas sociales, culturales y económicas de esta población, cuestiones que pese a ser de interés público no se han transformado en acciones concretas por parte del Estado. Los déficits observados en el plano estatal en lo relativo a la protección de las personas mayores no se relacionan solo con el fenómeno relativamente nuevo del envejecimiento poblacional en la región —a diferencia de Europa donde es una tendencia hace décadas—, sino también con obstáculos políticos e ideológicos respecto del rol, tamaño y funciones del Estado en esta materia. Las crisis financieras que han azotado al mundo, y especialmente a Europa en las últimas décadas, han afectado los sistemas de reparto, y por ende, han puesto en entredicho los sistemas de protección social de la socialdemocracia europea. Estaban

44 MINSAL, Encuesta Nacional de Salud, 2009-2010.

45 National Association of Chronic Disease Directors, *The State of Mental Health and Aging in America*, 2008.

Calvo⁴⁶ contrasta lo que está sucediendo en Europa, en este sentido, con la realidad actual de Latinoamérica. Si bien durante buena parte del siglo XX gobiernos militares de corte neoliberal se encargaron, en los países de la región, de minimizar la acción estatal, privatizar la protección social, e instalar la idea del progreso en el ámbito individual y privado –lo cual dio lugar a una desprotección de las personas y a la conculcación de sus derechos–, el tránsito hacia sociedades democráticas con una decidida demanda por protección social del Estado, con estabilidad y buenas proyecciones fiscales, ha dibujado, particularmente en Chile, un escenario político y económico que abre posibilidades muy concretas para instalar con fuerza el tema de los derechos de las personas mayores.

2. ANÁLISIS NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

El siguiente apartado describe la normativa internacional y nacional, además, las políticas públicas en materia de protección de los adultos mayores en Chile.

2.1. Políticas públicas y programas relativos a personas mayores

Para ilustrar el panorama normativo en el contexto nacional se describen, en primer lugar, los planes y programas que tienen como beneficiarios a los AM en Chile. Estos son variados y provienen principalmente de dos ámbitos de acción del Estado: la salud y la seguridad social. Abordaremos ambos campos especialmente desde la perspectiva del derecho.

En lo referido al ámbito de la Salud, la Estrategia Nacional de Salud⁴⁷ (en adelante la Estrategia) señala que actualmente se ejecutan una serie de medidas que tienen como beneficiarios a los AM. Entre ellas destacan:

- a) Las capacitaciones dirigidas a los equipos de salud de la atención primaria, destinadas a mejorar las competencias en la atención y detección de adultos mayores frágiles o con algún grado de deterioro funcional;
- b) el examen de funcionalidad del adulto mayor (EFAM), instrumento para detectar y clasificar a los adultos mayores según su grado de autovalencia;

46 Entrevista a Esteban Calvo, sociólogo experto en envejecimiento, 10 de Abril de 2015.

47 Gobierno de Chile, Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en: <http://web.minsal.cl>. Respecto a las herramientas de medición del cumplimiento de los objetivos de la Estrategia es preciso señalar que no cuenta con estas, para ello véase “Salud Mental y Derechos Humanos: la salud de segunda categoría”, *Informe 2013*, pp. 191 y ss.

- c) el Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como parte de las garantías GES, que tiene como objetivo evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la misma, y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud;
- d) el diseño e implementación de talleres de prevención de caídas, destinados a kinesiólogos, quienes a su vez capacitan a otros profesionales, técnicos y monitores de la comunidad. Dentro de esta línea se elaboró el “Manual del Cuidado de Personas Mayores Dependientes y con Pérdida de Autonomía”, destinado a todo el equipo de salud que entrega atención al adulto mayor en atención primaria, con el objeto de mejorar la calidad de atención de las personas mayores dependientes, así como también prevenir la discapacidad severa en ellos;
- e) el desarrollo de Centros de Rehabilitación Comunitarios, cuyo objetivo es insertar el modelo de rehabilitación integral y posicionar a la rehabilitación biopsicosocial como una línea estratégica de desarrollo en salud, y así aumentar la capacidad de respuesta de la red pública en relación con las necesidades de sus usuarios en este sentido;
- f) la priorización realizada para el régimen GES⁴⁸ que incorporó durante la última mitad de la década gran parte de las patologías más relevantes de los adultos mayores: vicio de refracción en mayores de 65 años; artrosis de cadera con limitación funcional severa (mayores de 65 años); neumonía adquirida en la comunidad (mayores de 65 años); órtesis o ayudas técnicas (mayores 65 años); hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono; salud oral integral para los adultos mayores de 60 años; artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada (mayores de 55 años). El GES incluye 80 patologías, de las cuales 59 cubren enfermedades propias de esta etapa de la vida;⁴⁹
- g) normas y guías clínicas, en relación con ciertos problemas del adulto mayor. Entre ellas destacan: trastorno cognitivo y demencia, fragilidad, caídas y depresión.
- h) Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), definido como el conjunto de actividades de apoyo alimentario-nutricional de carácter preventivo y curativo;
- i) Residencias para adultos mayores subsidiadas.

48 Rayén Inglés Hueche, Directora Nacional Servicio Nacional del Adulto Mayor, *Presentación comisión de familia y adulto mayor, Cámara de Diputados*, 9 de marzo de 2014, p. 17, www.camara.cl/pdf.

49 *Ibid.*, p. 17.

En estas medidas concretas, planes y programas se ha mantenido estrecha colaboración de parte del MINSAL con actores relevantes, como el SENAMA, el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Chile Deportes, el Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR), el Instituto de Previsión Social, las AFP, el FONASA y las ISAPRE.

Respecto al trabajo intersectorial, la Estrategia propone elaborar y actualizar recomendaciones periódicas al intersector relacionadas con la salud en el adulto mayor; realizar estrategias de comunicación social, a través de campañas de sensibilización y promoción; mantener y ampliar la cobertura y la calidad de la estrategia del EMPAM, favoreciendo el cumplimiento de los planes de intervención propuestos para cada individuo de acuerdo a su evaluación; Modelo de Atención Geriátrica Integral, que considera entre otras dimensiones la mirada geriátrica en atención primaria, e incorpora una “derivación asistida” de los adultos mayores con problemas de salud con la instalación del gestor de casos con lo cual se pretende disminuir las hospitalizaciones innecesarias.⁵⁰

Por su parte, el SENAMA, en coordinación con otros servicios, ejecuta los siguientes programas principales:

- a) Fondo Nacional del Adulto Mayor: programa establecido en la Ley 19824 que crea el SENAMA, entrega recursos a organizaciones de personas mayores para que desarrollen sus proyectos, busca contribuir a la promoción, protección de los derechos y la participación social de las personas mayores, fomentando su autonomía, autogestión y asociatividad. Opera a través de tres componentes: el Fondo Autogestionado, el Fondo para Ejecutores Intermedio y Convenios Institucionales⁵¹; y los Asesores Seniors, programa de voluntarios mayores que brinda apoyo escolar a niños y niñas de familias en riesgo social. Se ejecuta a través de la coordinación entre el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social, (FOSIS);⁵²
- b) Programa Vínculos, que entrega herramientas a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares. Ejecutado por el SENAMA en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), consiste en el acompañamiento continuo para los mayores de 65 años que ingresan al nuevo Subsistema de Seguridades y Oportunidades, Ingreso Ético Familiar, con el objeto de entregar herramientas psicosociales que permiten fortalecer su

50 Instituto Nacional de Geriátrica, *Modelo de Atención Geriátrico Integral*, ver www.ingerchile.cl.

51 Servicio Nacional del Adulto Mayor, *Programa Fondo nacional del adulto mayor*, www.senama.cl.

52 *Ibid.*, *Programa Asesores seniors*.

identidad, autonomía y sentido de pertenencia; favorece también la articulación de redes formales e informales (municipalidades, grupos organizados, vecinos, amigos, familiares), de manera de constituirse una red de protección social de las personas mayores ante el abandono. Sus principales características son el apoyo psicosocial individual y grupal; apoyo psicosocial personalizado y en el domicilio de las personas, y apoyo psicosocial grupal;⁵³

- c) Programas de Turismo Social que permiten acceder a espacios de recreación y esparcimiento para adultos mayores vulnerables que no tienen posibilidades de acceso a satisfacer esta necesidad por sus propios medios;⁵⁴
- d) Programa de Servicios y Vivienda para el adulto mayor, dirigido a PM en situación de vulnerabilidad que requieren resolver su problema habitacional y de servicios de apoyo y/o cuidado, permitiéndoles que accedan a una solución integral a través de la oferta pública, para lo cual se consideran sus condiciones de funcionalidad y/o niveles de dependencia. En su línea de vivienda, este programa distingue 3 tipos de soluciones habitacionales: (1) Establecimientos de larga estadía (ELEAM) para mayores en condición de dependencia física y/o psíquica (existen 13 proyectos en distintas etapas de ejecución a lo largo del país); (2) conjuntos de viviendas tuteladas (condominios) para mayores autovalentes (actualmente se desarrollan 51 proyectos en diferentes etapas, 23 proyectos programados para el 2015, con una cobertura propuesta de 485 cupos a nivel nacional que durante este año se proyecta a 1466 beneficiarios a través del país, nivel nacional), (3) Viviendas stock SERVIU, que corresponden a los inmuebles construidos por dicho Servicio y que son traspasados gradualmente a SENAMA para su entrega en comodato a mayores;⁵⁵
- e) Programa por el buen trato al adulto mayor, que tiene como objetivos específicos: (1) promover la generación de conocimientos en torno al abuso, la violencia y el maltrato hacia el AM; (2) ejecutar acciones de prevención y difusión en relación al abuso, violencia y el maltrato al adulto mayor; (3) brindar asesoría y coordinación ante casos de maltrato hacia el adulto mayor, y (4) otorgar orientación legal y facilitar el acceso a la justicia en casos de maltrato hacia el AM. Este Programa atiende a cualquier persona natural y/o a quien se presente al Servicio a través de cada Coordinación Regional de SENAMA. Del mismo modo, atiende a todas las personas derivadas por los distintos canales de atención del Ser-

53 *Ibíd.*, Programa Vínculos.

54 *Ibíd.*, Programa Turismo social.

55 *Ibíd.*, Programa Servicios y Vivienda Para el Adulto Mayor.

vicio, ante consultas y casos de maltrato a las personas mayores. Supone un trabajo intersectorial y de coordinación con los dispositivos locales y territoriales, especialmente con municipalidades, consultorios, servicios de salud, policías, organismos auxiliares de justicia, entre otros, tanto para la coordinación de abordaje de situaciones de maltrato, como para acciones de prevención, visibilización y sensibilización;⁵⁶

- f) Programa *Te Acompaño*, que consiste en la tutoría de mentores adultos mayores sobre adolescentes de 10 a 14 años, más el involucramiento de los muchachos en actividades comunitarias y el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas;⁵⁷
- g) Programa de Participación y Formación, a través de una escuela de formación de dirigentes e integrantes de organizaciones de PM a fin de contribuir al ejercicio de su ciudadanía activa, informándoseles sobre sus derechos y los desafíos que plantea la etapa de la vejez, a través de metodologías participativas, diálogo e intercambio de experiencias. Los principales temas se relacionan con el envejecimiento activo, los liderazgos participativos, las políticas públicas y programas que benefician a las personas mayores;⁵⁸
- h) Envejecimiento Activo (programa de beneficios complementarios de protección social), que busca contribuir al envejecimiento activo de personas mayores en situación de vulnerabilidad social, proporcionando conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y de participación. Este Programa se materializa a través de la participación de personas mayores en talleres, encuentros, jornadas, actividades de recreación y cultura, y se lleva a cabo en 7 Casas Encuentro a nivel nacional;⁵⁹
- i) Programa Centro de Día, que tiene como objetivo mantener a las PM en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia y realizando acciones de apoyo familiar preventivo, por medio de prestaciones como servicios socio-sanitarios durante el día, de apoyo familiar preventivo, actividades socioculturales y de desarrollo de un envejecimiento activo;⁶⁰
- j) Programa de cuidados domiciliarios, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia, así como también del cuidador, en el que un grupo de asistentes domiciliarios capacitados entregan un conjunto de servicios de apoyo sociosanitarios a los adultos mayores en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiem-

56 *Ibid.*, *Programa Por el Buen Trato al Adulto Mayor*.

57 *Ibid.*, *Programa Te Acompaño*.

58 *Ibid.*, *Programa de Participación y Formación*.

59 *Ibid.*, *Programa Envejecimiento Activo*.

60 *Ibid.*, *Programa Centro de Día*.

po posible, insertos en su comunidad y ejerciendo sus roles familiares y sociales;⁶¹

- k) Fondo Concursable para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, destinado a instituciones que administren uno o más ELEAM, presentando proyectos de iniciativas de apoyo directo, que incluyan como beneficiarios a personas mayores residentes que cumplan con ciertos requisitos.⁶²

Como se puede apreciar, los programas que ofrece SENAMA a las personas mayores son indicativos de la potencia que tienen las iniciativas que promueven una visión positiva de la vejez en el marco de un enfoque de derechos. Sin embargo, este conjunto de programas que se debiera replicar es deficiente en cuanto a su alcance, ya que su cobertura no puede articularse sostenidamente si los esfuerzos estatales no tienen como imperativo la urgencia de protección de derechos de los AM más vulnerables del país, con un alcance a nivel nacional y que tenga como beneficiarios a todos los AM que necesiten provisión de servicios para cubrir sus necesidades vitales.

Por su parte, el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y los servicios que dependen de él ofrecen a las PM programas de capacitación e inclusión laboral⁶³; Bono Bodas de Oro⁶⁴; y para los adultos mayores pensionados Beneficios ex Cajas de Previsión fusionadas en el IPS⁶⁵, un sistema pensiones solidarias y beneficios previsionales⁶⁶: Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV)⁶⁷, Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV)⁶⁸, Aporte Previsional Solidario de Invalidez (APSI)⁶⁹, Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)⁷⁰ y Bono de Invierno.⁷¹

61 *Ibid.*, *Programa de Cuidados Domiciliarios*. La prestación es individual y se planifica de acuerdo a la situación personal, familiar y social del adulto mayor beneficiario. Entre las prestaciones están: acompañamiento y ayuda en las actividades de la vida diaria, incluyendo las instrumentales cuando se requieren, como técnicas de confort e higiene; y de manejo de administración de alimentos; control de signos vitales –presión, pulso, frecuencia cardíaca–, entre otras.

62 *Ibid.*, *Programa Fondo Concursable Para Establecimientos de Larga Estadía Para Adultos Mayores*.

63 Ministerio del Trabajo y Previsión Social, *Trabajo y discapacidad*, www.mintrab.cl/trabajo-discapacidad.

64 Bono Bodas de Oro, ver <http://www.ips.gob.cl>.

65 No se presenta la lista exhaustiva; más beneficios revisar en: <http://www.ips.gob.cl>.

66 Ministerio del Trabajo y Previsión Social, www.ips.gob.cl/sistema-pensiones-solidarias-y-beneficios-previsionales.

67 *Ibid.*, Pensión Básica Solidaria de Vejez. Como señala el programa de gobierno, se inició un proceso de restitución a quienes habían perdido este beneficio que consiste actualmente en \$82.058 mensuales, de cargo fiscal, al que pueden acceder todas aquellas personas mayores de 65 años de edad, que no tengan derecho a una pensión en un régimen previsional y tengan Ficha de Protección Social vigente, pertenezcan al 60% de las familias más vulnerables y cumplan con los demás requisitos que establece la ley.

68 *Ibid.*, Aporte Previsional Solidario de Vejez.

69 *Ibid.*, Aporte Previsional Solidario de Invalidez.

70 *Ibid.*, Pensión Básica Solidaria de Invalidez.

71 Ministerio del Trabajo y Previsión Social, *¿Qué es el bono invierno?*, www.ips.gob.cl.

Es preciso reconocer que a partir de los años 90 “se han incrementado gradualmente los recursos de las pensiones asistenciales, se han implementado programas de salud específicos para los adultos mayores, se ha promovido su participación social y recreación, el fortalecimiento de la imagen y el respeto por el adulto mayor”,⁷² entre otras acciones de política pública. Cabe preguntarse si el desarrollo y profundización de estas políticas ha sido suficiente para abordar la protección de las personas mayores desde un enfoque de derechos, particularmente sociales, porque en este caso —a diferencia de los clásicamente identificados como derechos civiles— su satisfacción implica y compromete al Estado como principal garante de los derechos a la salud y protección de las y los AM, no solo de los más pobres sino también de los más vulnerables.

Pese a los avances y beneficios que paulatinamente se han implementado en el sector salud como el Régimen de Garantías Explícitas o la gratuidad en la atención pública, “se requiere un mayor esfuerzo estatal para disminuir el impacto del consumo de medicamentos y/o los denominados cuidados de largo plazo, en los precarios ingresos de los adultos mayores. Por otra parte, frente a las necesidades sanitarias de los AM, la respuesta del sector salud será insuficiente si no se adopta una respuesta integral y coordinada con otros servicios sociales.”⁷³

Al realizar un análisis de la normativa nacional, lo primero que salta a la vista es que es muy reciente, surgida en la última década. En dicha normativa se encuentran las leyes que crean el Comité Nacional y los Comités Regionales para la Persona Mayor; la Ley 19.828 del año 2002, que crea el SENAMA; además de legislación dispersa en los temas de pensiones, violencia intrafamiliar (Ley 20.066), y las ya mencionadas Normas de Garantías Explícitas en Salud.

Chile no cuenta con una ley de protección integral a las personas mayores que entregue garantías, directrices y principios generales en torno al tema. Tampoco tiene una política nacional que explicita las directrices y enfoques de trabajo existentes, y que consagre normas que regulen, protejan y aseguren el ejercicio real de derechos. Es cierto que existen programas implementados a nivel nacional, no obstante dichos programas no poseen el alcance necesario para dar respuestas integrales a las necesidades más urgentes de la población adulta mayor.

Del análisis global de los programas, políticas públicas y de la normativa que beneficia a los AM, podemos señalar que las iniciativas vigentes, aun cuando son positivas e inclusivas y bien orientadas en la perspectiva de derecho, al encontrarse dispersas no logran satisfacer las necesidades de este grupo poblacional especialmente vulnerable.

72 Ángela Arenas, *Adulto Mayor. Nuevas perspectivas para el desarrollo humano*, Ediciones Universidad Finis Terrae, Santiago, 2012, p. 61.

73 *Ibid.*, p. 62.

Esto es posible atribuirlo a la ausencia de un órgano que coordine la totalidad de las políticas enfocadas al AM y a que el SENAMA, en la actualidad, carece de atribuciones suficientes para supervisar y fijar directrices transversales e intersectoriales. Esta situación se ve agravada por las condiciones socioeconómicas y estructurales de esta población. Coincidimos con Lathrop en la preocupación de que la continuidad de los programas y políticas públicas para los AM dependa de la voluntad de los gobiernos que se suceden en el mando de la nación y no se diseñe para ellos una política de Estado, que garantice imperativamente la mantención de los programas, el aumento de su alcance y su progresividad.⁷⁴ En este sentido, una muestra de la voluntad estatal para saldar su deuda de continuidad en la provisión de la salud de los AM, sería la de reimpulsar el Programa Nacional de Salud de la Persona Adulta Mayor⁷⁵ para que se materialicen las directrices que proponen un enfoque promocional orientado a la atención de salud,⁷⁶ que coincide con el paradigma central de la geriatría –mirada anticipatoria y centrada en la funcionalidad–, y es coherente a su vez con el derecho constitucionalmente reconocido a la protección en salud (artículo 19)⁷⁷ y con el límite a la soberanía estatal, cual es el de respetar, promover y garantizar los derechos humanos establecidos por la Constitución y por los tratados internacionales (artículo 5 inciso 2º CPE). La importancia de consagrar normativamente obligaciones es que le sean exigibles al Estado, a la sociedad civil y a todos los actores públicos y privados, de manera que el ejercicio de derechos sea efectivo y se pueda fomentar el respeto y cuidado de los AM.

Como se mencionó anteriormente, los AM son sujetos de derecho que conforman un grupo vulnerable. Por lo mismo, las políticas estatales debiesen tener un correcto diseño y un reconocimiento especial en torno a este grupo para, al menos, velar por su protección. Pero los instrumentos normativos que de alguna manera hacen referencia a los AM, son insuficientes. Por ello, a continuación, una vez revisado el marco internacional, explicaremos la necesidad de generar protección especial y garantías explícitas que aseguren y establezcan los derechos de los AM.

74 Fabiola Lathrop, "Protección jurídica de los adultos mayores en Chile", en *Revista Chilena de Derecho*, 36(1), 2009, pp. 77-113. La autora reflexiona que "La falta de política pública es una muestra de la poca preocupación que se ha tenido en lo que respecta al tema, siendo también grave el hecho de que las políticas cambien según el gobierno de turno, no permitiendo mantener una estructura de los Servicios Públicos adecuada para el funcionamiento correcto de estos, cambiando de perspectivas y programas."

75 Ministerio de Salud, Borrador del Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, Chile, 2014. Disponible en <http://web.minsal.cl>.

76 *Ibid.*, p. 8. "(...) orientar la atención de salud de este grupo etario, dentro de un enfoque anticipatorio y preventivo, dirigido a la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes de que se instale el daño."

77 N° 9 inciso 2º CPE que garantiza el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

2.2. Derechos humanos y adulto mayor

En derecho internacional de los derechos humanos, los tratados internacionales sobre derechos humanos (en adelante, TIDH) consagran derechos de manera amplia mediante normas que, por estar escritas como estándares o principios, son y deben ser concisas. El contenido de estos derechos humanos es desarrollado por los órganos autorizados por los TIDH para interpretar su sentido y alcance, tales como comités y cortes internacionales, que completan e integran el contenido de los derechos consagrados a nivel nacional, en virtud del artículo 5º, inciso 2º, de la Constitución.

Habiendo revisado la normativa internacional, hasta antes de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, CIPDHPM) existían escasas menciones específicas respecto a los AM, siendo estos contemplados en los convenios y tratados internacionales en términos generales, es decir como personas, pero sin menciones particulares a la necesidad de protección de este grupo vulnerable, y normalmente en declaraciones más que en instrumentos vinculantes. Estos serían: el Comentario General 6 sobre los Derechos de las Personas Mayores, adoptado por el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1995);⁷⁸ los Principios en favor de las personas de edad (1991)⁷⁹ y la Observación General 14 sobre el Derecho a la Salud (2000).⁸⁰ A nivel Interamericano, solo el Protocolo de San Salvador establece en forma explícita en su Artículo 17, la protección a la vejez.⁸¹

78 “[...] el cual examina el rol de las personas mayores y el rol debilitante de la familia tradicional en los países en desarrollo. Para los países en desarrollo con población de edad avanzada en crecimiento, el documento señala derechos específicos, como el derecho al empleo, a la seguridad social, a la protección de la familia, a un estándar de vida adecuado, a salud física y mental y a la educación y la cultura”. Derechos Humanos y Salud, Personas mayores, OPS 2008.

79 Se centran en su independencia, participación, cuidado, realización personal y dignidad. El Principio 7 declara que “las personas mayores deben permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación e implantación de políticas que afectan directamente su bienestar y compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes”. El Principio 14 promueve el envejecimiento saludable y recomienda que “las personas mayores deben poder gozar de los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en cualquier asilo o centro de tratamiento o de cuidado, lo cual incluye el respeto pleno a su dignidad, creencias, necesidades y privacidad, así como el derecho a tomar decisiones sobre su atención y la calidad de sus vidas”. El Principio 16 declara que “las personas mayores deben tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad”. Derechos Humanos y Salud, Personas mayores, OPS 2008.

80 “Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación al art 12 del PIDESC, relaciona y depende del ejercicio de otros derechos humanos como la vida, la no discriminación, la igualdad, la libertad de trato inhumano o degradante, el derecho a la asociación, la asamblea y la movilización, a la alimentación, la vivienda, el empleo y la educación. Hace referencia a las personas mayores como un grupo cuya vulnerabilidad requiere programas especiales, de costo relativamente bajo que ofrezcan acceso a centros de salud, bienes y servicios sin discriminación.” Derechos Humanos y Salud, Personas mayores, OPS 2008.

81 “[...] asegura que la integridad física, mental y moral de la persona mayor será respetada y que no será sometida a un trato cruel, inhumano y degradante. Esta protección estipula que

En el mes de junio de 2015 el Estado de Chile firmó la CIPD-HPM. Por consiguiente, en la actualidad contamos por primera vez con un instrumento jurídico internacional que tutela y resguarda los derechos a favor de los adultos mayores. A esta Convención específica relativa al tema, se suman en términos generales, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). Estos convenios y tratados establecen un marco general para la protección de las personas, salvo el mencionado Protocolo de San Salvador, que en su artículo 17 hace una referencia específica a la protección del adulto mayor.

Sin embargo, el Protocolo de San Salvador o Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha sido solo firmado pero no ratificado por Chile, aun cuando se le ha recomendado ratificarlo, al igual que el Protocolo PIDESC. Lo anterior implica que no está vigente ni es obligatorio para Chile. Sin embargo, se estima que de todas formas tendría validez para nuestro país ya que, en materia de DDHH, se ha establecido que existiendo firma, todos los objetivos emanados de dicho instrumento normativo tienen fuerza obligatoria para el Estado, no pudiendo Chile actuar contra el “objeto y fin” del Protocolo San Salvador (en este caso, contra la protección y el respeto a los Derechos Económicos Sociales y Culturales consagrados en el protocolo).⁸²

El artículo 17 del Protocolo de San Salvador consagra explícitamente la Protección de los Ancianos, indicando textualmente que:

“Toda persona tiene derecho a protección especialmente durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar estos derechos a la práctica y en particular a:

- a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ellas y no se encuentren en condiciones de pro-

las necesidades de salud específicas de las personas mayores necesitan atención médica especial, programas de trabajo y el establecimiento de organizaciones sociales. El artículo 10 garantiza que todo ser humano debe gozar del derecho a la salud. A fin de lograr el ‘derecho a la salud’, los Estados deben comprometerse a reconocer la salud como un bien público, a prevenir más abusos y a promover la educación sobre los problemas de salud. El Artículo 3 asegura el derecho a la no discriminación. Además, el artículo 18 reconoce a las personas con discapacidades físicas y mentales, incluyendo a las personas mayores, como grupos vulnerables que tienen derecho a atención médica especial y rehabilitación.” Derechos Humanos y Salud, Personas mayores, OPS 2008.

82 Siendo el Protocolo la última interpretación de los Derechos Económicos Sociales y Culturales que están enumerados en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, esta interpretación se debe “tomar en cuenta” para la interpretación de ésta última (que está vigente para Chile a través de la Carta de la OEA).

porcionársela por sí mismas.

- b) Ejecutar programas laborales específicos, destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad adecuada a sus capacidades, respetando su vocación o deseos.
- c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.”

Este artículo contiene un mandato directo a los Estados en orden a satisfacer demandas esenciales para esta población, ejecutar programas específicos en materia laboral y, lo que es más importante, establece la necesidad de ejecutar programas laborales que concedan a los ancianos la posibilidad de realizar actividades adecuadas acordes a su capacidad y respetando sus vocaciones y deseos.

Hasta ahora solo contábamos con el Plan de Madrid (Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento) y en este contexto se ha utilizado La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (conocida por su denominación en inglés como CRPD).⁸³ El Plan de Madrid es un instrumento que tuvo por objeto mejorar la situación de las personas mayores, ya que fue un acuerdo global firmado por 159 gobiernos. Pero carecía de carácter vinculante, ya que a diferencia de la actual Convención, no fue elaborado como un instrumento de derechos humanos, “[...] sino como una serie de recomendaciones para alcanzar objetivos socioeconómicos”.⁸⁴ Este Plan no consideraba un monitoreo general sobre el progreso alcanzado, por consiguiente “[...] los Estados miembros podían seleccionar en qué áreas avanzar no existiendo indicadores o prioridades sujetas a plazos específicos [...]”⁸⁵

Es en este contexto que el informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, de julio de 2013, reconoció que algunas cuestiones sobre los derechos de las personas mayores no habían recibido suficiente atención en la práctica de los mecanismos y organismos de derechos (Naciones Unidas, 2013a).

83 Amerita un análisis más profundo, teniendo en cuenta las situaciones en las que la vejez y la discapacidad, tal como son definidas en este instrumento, se superponen. Esta Convención fue elaborada considerando el escenario del envejecimiento demográfico, ya que es probable que las personas adquieran discapacidades al envejecer. Incluye una serie de cláusulas que ilustran la necesidad de tener en cuenta la vejez y la situación específica de las personas mayores, en particular el artículo 13, sobre los ajustes para un acceso igualitario a la justicia; el artículo 16, sobre la asistencia y el apoyo para proteger contra el abuso; el artículo 25, sobre los servicios de salud para minimizar y prevenir discapacidades mayores, incluyendo a las personas de edad; y el artículo 28, que pretende asegurar el acceso de las personas mayores con discapacidad a sistemas de protección social y programas de reducción de la pobreza.

84 Nena Georgantzi, “Garantías legales e institucionales para los derechos de las personas mayores: una mirada desde Europa” en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez, ed., *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, Santiago, Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2014, pp. 87-102.

85 Op. cit., p. 95.

Además, la Comisión de Desarrollo Social concluyó –en su segundo examen sobre la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento– que seguían existiendo desafíos y obstáculos que limitaban la participación de las personas mayores, su inclusión e integración social, considerando, además, la discriminación y el abuso de los que son víctimas (United Nations, 2013).⁸⁶

Mencionamos también la Convención sobre Discapacidad, la cual si bien no está dirigida a la población de Adultos Mayores, incluye algunas normas dedicadas a este grupo “A pesar de que la CRPD no diferencia a las personas mayores para una protección especial, muchos de sus artículos pueden ser utilizados para la protección de los derechos de este grupo social, como el artículo 9, sobre la accesibilidad; el artículo 19, sobre el derecho a vivir de forma independiente; el artículo 20, sobre la movilidad personal, y el artículo 26, sobre la habilitación”.⁸⁷ Este era el panorama existente de normativa internacional, cuando surgió, luego de años de trabajo, la Convención sobre Derechos de las personas Mayores.

El texto de esta Convención posee un enfoque de derechos humanos y establece derechos fundamentales, los cuales se encuentran mayormente garantizados en nuestra propia Constitución. Se aprecia un avance en el reconocimiento de derechos que se relacionan específicamente con las necesidades del AM, tales como: el derecho a la autonomía e independencia; a la participación e integración comunitaria; a una vida sin ningún tipo de violencia, a no ser sometidos a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. También reconoce los derechos de quien recibe servicios de cuidado a largo plazo, a la recreación, al esparcimiento y al deporte, a la vivienda, y a la accesibilidad. Cabe señalar que la mayoría de los derechos consagrados en la Convención poseen una protección a nivel constitucional. Sin embargo, ninguno de ellos –en el contexto nacional– reconoce especificaciones o menciones especiales acerca del adulto mayor, quedando este grupo protegido solo por los derechos que se otorgan a todas las personas en general.

Revisando la normativa existente podemos señalar que el hecho de que existan instrumentos internacionales sobre un grupo especialmente desfavorecido como los AM, es parte del camino hacia el reconocimiento de la comunidad internacional y de cada uno de los Estados, de los AM como sujetos de derecho. Si bien es cierto que su reconocimiento como tales está en otros instrumentos internacionales, regionales y universales (al recaer sobre la protección de toda persona), un

86 Op. cit., p. 94.

87 Op. cit., p. 92.

instrumento jurídico internacional que proteja a los adultos mayores en forma central y específica, es de gran relevancia. Esto no solo por la significación simbólica que implica contar con un documento internacional –cuyo contenido versa sobre compromisos y garantías hacia un grupo de la población peculiarmente excluido, empobrecido y lesionado en sus derechos fundamentales–, sino porque además, lo expresado en el instrumento es un compromiso fuerte que realiza el Estado para cumplir con esas obligaciones y, en ese sentido, poderle exigir el cumplimiento de los compromisos contraídos, no en el sentido puramente “judicial”, sino que, también, público y social.

Dado que la Convención acaba de ser firmada, resultaría inútil hacer el ejercicio de evaluar el cumplimiento de Chile con los estándares propuestos. Pero es posible establecer algunas brechas en relación a lo que Chile hoy hace y lo sugerido en la Convención, dado que en ella se consagran y adecúan los derechos humanos, añadiendo especificaciones destinadas a salvaguardarlos y adaptarlos a las necesidades del adulto mayor. Para hacer la comparación, nos detendremos en tres derechos fundamentales reconocidos por el Estado chileno a nivel nacional e internacional y consagrados también en la Convención, de altísima relevancia dada la situación de vulnerabilidad y pobreza de los AM: el derecho a la salud, a la seguridad social y a una vida digna.

2.2.1. Derecho a la salud

El derecho a la salud se reconoce en el artículo 19 N° 9 de la Constitución chilena y a nivel internacional se consagra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) que en su artículo 12 reconoce el derecho a la salud estableciendo que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”⁸⁸ Este precepto ha sido interpretado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Comité DESC) a través de la Observación General 14⁸⁹ que indica que, el derecho a la salud está estrechamente vinculado –en una relación de interdependencia e indivisibilidad– con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de ellos. Se trata, además, de un derecho que tiene como factores determinantes básicos la interrelación que existe entre la pobreza y la efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ya que los problemas de salud

88 Ver Elisa Ansoleaga y Ester Valenzuela, “Salud Mental y Derechos Humanos: la salud de segunda categoría”, *Informe 2013*, pp. 191 y ss.

89 ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), “Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 22° periodo de sesiones, 2000, párr. 12.

pueden ser tanto causa como consecuencia de la pobreza.⁹⁰

La CIPDHMP pretende asegurar un acceso preferencial y universal del adulto mayor a los servicios de salud (en diversos aspectos, incluyendo el sexual y nutricional), promoviendo un envejecimiento saludable, la prevención y la capacitación de las personas encargadas de proveer estos servicios, orientada especialmente a la atención de adultos mayores.⁹¹ En este ámbito se puede señalar –además del reconocimiento expreso del derecho a la salud en la Constitución– que los programas son abundantes, existen tanto del SENAMA como del MINSAL, y tienden a asegurar y promover los distintos aspectos que exige la Convención respecto a la salud (incluso el SENAMA ha realizado charlas de educación sexual para los adultos mayores), enfocándose especialmente en la prevención y en el envejecimiento saludable, así como en la capacitación especial de personas que atienden a adultos mayores en asuntos relacionados con su salud.

Sin duda han existido esfuerzos del Estado por cambiar el paradigma sobre cómo abordar los temas vinculados a las personas mayores. La labor del SENAMA presenta un enfoque de derechos, y el MINSAL también ha hecho avances en esta línea y en temas de cobertura, sin embargo, ese impulso no alcanza a todas las reparticiones públicas que tienen como beneficiarios a los AM, y menos se ha irradiado a la sociedad en su conjunto, que continúa manteniendo una visión negativa respecto a la vejez (como un estado invalidante, de dependencia, etc.).

Respecto a la provisión del derecho a la salud hoy se constata una gran desigualdad entre el sistema privado y público, cuestión que reviste gran impacto en la población AM, toda vez que dadas sus bajas pensiones deben migrar al sistema público y acceder a una salud insuficiente, territorialmente mal distribuida, con escasez de especialistas, sin garantías de calidad, entre otras dificultades. En este punto, se hace evidente que el diseño del modelo neoliberal estruja a las personas en su periodo de vida laboralmente productivo para luego darles la espalda cuando dejan de serlo.

Fernando Atria advierte que concebir los derechos sociales como derechos a un mínimo (dado que su contenido debe ser jurisdiccionalmente adjudicable), neutraliza el potencial transformador de estos derechos.⁹² Tratar la salud como un derecho social no implica que cada uno pueda acceder a todas las prestaciones de salud que desee (significaría negar el hecho de la escasez), sino que las atenciones de salud no pueden distribuirse según lo que cada uno pueda dar a cambio, sino de

90 *Ibíd.*

91 OEA, Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, *op. cit.*, artículos 2, 6, 11, 19, entre otros.

92 Fernando Atria, *Derechos sociales y educación: un nuevo paradigma de lo público*, Lom, Santiago, 2014, p. 65.

acuerdo a un criterio cuya aplicación sea consistente con el reconocimiento del mismo derecho para la totalidad de los habitantes: que todos tengan el mismo acceso a las prestaciones según sus necesidades,⁹³ para enfrentar el hecho de la escasez con un criterio público. Hay que considerar que la mayoría de los problemas que padecen los AM en la salud pública son los mismos que viven otros usuarios en distintos ciclos de vida, pero que se ven agravados por la alta prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidad, mayor necesidad de atención, medicamentos no cubiertos por el AUGE, falta de especialización en geriatría o gerontología, etc.

2.2.2. Derecho a la seguridad social

La consagración de prestaciones de seguridad social aparece claramente en la Declaración de Filadelfia, de 1944, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la que se pedía “extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesitan y prestar asistencia médica completa”. Como derecho humano, la seguridad social es reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (DUDH), que sostiene, en el artículo 22, que “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social”, y en el párrafo 1 del artículo 25 establece que tiene, también “derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”⁹⁴, por Convenio N° 102 de la OIT, relativo a la norma mínima de la seguridad social (1952) y por Convenio N° 128, sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (1967). Derecho que fue posteriormente reconocido en diversas normas de instrumentos internacionales sobre derechos humanos.⁹⁵

El derecho a la seguridad social es reconocido en el Sistema Universal de Derechos Humanos en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁹⁶ y la índole de las obligaciones de los Estados Partes es desarrollada en la Observación General N°3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). La Observación General N°19 del Comité DESC desarrolla el contenido del derecho a la seguridad social (artículo 9), señalando que es de importancia fundamental para garantizar la digni-

93 Ibid.

94 ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General N°19 El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párr. 6.

95 Artículo 5 e) iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; artículos 11.1 e) y 14.2 c) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; artículo 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.

96 Artículo 9. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

dad humana, incluyendo el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, sin discriminación,⁹⁷ de tal forma que desempeña un papel importante para reducir y mitigar la pobreza, prevenir la exclusión y promover la inclusión social, debido a su carácter redistributivo.⁹⁸ En cuanto al tema que nos interesa –la seguridad social en el sistema de previsión social en la vejez– esta observación señala que aunque los sistemas privados no son la regla general⁹⁹, resultan aceptables otros sistemas como los planes privados, las medidas de autoayuda, los planes comunitarios o de asistencia mutua, siempre que respeten los elementos esenciales del derecho a la seguridad social, que son aplicables a todas las circunstancias y realidades nacionales, guiándose por la definición de la seguridad social “como un bien social y no principalmente como una mercancía o un mero instrumento de política económica o financiera”¹⁰⁰ y que debe considerar los siguientes factores:

(1) Disponibilidad.

(2) Riesgos e imprevistos sociales: (a) atención en salud, (b) enfermedad, (c) vejez,¹⁰¹ (d) desempleo, (e) accidentes laborales, (f) prestaciones familiares, (g) maternidad, (h) discapacidad, (i) sobrevivientes y huérfanos.

(3) Nivel suficiente.¹⁰²

97 Prestaciones sociales en efectivo o en especie, “sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo”. ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 19: El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párr. 2°.

98 ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 19: El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008/Ibid., párr. 3°.

99 Como sí lo son los “Planes contributivos o planes basados en un seguro, como el seguro social expresamente mencionado en el artículo 9. Estos planes implican generalmente el pago de cotizaciones obligatorias de los beneficiarios, los empleadores y a veces el Estado, juntamente con el pago de las prestaciones y los gastos administrativos con cargo a un fondo común.” ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 19. El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008/Ibid., párr. 4 a).

100 ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 19: El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008/Ibid., párr. 10.

101 El Comité señala que “Los Estados Partes deben establecer, hasta el máximo de los recursos disponibles, prestaciones de vejez no contributivas, servicios sociales y otros tipos de ayuda para todas las personas mayores que, al cumplir la edad de jubilación prescrita en la legislación nacional, no tengan cubiertos los periodos mínimos de cotización exigidos, o por cualquier otra causa no tengan derecho a disfrutar de una pensión de vejez o de otro tipo de prestación o ayuda de la seguridad social y carezcan de cualquier otra fuente de ingresos.” ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 19: El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008/Ibid., párr. 15.

102 Implica que las prestaciones “deben ser suficiente en importe y duración a fin de que todos puedan gozar de sus derechos a la protección y asistencia familiar, de unas condiciones de vida adecuadas y de acceso suficientes a la atención de salud”, respetar el principio

- (4) Accesibilidad.
- (5) Relación con otros derechos.

Una de las obligaciones básicas (mínimas) que establece la observación sobre el derecho humano a la seguridad social, es el aseguramiento en el acceso a un sistema que ofrezca a todas las personas y familias un nivel mínimo indispensable de prestaciones que les permitan obtener por lo menos atención de salud esencial, alojamiento y vivienda básicos, agua y saneamiento, alimentos y las formas más elementales de educación.¹⁰³

El sistema universal de protección a los derechos humanos hace tiempo viene reconociendo y advirtiendo a los Estados acerca de la revolución silenciosa del envejecimiento. La Observación General N°6, de 1995, sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores,¹⁰⁴ consideró a los AM como uno de los grupos de la población que figura entre los más vulnerables, marginales y desprotegidos.¹⁰⁵

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante, SIDH), el derecho a la seguridad social se entiende incorporado jurídicamente en virtud del artículo XXVI de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos (en adelante, CADH).¹⁰⁶ Este derecho está establecido en el artículo 9 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo del Salvador)¹⁰⁷,

de dignidad humana y de no discriminación con el fin de evitar efectos adversos sobre el nivel de las prestaciones y la forma en que se conceden. Se señala expresamente que los criterios de suficiencia deben ser revisados periódicamente, "para asegurarse de que los beneficiarios pueden costear los bienes y servicios que necesitan para ejercer los derechos reconocidos en el Pacto. Cuando una persona cotiza a un plan de seguridad social que ofrece prestaciones para suplir la falta de ingresos, debe haber una relación razonable entre los ingresos, las cotizaciones abonadas y la cuantía de la prestación pertinente." ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General N°19. El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008/lbid., párr. 22.

103 Observación General N°19, El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008/lbid., párrs. 22 y 59.

104 ONU, Comité DESC, Observación General N°6 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, U.N. Doc. E/C.12/1995/16/Rev.1 (1995).

105 Ibid., párr. 17.

106 Artículo 26. Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

107 Artículo 9. Derecho a la Seguridad Social.

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.

2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes

instrumento que no ha sido ratificado por Chile, pero sí fue firmado por nuestro país.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso *Cinco pensionistas contra Perú* al pronunciarse sobre el artículo 26 de la CADH señaló que “Los derechos económicos, sociales y culturales tienen una dimensión tanto individual como colectiva. Su desarrollo progresivo, sobre el cual ya se ha pronunciado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas,¹⁰⁸ se debe medir, en el criterio de este Tribunal, en función de la creciente cobertura de los derechos económicos, sociales y culturales en general, y del derecho a la seguridad social y a la pensión en particular, sobre el conjunto de la población, teniendo presentes los imperativos de la equidad social, y no en función de las circunstancias de un muy limitado grupo de pensionistas no necesariamente representativos de la situación general prevaleciente.”¹⁰⁹ En relación a la misma norma y en el caso *Acevedo, Buendía y otros (Cesantes y jubilados de la Contraloría) contra Perú*, la Corte IDH dictaminó “que si bien el artículo 26 se encuentra en el capítulo III de la Convención, titulado ‘Derechos Económicos, Sociales y Culturales’, se ubica, también, en la Parte I de dicho instrumento, titulado ‘Deberes de los Estados y Derechos Protegidos’ y, por ende, está sujeto a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1 y 2 señalados en el capítulo I (titulado ‘Enumeración de Deberes’), así como lo están los artículos 3 al 25 señalados en el capítulo II (titulado ‘Derechos Civiles y Políticos’).”¹¹⁰ La Corte afirmó lo siguiente:

“102. El Tribunal observa que el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales ha sido materia de pronunciamiento por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en el sentido de que la plena efectividad de aquellos “no podrá lograrse en un breve periodo de tiempo” y que, en esa medida, “requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo [...] y las dificultades que implica para cada país el asegurar [dicha] efectividad”. En el marco de dicha flexibilidad en cuanto a plazo y modalidades, el Estado tendrá esencialmente, aunque no exclusivamente, una obligación de hacer, es decir, de adoptar providen-

de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

108 U.N. Doc. E/1991/23, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, Observación General No. 3: La indole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), adoptada en el Quinto Periodo de Sesiones, 1990, punto 9.

109 Corte IDH, sentencia *Cinco pensionistas contra Perú*, 28 de febrero de 2003, párr. 147.

110 Corte IDH, sentencia *Acevedo, Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría) contra Perú*, 1 de julio de 2009, párr. 100.

cias y brindar los medios y elementos necesarios para responder a las exigencias de efectividad de los derechos involucrados, siempre en la medida de los recursos económicos y financieros de que disponga para el cumplimiento del respectivo compromiso internacional adquirido. Así, la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos.”.

Y recordó, asimismo, “la interdependencia existente entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales, ya que deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello.”¹¹¹

Rodrigo Pica Flores, siguiendo a Humberto Nogueira, define el derecho fundamental a la seguridad social como el acceso a un sistema legal destinado a proporcionar y financiar diversas prestaciones referidas a estados de necesidad social específicos, que deriven de riesgos como la cesantía, la invalidez, la viudez, orfandad, la vejez, la cesantía y la incapacidad asegurando un conjunto de condiciones de vida en forma general, integral y uniforme,¹¹² y que su contenido esencial “está constituido por el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social configuradas legislativamente, sin discriminación alguna; el derecho a no ser privado arbitrariamente de ellas; y un derecho a la no reversibilidad de las prestaciones incorporadas al patrimonio de las personas; como asimismo, un derecho a la irreversibilidad de las prestaciones de seguridad social que asegura y garantiza el ordenamiento jurídico. Conformado dogmáticamente por los principios de generalidad, integralidad, uniformidad y solidaridad (...)”.¹¹³ La solidaridad es un principio que no debiera faltar en un sistema previsional y se asocia con el rol redistributivo en la sociedad, lo que supone el aporte de todos a un sistema de fondo común que cubra las contingencias de todos.¹¹⁴

Nuestro sistema previsional, basado en la capitalización individual impuesto durante la dictadura militar bajo el Decreto Ley 3.500, no ha sufrido hasta hoy modificaciones sustantivas. Pica señala que al basarse el sistema previsional chileno en la capitalización individual, y

111 Corte IDH, sentencia *Acevedo, Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría) contra Perú*, 1 de julio de 2009/ *Ibíd.*, párr. 101.

112 Rodrigo Pica, “El derecho a la seguridad social en el sistema constitucional chileno” en Gonzalo Aguilar (Coord.), *Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el orden constitucional chileno*, Librotecnia, Santiago, 2012, pp. 262-263.

113 Humberto Nogueira, *Derechos fundamentales y garantías constitucionales*, Tomo 3, Librotecnia, Santiago, 2009, p. 453.

114 Rodrigo Pica, *op. cit.*, p. 263.

por ende, carente de solidaridad, genera la paradoja que el más pobre –entre ellos las personas mayores– tiene menor cobertura frente a la vejez y la invalidez; esto es especialmente grave dado que por el ciclo de vida en el que se encuentran las personas mayores, ya son un grupo especialmente pobre como se detalló en el acápite “La Situación de las Personas Mayores en Chile” de este capítulo.¹¹⁵ Junto con lo anterior, el sistema previsional chileno basado en la capitalización individual y en la entrega total de la administración de los dineros para la vejez a organizaciones privadas con fines de lucro (AFP), confronta casi todos los principios que forman parte del contenido de la seguridad social, al que el Estado se ha obligado a garantizar y respetar en virtud del artículo 5º, inciso 2º, de la Constitución.¹¹⁶ Además, las prestaciones en seguridad social compuestas por diversos sistemas de bonos y pensiones básicas solidarias entregadas por el Estado a los más pobres, en muchos casos, ni siquiera proveen el mínimo para subsistir.

En cuanto al derecho a la seguridad social del que son titulares todos los AM, podemos concluir que el sistema previsional privado chileno solo viene a profundizar las desigualdades estructurales impúdicas de nuestra sociedad. El diseño del modelo previsional discrimina abiertamente a un colectivo vulnerable de vasta población, puesto que no asegura el acceso a la seguridad social en la vejez, porque las pensiones recibidas por los jubilados chilenos no son previsibles ni confiables al estar entregadas al mercado que de por sí es dinámico y riesgoso, y por otro lado, se basa en el aporte del propio AM jubilado en su etapa de trabajo, sin exigir aportes de su empleador o del Estado, cuando el primer garante debiera ser el propio Estado.

Creemos que los intentos jurídicos e institucionales de dotar de efectividad el derecho a la seguridad social en la vejez, no deben estar diseñados bajo los mismos supuestos del sistema previsional actual pues, como se señaló, es su propio diseño el que empobrece y convierte en letra muerta un derecho consagrado en la Constitución y en la Corte IDH.

La CIPDHPM pretende asegurar que los AM reciban ingresos que aseguren una vida digna. Existe abundante legislación que establece diversos sistemas de bonos y pensiones, sin embargo, a nivel nacional tales ingresos no alcanzan para asegurar una vida digna al adulto mayor. Al respecto, es necesario recordar que un 82% de los adultos

115 Es en clave del derecho a la seguridad social que se deben leer y medir los proyectos de ley sobre la creación de una AFP estatal o el bullado proyecto que permite a los adultos mayores hipotecar sus bienes raíces para incrementar sus pensiones. En ambos casos se trata de posibles soluciones que resultan insuficientes dado que el sistema de previsión social basado en la capitalización individual es lo que contradice los principios del derecho a la seguridad social y es lo que genera serias dificultades en el goce y ejercicio de derechos a los AM.

116 Ver artículos 9, 10 y 11 del PIDESC, artículo 25 DUDH.

mayores que reciben algún tipo de jubilación o pensión, tienen ingresos que no superan los 201.671 pesos. De esta cifra se extrae que las mujeres son la población más desventajada al recibir, en promedio, 170.954 pesos, en comparación con los hombres que reciben 227.421 pesos. Es decir, la población femenina recibe, aproximadamente, un 24.8% menos de jubilación.¹¹⁷

2.2.3. Derecho a un nivel adecuado de vida, a una vida digna o a un mínimo vital

La dignidad es el fundamento axiológico de todo derecho humano, es el sustento jurídico y moral del Sistema Universal de Derechos Humanos, y es un principio que nuestra Carta Fundamental expresamente incorpora, al declarar en su artículo 1° que las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos. La Constitución reconoce el derecho a la vida e integridad física y psíquica en el artículo 19 N° 1; la CADH reconoce el derecho a la vida en su artículo 4 y el derecho a la integridad personal en su artículo 5; a su vez el derecho a la vida se reconoce en el artículo 25 (1) de la DUDH y en el artículo 11 del PIDESC. La Corte IDH lo ha reconocido como un derecho protegido en el SIDH en varias ocasiones. Este cúmulo de consagraciones del derecho a la vida e integridad ha implicado –en el derecho internacional, de los derechos humanos– concebir el derecho a la vida como algo más que el derecho a no verse privado de la existencia arbitrariamente. Como señala la autora Daniela Méndez, en virtud de las normas internacionales de Derechos Humanos existe cierto acuerdo en que las necesidades básicas que son parte del derecho a tener un nivel adecuado de vida, incluyen alimentación, vestuario, vivienda y salud.¹¹⁸ Añade Méndez que lo esencial es que cada persona deba ser capaz de disfrutar [cubrir] sus necesidades básicas bajo condiciones de dignidad, lo cual implica que ninguna persona debería vivir en condiciones en las que el único modo que tenga para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas sea degradándose o privándose de sus libertades (...).¹¹⁹

Este como otros, es un derecho interrelacionado y no podemos entenderlo sin hacer referencia al derecho a la salud o a la seguridad social. Daniela Méndez explica que el derecho a la seguridad social es fundamental cuando las personas no pueden por sí mismas asegurarse un adecuado nivel de vida, particularmente cuando no tienen los recursos o capacidad de trabajo necesaria debido, por ejemplo, a la condición de ser un adulto mayor. Este derecho también se relaciona

117 MIDESO, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Adultos Mayores. Síntesis de Resultados), 2013.

118 Daniela Méndez Royo, “El derecho a un adecuado nivel de vida para la persona y su familia” en Gonzalo Aguilar (Coord.), *Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el orden constitucional chileno*, Librotecnia, Santiago, 2012, p. 297.

119 *Ibid.*

con el derecho de los AM a la integridad física, psíquica y a la vida. El derecho a la vida incluye el derecho a una vida digna, como ha señalado la jurisprudencia de la Corte IDH, puesto que esta noción es uno de los componentes del derecho a la vida. En el *caso Niños de la calle (Villagrán Morales y otros) contra Guatemala*, la Corte IDH señaló que “El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende no solo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen entonces la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.”¹²⁰

Como ha quedado expuesto, existe consenso acerca de lo fundamental que resulta comprender los derechos humanos como interrelacionados e interdependientes los unos de los otros. Esta visión en el caso de las PM, tiene una significación especialmente relevante, dado que las condiciones materiales en las que vive la gran mayoría de los ancianos chilenos son de pobreza y vulnerabilidad. En términos jurídicos, aquello se traduce en la efectiva privación de goce y ejercicio de derechos básicos que el Estado se ha obligado a cumplir y garantizar y, en consecuencia, comprometen su responsabilidad.

La privación de derechos sociales a la cual nos referimos, es un efecto que difícilmente podría evitarse con el modelo social, jurídico y económico que hoy tenemos. La sociedad chilena sigue siendo de mercado, donde los derechos sociales de mayor importancia en el ciclo de vida de las personas han sido forzosamente privatizados, como son los derechos a la salud y a la protección social. El rol del Estado es mínimo en la provisión del derecho a la seguridad social en el área de la previsión social y subsidiario respecto a la salud, pues solo interviene en defecto de la iniciativa privada y en casos de extrema pobreza (pensiones de vejez, bonos asistenciales, etc.). Es así como el diseño institucional de la salud y del sistema de pensiones –que difícilmente podemos llamarlo un sistema “de seguridad social”– empobrece a las personas mayores, las tiene en condiciones precarias de vida y salud y no les permite acceder al derecho a una existencia digna. No podemos olvidar que ambos modelos (de salud y sistema de pensiones) pudieron implementarse en nuestro país a raíz de la violencia y radicalidad

120 *Ibid.*

propias de un régimen dictatorial. Como reflexiona Fernando Atria, el Estado en el modelo neoliberal chileno neutraliza los derechos sociales como derechos de ciudadanía y, por tanto, no los satisface.¹²¹ De ahí que compartamos con él la necesidad de un cambio de paradigma en cuanto a los derechos sociales, que permita superar aquella visión que considera la senectud propia de un sujeto débil y beneficiario de prestaciones asistenciales, para dar paso a una mirada que ve al adulto mayor como sujeto de derechos exigibles al Estado. Finalmente, el avance en el reconocimiento de derechos fundamentales hacia el adulto mayor tiene como imperativo ético que, junto con el desarrollo de una política pública específica para el AM, se dé visibilidad jurídica y protección ante las particularidades de este grupo etario, a modo de prevenir el trato inhumano y degradante provocado por el abandono y las condicionantes sociales a las que hemos hecho mención.

Generar las condiciones para avanzar en la protección de los derechos de las personas mayores implica, además de lo que compete a la acción estatal, bogar por un cambio en el imaginario social de la vejez y abandonar el injustificado estatuto de dependencia de los adultos mayores. Las personas mayores no pierden necesariamente la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma. “Continuamente se toman diversas decisiones para dirigir los deseos y voluntades en el diario vivir. Si se hace un recuento de las decisiones tomadas en un día se comprende el valor de contar con esa posibilidad. Quizás para muchas personas esta reflexión no tiene importancia, ya que sus decisiones siempre son respetadas, pero para aquellas cuya capacidad de decidir es cuestionada, o cuyas decisiones son controladas, esto significa una dimensión crucial de la vida, que además se transforma en el escenario de graves violaciones de los derechos humanos”.¹²² Negarles a las personas mayores la posibilidad de tomar decisiones es contribuir a la pérdida de sus derechos, a su posibilidad de ejercerlos y, finalmente, a la reducción de su autonomía.

El trato que hoy socialmente existe en torno a la vejez, como “personas incapaces, dependientes, que requieren tutela y en que su voluntad puede ser fácilmente reemplazada por la de quienes están a cargo de su cuidado”, no solo es injustificado, discriminador y atentatorio contra la autonomía en el ejercicio de derechos, sino que conduce al riesgo de

121 T. H. Marshall señala que “(...) los derechos sociales constituyen la sustancia de la ciudadanía: su contenido. Los derechos sociales contienen la idea de que ciertos aspectos del bienestar de cada uno son responsabilidad de todos, y porque descansan en la idea de realización recíproca, no pueden ser entendidos como indiferentes a la cooperación (...)” en Fernando Atria, *op. cit.*, p. 51.

122 Rodrigo Jiménez, “Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma”, en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez, eds. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, México, Publicación de las Naciones Unidas, 2014, p. 77.

abusos físicos, psicológicos y económicos, a la pérdida de bienes y de propiedades, de derechos civiles y políticos, a la institucionalización sin consentimiento, entre otras restricciones.¹²³ La existencia de una autonomía individual que va en regresión forzadamente por una construcción social del sujeto, se contradice con las recomendaciones de la OEA en la CIDHPM, “... sobre la capacidad legal y la autonomía, incluyendo personas con discapacidad y miembros de la sociedad civil”.¹²⁴ Es por eso que hemos llamado a este fenómeno autonomía regresiva en AM, en contraposición a lo que sería la autonomía progresiva (que se describe en materia de infancia y evolución de sus derechos). En el caso de los AM existiría una verdadera involución en su autonomía, en el ejercicio efectivo de sus derechos. Ejemplo de lo precedente es que solo 1 de 5 casos de vulneración de derechos de los AM, son reportados a las autoridades.¹²⁵ Esto deja en evidencia que este grupo etario no está acostumbrado a judicializar sus conflictos y la imposibilidad que presentan de denunciar a los propios miembros de la familia (hijos o cónyuges) a cargo de su cuidado.

CONCLUSIONES

En base al desarrollo anterior se puede arribar a las siguientes conclusiones:

1. Chile no se ha preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional. Aun cuando el listado de planes y programas enfocados a los adultos mayores es extenso, Chile aún no ofrece condiciones para enfrentar las demandas y cubrir las necesidades del envejecimiento poblacional, tanto por el insuficiente alcance de las políticas como por la dificultad para atender a la heterogeneidad de este colectivo. Asimismo, se mantiene un imaginario social en relación a la vejez como vinculada al deterioro, la dependencia y la decadencia.
2. El maltrato sistémico hacia las personas mayores en Chile. Las personas mayores en Chile viven una situación de vulneración y vulnerabilidad. Estas vulneraciones no solo se reducen a un maltrato físico o psicológico, sino que estamos en presencia de un maltrato sistémico y sistemático donde urge la acción es-

123 Nena Georgantzi, “Garantías legales e institucionales para los derechos de las personas mayores: una mirada desde Europa” en Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez, ed., *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, Santiago, Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2014, pp. 87-102.

124 Op. cit., p. 73.

125 Pedro Marín y Sergio Castro, “Abuso o maltrato en el Adulto Mayor”, Pedro Marín, ed., *Manual de Geriatria y Gerontología*, Santiago, Fondo para el Desarrollo de la Docencia, 2000, p. 2.

tatal. La privación de las condiciones mínimas de vida de los adultos mayores en Chile, no incluye únicamente los insuficientes ingresos percibidos por este colectivo, sino que en general, se consideran también, las restricciones en el acceso a la salud, la insuficiencia del sistema previsional, las condiciones laborales precarizadas y/o la baja participación en la vida social. Se suma a este panorama, la percepción de que la vejez está asociada a la pérdida de capacidad, dentro de lo que hemos llamado una autonomía regresiva, que conlleva un maltrato sistémico hacia la población mayor.

3. Perspectiva de género en problemáticas del adulto mayor.
Las mujeres adultas mayores viven en condiciones más desfavorables respecto a sus pares masculinos. Además de la situación de vulnerabilidad que sufren por ser adultos mayores, son víctimas de las desigualdades estructurales, sociales y económicas de nuestro país en relación al género. Sus interrumpidas trayectorias laborales se traducen en peores pensiones que las que tienen los hombres. Asimismo, la división sexual del trabajo las obliga a mantener a su cargo las tareas domésticas y de cuidado, ya sea de niños u otros adultos mayores y familiares con discapacidades, lo que significa un enorme desgaste físico y mental que deben enfrentar en soledad y careciendo de herramientas suficientes para llevar a cabo esta labor de cuidado.
4. Institucionalidad débil para la protección de las personas mayores.
La ausencia de una entidad con la suficiente fuerza para sincronizar los distintos programas y planes provenientes de diferentes reparticiones gubernamentales, impide tener visión estratégica e intersectorial. Tampoco existe un órgano estatal con la facultad de evaluar, supervigilar y, en su defecto, aplicar sanciones respecto de la acción de otros organismos públicos en materia de medidas de protección para los AM.
5. Necesidad de contar con normativa de protección especializada.
Es necesario generar a nivel nacional, una ley de protección del AM que reconozca las especificidades de esta población, fije las directrices que impulsen un debido cuidado de sus necesidades y los sitúe como sujetos de derechos con autonomía. Se precisa una legislación que sea capaz de entregar respuestas a este grupo vulnerable que posee necesidades específicas y que reconozca, entonces, la especificidad de este grupo. Dicha Ley debiese contar con derechos y garantías; indicar ámbito de aplicación e interpretación y establecer mecanismos de protección jurisdiccionales, administrativos e institucionalidad.
6. Nuestro actual sistema de seguridad social es una fábrica de pobreza. Ser AM en Chile equivale a empobrecimiento.

Es urgente revisar el actual sistema de pensiones basado en la capitalización individual y avanzar hacia sistemas que incorporen el componente de solidaridad, pilar fundamental de la protección social en el mundo. En la actualidad el sistema de pensiones basado en Fondos de Administración de Pensiones, actúa como una fábrica de pobreza en la población de adultos mayores de nuestro país, donde vejez es sinónimo de empobrecimiento.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis realizado en este capítulo, se recomienda al Estado de Chile:

1. Fortalecimiento de la institucionalidad. El déficit institucional señalado en las conclusiones puede remediarse mediante diversas alternativas, entre ellas, la creación de una Superintendencia que coordine y supervigile las acciones multisectoriales que tienen como beneficiarios a los AM; fortalecimiento del SENAMA como una entidad que cuente con las potestades para confeccionar, coordinar y evaluar los planes y políticas enfocadas a las personas mayores, erigiéndose como una repartición que pueda colocarse a la cabeza del trabajo intersectorial de los planes que tienen como beneficiarios a los PM. Por ejemplo, incluir competencias de representación jurídica de los AM en casos de vulneración de sus derechos.
2. La creación de una Ley de Protección de Derechos de los Adultos Mayores, que contenga garantías específicas para resguardar el efectivo ejercicio de derechos de las personas mayores.
3. Elaboración de un Plan Nacional sobre el adulto mayor, con el objeto de entregar directrices y coordinar las diversas acciones estatales (y municipales) para evitar los déficits en materia de trabajo intersectorial y establecer las orientaciones en esta área, con el fin de garantizar el pleno desarrollo de los adultos mayores.
4. Que la Constitución consagre el derecho a la seguridad social concebido desde los principios de universalidad y solidaridad en materia de previsión social.
5. Que se establezcan garantías jurisdiccionales para el derecho a la salud (solo es justiciable el inciso final del 19, N° 9, sobre elección del sistema privado y público) y seguridad social.