



CORDES



FECONORI



Arbeiter-Samariter-Bund

Con el apoyo financiero del



Ministerio Federal de  
Cooperación Económica  
y Desarrollo

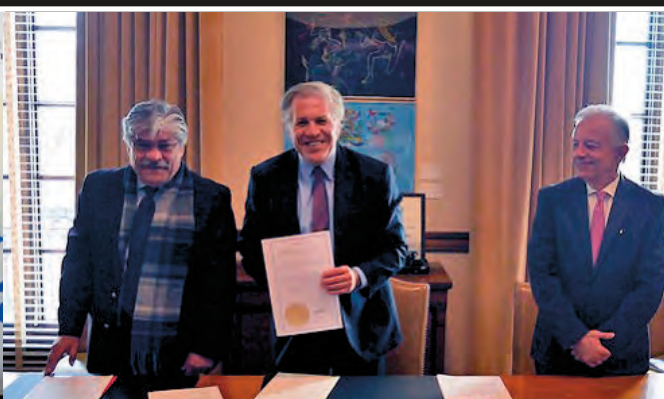
de la República Federal de Alemania



*María Luz Gonzalez, 66 años. Comunidad El Porvenir, Tecoluca.*

# **ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LEGISLACIONES DE LOS PAÍSES DEL CA-4, CON LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA OEA**





**Título:**

*“Estudio comparativo de las legislaciones de los países del CA4, con la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la OEA.”*

**Edición:**

Marzo, 2019

**Elaboración:**

Nadia Jennifer Soundy.



**HONDURAS**



**NICARAGUA**



**GUATEMALA**



**EL SALVADOR**

**Supervisión y revisión:**  
Emilio Espín, Fundación CORDES;  
Alberto Gómez, Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland (ASB).

**Fotografía de portada:**  
Marc Espín, para el libro "Descartados".

El presente documento ha sido elaborado en el marco del proyecto "Inclusión de Personas con Discapacidad y Adultos Mayores en la Gestión del Riesgo de Desastres en Centroamérica", ejecutado por el Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V (ASB), conjuntamente con FECONORI y CORDES, con el apoyo financiero del Ministerio de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) del Gobierno de la República Federal de Alemania.

El contenido de la presente publicación es de responsabilidad exclusiva del equipo consultor, de ASB, FECONORI y CORDES y en ningún caso refleja los puntos de vista de Ministerio de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) del Gobierno de la República Federal de Alemania.

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción y difusión del material contenido en este producto para fines educativos u otros fines no comerciales sin previa autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, siempre que especifique claramente la fuente.

Asociación Fundación para la Cooperación y el Desarrollo Comunal  
de El Salvador, CORDES

*“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LEGISLACIONES DE  
LOS PAÍSES DEL CA-4,  
CON LA CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE LA  
PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS  
PERSONAS MAYORES DE LA OEA”.*

*El Salvador, marzo 2019*



María Isabel Guardado Cruz, 85 años. San Bartolo.

# CONTENIDO

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>I.</b>   | <b><i>Introducción</i></b>  | <b>9</b>  |
| <b>II.</b>  | <b><i>Situación de las personas mayores en la región del CA-4</i></b>   | <b>11</b> |
|             | 2.1. Cambios demográficos y aumento del envejecimiento  | 11        |
|             | 2.2. Impacto de violencia de la región del CA-4 en las personas mayores   | 15        |
|             | 2.3. Inversión en materia de atención a la vejez  | 16        |
| <b>III.</b> | <b><i>Situación de las personas mayores en los países del CA-4</i></b>  | <b>18</b> |
|             | 3.1. El Salvador  | 18        |
|             | 3.2. Guatemala  | 22        |
|             | 3.3. Honduras   | 25        |
|             | 3.4. Nicaragua  | 27        |
| <b>IV.</b>  | <b><i>Normativa de los países del CA-4 en relación a las personas mayores</i></b>   | <b>30</b> |
|             | 4.1. Tratamiento conceptual del tema de la vejez en las normas especializadas de los países del CA-4                      | 30        |
|             | 4.2. Normativas especializadas sobre vejez en los países del CA-4   | 31        |
| <b>V.</b>   | <b><i>Análisis de la convención interamericana para la protección de los derechos humanos de las personas mayores</i></b> | <b>33</b> |
|             | 5.1. Deberes generales de los Estados parte   | 33        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>VI. <i>Derechos humanos específicos de la convención incluidos en las normas de los países del CA-4</i></b> | <b>35</b> |
| 6.1. Igualdad y no discriminación por razón de edad  | 36        |
| 6.2. Derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia.   | 37        |
| 6.3. Derecho a brindar el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud                            | 38        |
| 6.4. Voluntad anticipada   | 39        |
| 6.5. Participación en la vida social, cultural y política de la comunidad                                      | 40        |
| 6.6. Salud   | 40        |
| 6.7. Vivienda y entorno saludable  | 41        |
| 6.8. Derecho a un ambiente sano  | 42        |
| 6.9. Derechos de la convención no desarrollados en las legislaciones del CA-4                                  | 43        |
| <b>VII. <i>Conclusiones: desafíos ante la población adulta mayor del presente y el futuro</i></b>              | <b>51</b> |

## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano es un fenómeno que, por primera vez en la historia de la humanidad, cobra enorme importancia. Las proyecciones poblacionales muestran con claridad que, a finales del presente siglo, habrá en la región latinoamericana más personas adultas mayores que niños, niñas y adolescentes. Esta realidad también incluye a los países signatarios del CA-4, conformados por Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua.

Si bien los países desarrollados ya enfrentan un invierno poblacional, y pese a que cuentan con mejores coberturas en términos de salud, seguridad social, cuidados e ingresos, no dejan de enfrentar enormes desafíos respecto a los derechos humanos de esta población. Países como España, Noruega o Dinamarca, enfrentan a diario el tema de violencia hacia mayores, o el tema de regiones enteras sin población joven para atender las necesidades de las personas mayores.

Los países del CA-4 tienen similitudes importantes: son de renta media o baja, con altos niveles de violencia y con crecimiento constante de sus poblaciones de personas mayores. De acuerdo con las estadísticas de esta región, el grupo humano de mayor crecimiento es el de 80 y más, el cual puede enfrentar mayores posibilidades de requerir servicios de cuidados especializados.

La Organización de los Estados Americanos, consciente del fenómeno del envejecimiento

acelerado de la región así como de las precariedades de sus países en temas de desarrollo, aprueba en el año 2015 la “Convención sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, el cual constituye el primer instrumento jurídico internacional que atiende las necesidades y perspectivas de la vejez.

Dicho instrumento cuenta a la fecha con siete ratificaciones, entre las que se encuentra la de El Salvador; el resto de los países del CA-4 todavía no se ha adherido ni ratificado el convenio. Y si bien la convención por sí sola permite niveles de protección importantes para la población adulta mayor, no es en sí suficiente para garantizar políticas o legislaciones internas favorables a este grupo poblacional. Esto hace necesario analizar las condiciones jurídicas con las que los países del CA-4 atienden a su población de mayores y si estas son suficientes para cumplir con los estándares de la convención.

Este documento busca analizar los avances en materia de legislación que presentan los países del CA-4 en materia de protección de los derechos de las personas adultas mayores, tomando como referencia la convención de la OEA. También busca analizar si la adhesión a dicho instrumento podría representarles, como ya lo hace para El Salvador, una oportunidad de impulsar mayor protección y mayor compromiso con las personas mayores.

Si bien el documento hace mayoritariamente un

---

<sup>1</sup>Por Nadia Jennifer Soundy, especialista en Derechos Humanos y Vejez

análisis al marco normativo, también contiene consideraciones sobre la situación que enfrentan las personas mayores en la región. Uno de los grandes desafíos que enfrentan los países, y que se adelanta como una de las recomendaciones de este estudio, es la necesidad de mejorar las fuentes de información referidas a las personas adultas mayores.

Uno de los grandes problemas que se ha enfrentado durante la investigación es la disparidad de las bases estadísticas de los países de análisis. En primer lugar, muchas de ellas no reflejan información desagregada específicamente para la población adulta mayor, sino que incluyen en una sola categoría a la población de 15 años y más; esto se suma al hecho de incluir en una sola categorización a toda la población mayor, sin hacer diferencias entre las de rangos más jóvenes

-con realidades distintas – de las de rangos de mayor edad.

Por otra parte, hay disparidades para determinar quién configura la población adulta mayor, pues para unas bases es la población de sesenta años y más y para otra es la de sesenta y cinco años y más. Finalmente, falta más información sobre algunos temas que son sensibles, como serían los temas de discriminación múltiple, por ejemplo, saber cómo el género impacta en la exclusión de derechos de personas mayores, o casos de violencia, donde las personas mayores tienden a ocultarla más.

Esto hace difícil tomar decisiones o realizar análisis no solo para la población adulta mayor, sino para la que se encuentra en los rangos de la juventud y adultez.



*José Rafael García Melendez, 64 años. Santa Marta.*

## II. SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA REGIÓN DEL CA-4

### 2.1. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y AUMENTO DEL ENVEJECIMIENTO

Si bien la población en general en los países del CA-4, compuestos por Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, ha crecido, ha sido de una forma menos acelerada que en años anteriores. El escenario de la región es similar que en el resto de Latinoamérica. Sin embargo, no ha ocurrido lo mismo con la población adulta mayor, la cual ha sido el grupo con el crecimiento más acelerado de la región. El aumento de la población adulta mayor en la región sigue avanzando.

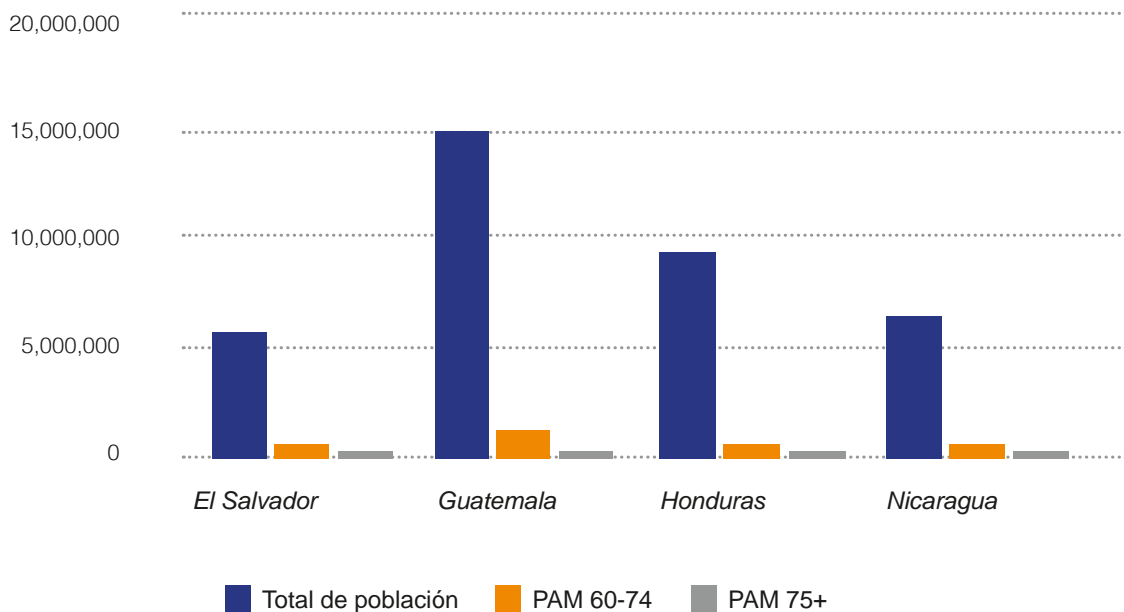
Todos los estudios regionales (CEPAL-CELADE) muestran la tendencia del aumento de la población adulta mayor en la región en los años recientes. Las proyecciones de población muestran tres tendencias importantes: la población que está

creciendo más aceleradamente es la de 85 y más, y la población que llega a los 80 tiene grandes posibilidades de llegar hasta los 85 años y la esperanza de vida es significativamente mayor para las mujeres.

A la fecha, los países de la región muestran un crecimiento moderado de su población adulta mayor, con excepción de Guatemala, quien se enfrenta a un crecimiento más acelerado. El siguiente gráfico muestra la distribución de la población adulta mayor en dos rangos de edad. El primer rango es de sesenta a setenta y cuatro, y el segundo de la población de setenta y cinco y más. Esta división es importante, ya que el primer segmento presenta menos riesgos de condiciones de fragilidad mientras que el segundo es el que tiene mayores posibilidades de correr riesgos de dependencia o discapacidad.

**Gráfico 1**

### POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR EDAD



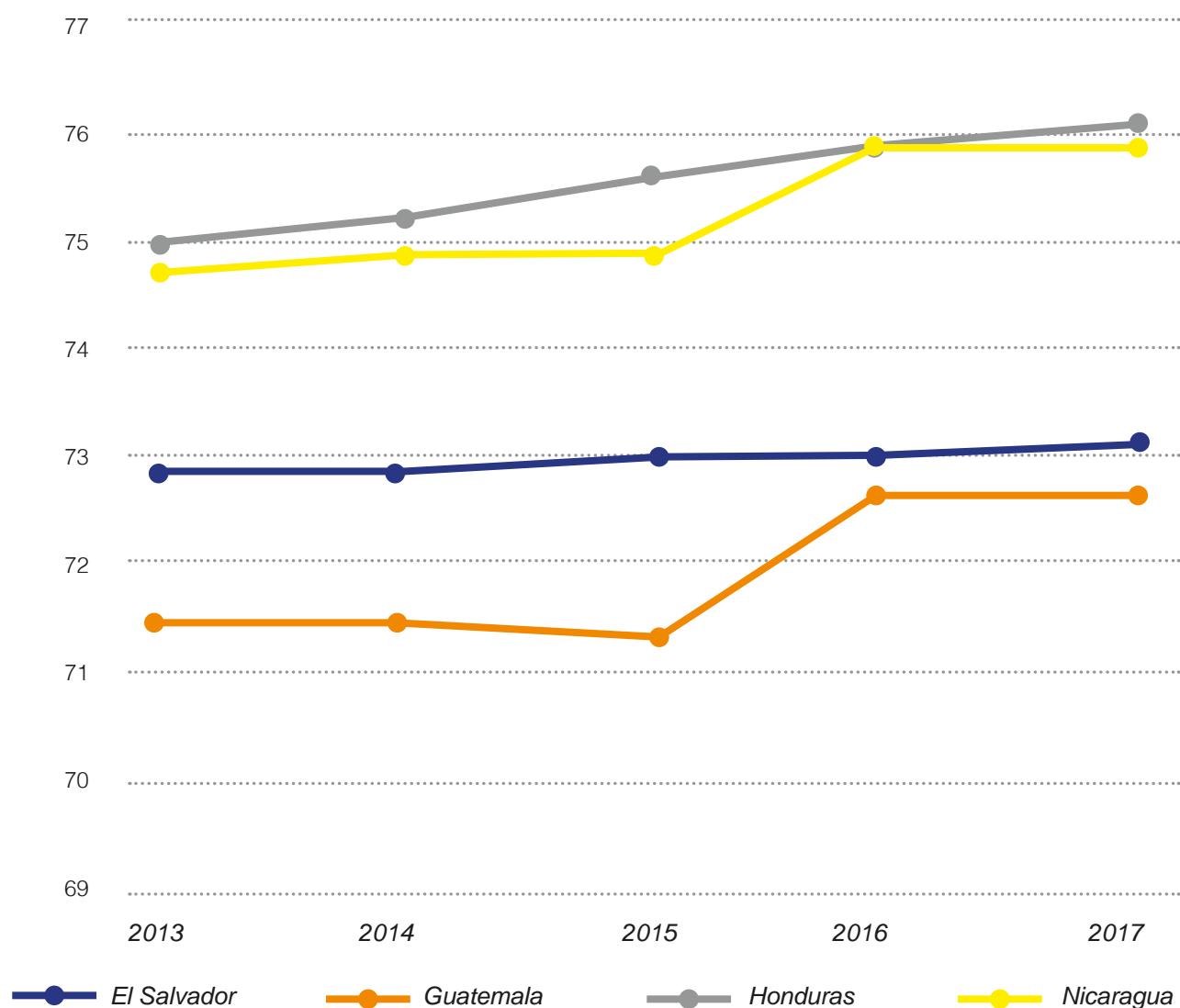
*Fuente: Elaboración propia con datos de EHPM de cada uno de los países.*

El aumento de la población adulta mayor está relacionada con la esperanza de vida, es decir, con los años que se espera llegue a vivir un recién nacido según las condiciones de mortalidad imperantes al momento de su nacimiento.

Si bien a mediados del siglo XX no superaba los cincuenta años, el impacto de las políticas de salud y los programas de desarrollo de la región se tradujeron en un aumento a la esperanza de vida en aproximadamente 26 años para el siglo XXI.

**Gráfico 2**

## ESPERANZA DE VIDA EN PAÍSES CA-4



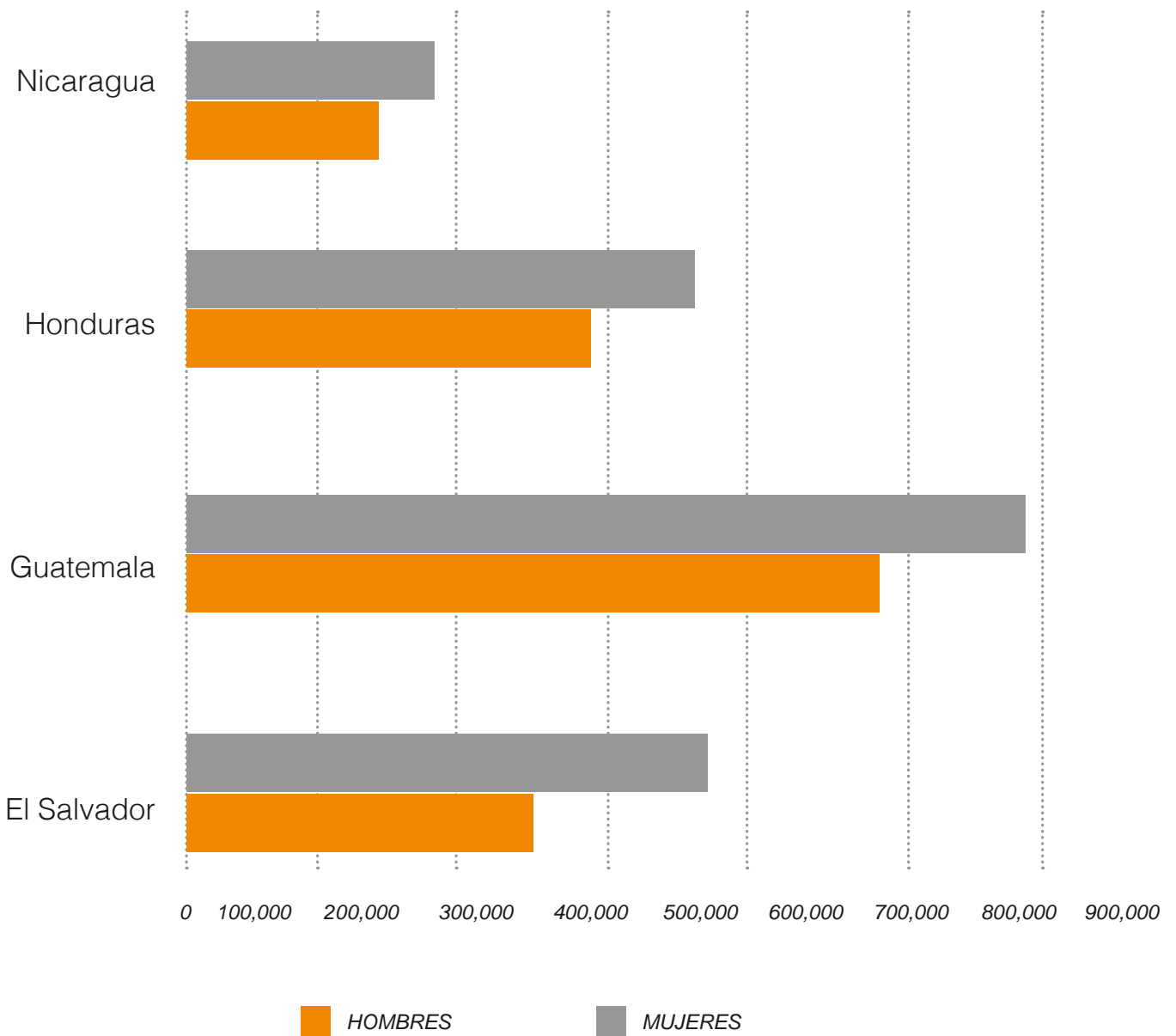
Fuente: *Elaboración propia a partir de EHPM.*

Como se puede observar en el gráfico 2, la esperanza de vida más alta de la región se encuentra en Honduras, con casi 76 años. Este dato, sin embargo, varía considerablemente

cuando se realiza la desagregación por género. A mayor edad, mayor presencia de las mujeres, con lo cual podemos hablar de una feminización del envejecimiento.

**Gráfico 3**

### POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SEXO EN CA-4

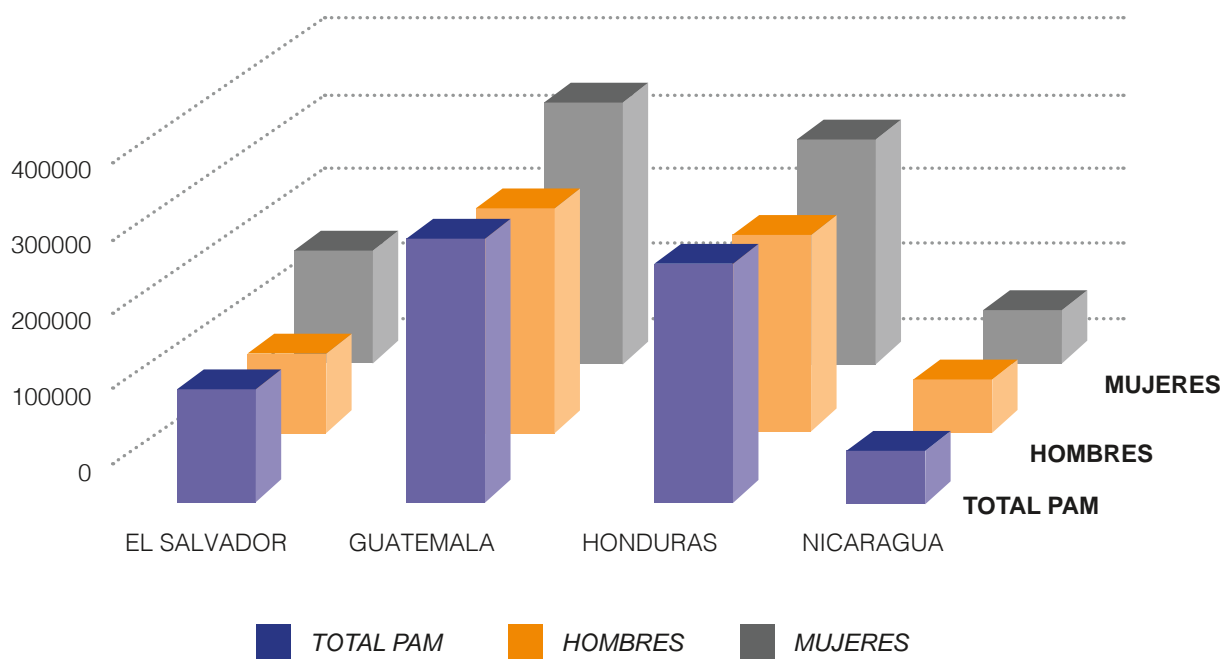


Fuente: *Elaboración propia, con datos de EHPM de cada país para el año 2017.*

Si bien las mujeres superan a los hombres en la edad. El gráfico 4 muestra la marcada diferencia entre hombres y mujeres en los porcentajes generales, estas brechas son todavía más grandes a medida que aumenta los rangos de 75 y más.

**Gráfico 4**

### POBLACIÓN DE 75 Y + POR SEXO



Este gráfico muestra una marcada diferencia en los porcentajes de hombres frente a las mujeres, a medida que aumenta la edad. Para el caso de El Salvador, por ejemplo, mientras las mujeres mayores representan el 56.42 % de la población adulta mayor general, en el caso de las mujeres arriba de los 75 años llegan a ser un 58.63%. Esto se explica en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1: Porcentajes por sexo de PAM en CA-4 (2017)**

| PAÍS        | % DE MUJERES Y HOMBRES MAYORES (DADO GENERAL) |          | % DE MUJERES Y HOMBRES DE 75 AÑOS Y + |           |
|-------------|---|----------|---------------------------------------|-----------|
|             | % MUJERES                                     | % HOMRES | % MUJERES                             | % HOMBRES |
| EL SALVADOR | 56.42   | 43.58    | 58.63                                 | 41.73     |
| GUATEMALA   | 53.02   | 46.98    | 53.66                                 | 46.34     |
| HONDURAS    | 54.98   | 45.02    | 55.19                                 | 44.81     |
| NICARAGUA   | 53.67   | 46.33    | 55.75                                 | 44.25     |

Fuente: Elaboración propia.

De lo anterior, se puede hablar de una feminización del envejecimiento, con una marcada longevidad de las mujeres frente a los hombres. Todavía no hay datos concluyentes sobre las causas de este fenómeno, sobre todo si se relacionan las brechas de género que llevan a la exclusión y discriminación de la mujer de diversos ámbitos durante toda su vida. Situaciones como la violencia y la migración, parecen impactar principalmente a la población masculina de edades jóvenes, lo que incide en la esperanza de vida de los hombres en la región.

Finalmente, se debe analizar el tema de la reducción de la masa joven. Datos de CEPAL indican que, a nivel de Latinoamérica, actualmente hay 16 jóvenes por cada persona mayor. No obstante, este dato se reducirá al final del siglo XXI a dos jóvenes por cada persona mayor. Actualmente, existe un bono demográfico favorable para la región; es decir, existe un número importante de población joven a la cual hay que apostarle para el desarrollo de políticas públicas para su vejez.

Sin embargo, este bono demográfico se convertirá eventualmente en la población envejecida del futuro, con una reducción importante del número de niños, niñas y adolescentes. Esto debe llevar a los países del CA-4 a implementar políticas que permitan a las poblaciones presentes y futuras gozar de un envejecimiento exitoso, así como para aumentar la gama de servicios especializados que requerirán las poblaciones de personas mayores en el futuro inmediato.

## **2.2. IMPACTO DE VIOLENCIA DE LA REGIÓN DEL CA-4 EN LAS PERSONAS MAYORES**

No es posible abordar el tema de vejez sin considerar el tema de violencia. De conformidad a ONU, Honduras, Guatemala y El Salvador comparten la característica de ser países con altas tasas de violencia, marcada por un índice elevado de homicidios.

Tal como lo plantea Esteban Benavides Yates

“...la violencia de maras y pandillas se ha vuelto la

principal preocupación de seguridad pública en los países de la región. Aunque sus actividades se extienden a los diferentes países de la región, su origen se encuentra en gran parte en la deportación masiva de pandilleros de origen centroamericano desde Estados Unidos. Se estiman que en Centroamérica existen cerca de 70 000 jóvenes miembros de pandillas. Las agrupaciones más conocidas son la Mara Salvatrucha (MS-13) y la Barrio 18. A las pandillas, se les atribuyen las principales responsabilidades en cuanto al tráfico de droga, a la comisión de delitos violentos y al alto número de asesinatos que presentan varios países de la región.

Otra forma de violencia que ha empezado a generar preocupación en Centroamérica y a través del mundo es la violencia dirigida hacia las mujeres. Esta se manifiesta mediante abusos verbales, psicológicos, físicos y sexuales que se producen tanto en la esfera privada como en los espacios públicos. Preocupa particularmente el hecho que la violencia ocurre a menudo dentro del espacio doméstico y es cometida en el marco de una relación conyugal. Por su carácter “privado”, los abusos cometidos no suelen ser denunciados a las autoridades. Sin embargo, la violencia se convierte en un impedimento diario para que las mujeres ejerzan sus derechos y puede llevar incluso a la muerte. Se estima que en 2006, más de 1.000 mujeres fueron asesinadas en Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Guatemala.

De esta manera, la violencia trae una serie de impactos sociales y económicos que limitan el desarrollo de las sociedades y el ejercicio de los derechos humanos. Al mismo tiempo, la violencia genera temor y crea un clima de inseguridad que se manifiesta a través de la desconfianza, la estigmatización de grupos sociales en riesgo y la segmentación de barrios en las ciudades. La violencia dificulta el acceso a la educación y al empleo y afecta las inversiones financieras y el clima de negocios.

Las causas de esta violencia son variadas: El Salvador y Guatemala finalizaron recientemente

conflictos armados internos que socavaron su institucionalidad y democracia. Estos dos países, junto con Honduras y Nicaragua, presentan inequidades económicas y sociales muy marcadas y están situados en zonas que los hacen propicios para el tráfico de drogas, armas y personas.

Los escenarios de violencia ya están dejando secuelas en las personas mayores: ha aumentado considerablemente el número de jefaturas de hogares de personas mayores ante la ausencia de las generaciones jóvenes, producto de la violencia o la migración masiva.

La mayoría de las personas mayores asume la crianza de nietos y nietas, lo hace sin acceso a ingresos o pensiones y generalmente, sus hogares presentan mayores niveles de pobreza que los liderados por personas en edades más jóvenes. En el caso de movilizaciones forzadas por los niveles de violencia, generalmente son los que se quedan en los terrenos en conflicto, asumiendo los riesgos de morir bajo la amenaza de la delincuencia.

Al ser la violencia un tema sensible en estos países, las personas adultas mayores no son priorizadas dentro de las políticas públicas. Muchos de los recursos de los países se destinan al combate de la delincuencia, la corrupción y

el crimen organizado, dejando pocos recursos y presupuestos precarios para el tema de vejez. Las construcciones culturales sobre la poca valía económica de las personas mayores las hace invisibles respecto a la construcción de políticas públicas y programas de inversión. La violencia genera costos que pueden traducirse en términos de pérdidas sociales y económicas. Según un estudio del PNUD, se estima que en el año 2005 los costos globales de la violencia alcanzaron 7.3% del PIB de Guatemala y 11.5% del PIB de El Salvador. (Benavides Yates)

### **2.3. INVERSIÓN EN MATERIA DE ATENCIÓN A LA VEJEZ**

Si bien este estudio se concentra en la legislación relacionada a la población adulta mayor, es importante destacar los costos de inversión pública que se realizan en las temáticas. En general, los países del CA-4 no tienen presupuestos específicos para personas mayores. En lugar de ello, hay una inversión general en materia de salud, educación o previsión, social, de las cuales se debe inferir que incluye a la población adulta mayor.

De conformidad al cuadro dos, la inversión en salud para cada uno de los países sigue siendo bastante bajo, tal como se presenta a continuación:

***Cuadro 2: Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB en CA-4.***

| PAÍS        | 2011     |            | 2015    |         |
|-------------|----------|------------|---------|---------|
|             | PUBLICO* | PRIVADOR** | PUBLICO | PRIVADO |
| EL SALVADOR | 3.7%     | 6.7%       | 4.4%    | 2.3%    |
| GUATEMALA   | 2.0%     | 4.9%       | 1.8%    | 3.8%    |
| HONDURAS    | 3.6%     | 3.2%       | 2.9%    | 4.1%    |
| NICARAGUA   | 4.6%     | 4.5%       | 4.4%    | 3.0%    |

*Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores Básicos, situación de Salud de las Américas 2012 y 2018. OPS.*

*\*gasto funcional.*

*\*\*incluye seguro de salud privado.*

Esto, comparado con los países con mayor desarrollo en sistemas sanitarios para atender a la población adulta mayor, resulta insuficiente para dar cobertura a una población en aumento. Países como Cuba, Costa Rica, Uruguay, Estados Unidos o Canadá, destinan más del 6% para la atención de salud (OPS). Si se parte del hecho que esta inversión es para toda la población, se debe deducir que el gasto para la población adulta mayor es mucho menor a lo que está aquí considerado.

adulta mayor es la educación. En términos generales, los países se encuentran con la misma situación detallada para el tema de la salud. La inversión del gasto público para el tema de educación es muy bajo para toda la población, más aún para la población adulta mayor, que tal como se verá en el apartado descriptivo por país, incluso queda excluida de los planes nacionales de educación.

Otro de los derechos básicos de la población

Conforme al cuadro tres, podemos encontrar la siguiente inversión en materia educativa:

**Cuadro 3: Gasto Nacional en Educación como porcentaje del PIB en CA-4**  
*Monto del gasto público destinado a los programas de educación, como porcentaje del PIB.*

| PAÍS        | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------|------|------|------|------|
| EL SALVADOR | 3.5  | 3.5  | 3.5  | 3.5  |
| GUATEMALA   | 2.4  | 2.5  | 2.5  | 2.3  |
| HONDURAS    | 7.3  | 7.0  | 6.1  | 6.4  |
| NICARAGUA   | -    | -    | -    | -    |

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos Estadísticas Centroamericanas 2018. No se encontraron datos sobre inversión en educación para Nicaragua.*

Finalmente, quiero referirme a la situación del acceso a seguridad social. Se debe comenzar diciendo que la conceptualización básica de la seguridad social para todos los países se limita a establecer programas contributivos para

pensiones e indemnizaciones. No se cuenta con un sistema amplio de seguridad social, sino que el mismo está fracturado en diversos programas institucionales, y ligado exclusivamente al trabajo formal, principalmente urbano.

**Cuadro 4: Características Sociodemográficas y Previsionales CA-4**

| ETAPA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO | PAÍS        | CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS E INSTITUCIONALES |                              |                     |                              |
|-------------------------------------|-------------|--|------------------------------|---------------------|------------------------------|
|                                     |             | COBERTURA DE PENSIONES DE ADULTOS MAYORES    | TIPO DE SISTEMA DE PENSIONES | INGRESO POR CAPITAL | POBREZA MAYORES DE 60 AÑOS % |
| MODERADO                            | EL SALVADOR | BAJA   | MIXTO-PRIVADO                | 1761                | 30.35                        |
| INCIPIENTE                          | GUATEMALA   | BAJA   | PÚBLICO                      | 1554                | 45.90                        |
|                                     | HONDURAS    | MUY BAJA                                     | PÚBLICO                      | 713                 | 24.27                        |
|                                     | NICARAGUA   | MUY BAJA                                     | PÚBLICO                      | 484                 | 18.25                        |

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. BID 2018.*

### III. SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS PAÍSES DEL CA-4

#### 3.1. EL SALVADOR

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2017 indica que la población del país es de 6 millones 581 mil 860 habitantes. Las mujeres constituyen el 53.0% y los hombres el 47.0%; el 60.2% habita en el área urbana y el 39.8% en el

área rural; el 53.6% de la población es menor de 30 años, mientras que el 12.6% tiene de 60 años en adelante.

De esta población, la que más ha aumentado es la del rango de 85 años y más, particularmente mujeres por la feminización del envejecimiento.

**Cuadro 5: Población Adulta Mayor El Salvador 2017**

| RANGOS DE EDAD | CANTIDAD DE PERSONAS |                |                |
|----------------|----------------------|----------------|----------------|
|                | MUJER                | HOMBRE         | TOTAL          |
| 60-64          | 125,606              | 106,200        | 231,806        |
| 65-69          | 108,535              | 83,138         | 191,673        |
| 70-74          | 80,909               | 64,153         | 145,062        |
| 75-79          | 64,730               | 46,165         | 110,895        |
| 80-84          | 39,156               | 28,030         | 67,186         |
| 85-MÁS         | 48,998               | 33,684         | 82,682         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>467,934</b>       | <b>361,370</b> | <b>829,304</b> |

Fuente: \*Elaboración propia a partir de datos de la EHPM-2017

A partir del año 2009, con la implementación de la Reforma de Salud, el Ministerio de Salud avanzó en la creación de los Equipos Comunitarios de Salud, o ECOS, los cuales incluyen como grupo de atención a la población adulta mayor. A partir del año 2014, comienza a trabajar en la configuración del programa de Atención Integral para la persona adulta mayor de 60 años y más, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud de las personas mayores de 60 años a través de intervenciones realizadas por el personal de salud, dirigidas tanto directamente a la población adulta mayor, como a su familia, cuidadores y comunidad. Dicho programa se lanza en el año 2018 con la aprobación del Modelo de Atención en Salud y la creación de una unidad especializada para su implementación.

El modelo contempla intervenciones a la persona, su entorno familiar y comunitario con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, curación y rehabilitación; a través del fortalecimiento de la capacidad técnica del personal de salud y el desarrollo de acciones intersectoriales como un medio para promover la autonomía y el envejecimiento saludable.

El Ministerio de Salud (MINSAL) considera a las personas adultas mayores como un grupo prioritario y reporta en su informe de labores 2017-2018 la “realización de Jornadas de formación a facilitadores del Curso de Erradicación de Sujeciones en sus establecimientos, cinco supervisiones a hogares y residencias de adulto mayor y la inscripción de 25,168 personas adultas

mayores de 60 años y se brindaron 106,988 controles preventivos anuales. Así mismo se efectuó el lanzamiento del Modelo de Atención en Salud de la persona adulta mayor”.<sup>2</sup>

Gran parte del esfuerzo del Ministerio es en relación con la salud preventiva, a través de establecer clubes de adulto mayor para promover entre sus miembros estilos de vida saludables. Al final de 2018 se han establecido al menos 800 clubes de adultos mayores adscritos a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, con la participación de 20 mil personas mayores. Dichos clubes, sin embargo, aún no incorporan a las personas mayores en situación de discapacidad o dependencia, por lo

cual el modelo también incorpora el trabajo con cuidadores familiares. Este componente no ha sido implementado todavía.

En materia de educación, la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 2017 indica que la tasa de analfabetismo para las personas adultas mayores es del 39%, siendo mayor entre las mujeres en una proporción de dos a un hombre.

En el marco del Programa Nacional de Alfabetización, durante el período 2014-2017, se ha atendido a 31,581 personas adultas mayores, reduciendo el analfabetismo de la población mayor de un 44% a un 39%.

**Cuadro 6: Condición de Alfabetización PAM El Salvador (2017)**

| SEXO         | ALFABETAS      | ANALFABETAS    |
|--------------|----------------|----------------|
| MUJER        | 296,946        | 170,988        |
| HOMBRE       | 264,481        | 91,889         |
| <b>TOTAL</b> | <b>561,427</b> | <b>262,877</b> |

*Fuente: \*Elaboración propia a partir de datos de la EHPM-2017*

A través de los círculos de alfabetización del primer nivel de educación básica (equivale a primero y segundo grado), se ha atendido a 30,807 personas de 60 años en adelante; de estas el 65.48% son mujeres y el 34.527% son hombres. Por medio de los círculos de continuidad educativa, segundo nivel de educación básica (tercero y cuarto grado), se ha beneficiado a 642 personas, de las cuales 68% son mujeres y 32% son hombres. En el tercer nivel de educación básica (quinto y sexto grado) se ha atendido a un total de 132 personas, de las cuales el 68% son mujeres y el 32% hombres. Finalmente se ha atendido a 322 personas adultas mayores con el Programa de Modalidades Flexibles, que atiende

desde tercer ciclo hasta bachillerato a través de diferentes modalidades de educación.

Del total de personas adultas mayores estimadas para 2017, solamente 223 mujeres de entre 60 y 64 años se encuentran cursando actualmente la educación básica; no hay personas mayores cursando educación media o universitaria.<sup>3</sup>

Si bien la reducción del analfabetismo es un indicador positivo, el grupo presenta bajos niveles de escolaridad, siendo este un promedio de 6.8 grados para la población en general, contra un 4.0 grados para la población adulta mayor. Conforme los datos nacionales, sólo el 12.3% logra llegar

<sup>2</sup>Salud Universal Compromiso de País. Informe de Labores 2017-2018. Ministerio de Salud, pág. 76.

<sup>3</sup>Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017. Pág. 144

a un nivel de educación media o superior.<sup>4</sup> Las estadísticas nacionales indican que únicamente un 4.9% sabe utilizar internet, por lo que es evidente la gran deuda en políticas públicas para promover el acceso a nuevas tecnologías.

Existe una gran cantidad de personas adultas mayores que siguen trabajando. Sin embargo, la mayoría está obligada a ejecutar trabajos precarios e informales para sobrevivir. La situación se complica especialmente para las mujeres, cuando son las únicas proveedoras

del hogar o cuando se ven forzadas a asumir el cuidado permanente de otras personas. En el país se estima que al menos 317,534 personas adultas mayores realizan labores remuneradas y, por tanto, pertenecen al grupo de personas económicamente activas, representando el 10.7% del total del PEA.

De las personas adultas mayores económicamente activas, 204,618 son hombres, y 112,906 mujeres, esto deja en evidencia las brechas de acceso al mercado laboral entre hombres y mujeres.

### **Cuadro 7.**

| RANGOS DE EDAD | CANTIDAD |         |
|----------------|----------|---------|
|                | MUJER    | HOMBRE  |
| 60 – 64        | 50,634   | 86,581  |
| 65 – 69        | 32,209   | 54,166  |
| 70 y más       | 30,063   | 63,871  |
| <b>TOTAL</b>   | 112,906  | 204,618 |

*Fuente: \*Elaboración propia a partir de datos de la EHPM-2017*

Las mujeres adultas mayores siguen ejerciendo labores de jefaturas de hogar, cuidadoras de sus nietos y nietas o son cuidadoras de otras personas adultas mayores, sin que exista la posibilidad de un reconocimiento de pensiones, ingresos o beneficios laborales. Esta situación deja a las mujeres adultas mayores en una situación precaria, donde muchas veces acuden a labores en el sector informal o a la remesa, para salir adelante, siendo que la tarea de cuidado puede

afectar su estructura familiar y personal.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), “la población ocupada está formada por todas aquellas personas que tienen un empleo remunerado o ejercen una actividad independiente y se encuentran trabajando, o bien están sin trabajar, pero mantienen un vínculo formal con su empleo”. Los datos de PAM ocupadas para 2017 son los siguientes.

### **Cuadro 8: Personas mayores con ocupaciones.**

| RANGOS DE EDAD | CANTIDAD |         |
|----------------|----------|---------|
|                | MUJER    | HOMBRE  |
| 60 – 64        | 50,259   | 81,105  |
| 65 – 69        | 32,209   | 48,238  |
| 70 y +         | 29,755   | 57,342  |
| <b>TOTAL</b>   | 112,223  | 186,685 |

*Fuente: \*Elaboración propia a partir de datos de la EHPM-2017*

<sup>4</sup>Dirección General de Estadísticas y censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017. Págs. 5, 12 y 13

Del total de personas adultas mayores laborando, se estima que un 20.8% ejerce por cuenta propia, con una mayor participación para los hombres y un 30% (en particular quienes tienen 70 años y más) efectúa tareas de cuidado del hogar y de crianza de nietos u otros niños, niñas y adolescentes (VI Censo de población).<sup>5</sup>

Según los datos establecidos en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017, de cada 100 personas ocupadas 34 están afiliadas o cubiertas por algún sistema de seguridad social público o privado. En el área rural el 18.1% está cubierto, en el área urbana ese porcentaje es de 43.1%. El 34.7% de las mujeres ocupadas está cubierto por un sistema de protección social mientras que ese porcentaje en hombres es de 33.5%.

Actualmente la mayoría de las personas adultas mayores no dispone de una pensión que les garantice la satisfacción de sus necesidades; según los informes de la Superintendencia del Sistema Financiero “solamente 20% de las personas adultas mayores recibe algún tipo de pensión (este porcentaje incluye pensión por invalidez o por sobrevivencia). Además, se estima que únicamente el 12% del total de la población mayor de edad tiene acceso a pensiones por jubilación y de ese porcentaje apenas 3% la recibe en el área rural.”<sup>6</sup>

El informe “Presente y Futuro de la Protección Social en América Latina”, difundido recientemente por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), establece que el 62% de los adultos mayores que tienen más de 65 años en El Salvador no tiene ni una pensión ni un salario como fuente de ingreso. Del 100% de los adultos que incluyeron en este estudio, el 27.3% financia sus gastos con un salario, el 9.1% lo hace con la ayuda de una pensión y apenas el 1.5% los sufraga con un salario combinado con su pensión, lo que demuestra una baja cobertura de seguridad social en El Salvador.

Para las personas adultas mayores que se encuentran fuera de los programas de cobertura, el Gobierno ejecuta el pago de la “Pensión Básica Universal, de carácter no contributivo, que se entrega tanto a nivel rural como en el urbano. En lo rural, se entrega a un total de 28,000 personas adultas mayores con edades de 70 años y más de las cuales, el 54% de participantes son mujeres. En lo urbano, la pensión se entrega a 4,800 personas, de quienes el 58% son mujeres. La Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia evaluó en el año 2014 el uso de la pensión básica universal, demostrando que se centra en la adquisición de alimentos, medicinas y bienes de primera necesidad”.<sup>7</sup>

La pensión ha mostrado que puede mejorar la calidad de vida de la persona mayor y su grupo familiar. Sin embargo, los recursos financieros para su cobertura total son limitados y se debe seguir abonando a la formalidad del empleo para la gestión de pensiones contributivas.

La persona adulta mayor es una de las víctimas más silenciosas de la violencia. Esta se manifiesta desde agresiones físicas y sexuales, hasta formas más sutiles, como la negligencia, el abuso patrimonial o el abandono.

En esta etapa ocurren con mucha frecuencia algunos tipos de abuso y violencia entre los que se destacan el abuso físico, el psicológico y el material. Conforme los datos del Ministerio de Salud a diciembre del año 2016, se reportaron al menos 729 personas adultas mayores atendidas en consulta médica de primera vez por violencia, de ellos, el 57% reportó violencia física, el 29% violencia psicológica, el 8% otra forma de violencia, el 4% violencia auto infringida y el 1.2% violencia sexual. Del total de casos atendidos, el 48% sucedió en mujeres, siendo en ellas lo más frecuente la violencia psicológica (72%) y la violencia sexual (89%).<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup>Política Pública de la Persona Adulta Mayor. Gobierno de El Salvador. Pág. 48.

<sup>6</sup>Idem.

<sup>7</sup>Idem. Pág. 25.

<sup>8</sup>Sistema de Morbilidad en Línea (SIMMOW) y estadísticas vitales 2016

El derecho a exigir cuota para alimentos a familiares cercanos está incorporado en la legislación salvadoreña. Sin embargo, estudios de la Procuraduría General de la República, instancia donde se tramita este derecho, muestra que solo un 10% de las demandas interpuestas son provenientes de las personas mayores, frente a un 90% de solicitudes de alimentos para niños y niñas; de este 10%, solo la mitad culminan en una condena. Esta situación se debe principalmente a que las mismas personas mayores desisten de la demanda, debido a acuerdos privados con los familiares obligados.

Otro flagelo frecuente es la violencia, principalmente la de carácter institucional. La carencia de información sobre la violencia en mayores y la falta de redes amigables para interposición de denuncias

a nivel judicial y administrativo complican el acceso a la justicia para las personas mayores.

### 3.2. GUATEMALA

El Instituto Nacional de Estadística (INE) establece que para 2015 la población del país ascendió a 15608 millones de personas, de los cuales 7680 son hombres y 7928 son mujeres. El 38.8% de la población se autoidentifica como indígena. La esperanza de vida al nacer es de 69.2 años para los hombres y 75.0 para las mujeres. El 7% de la población es mayor de 60 años;<sup>9</sup> el segmento de 65 años en adelante representa el 4% de la población total, en este segmento predominan las mujeres y sus necesidades prioritarias se relacionan a la salud y la protección social.

**Cuadro 9: Población Adulta Mayor Guatemala 2015**

| RANGOS DE EDAD | CANTIDAD |         |          |
|----------------|----------|---------|----------|
|                | MUJER    | HOMBRE  | TOTAL    |
| 60 – 64        | 175,581  | 155,222 | 330,803  |
| 65 y mas       | 394,866  | 344,652 | 739,518  |
| <b>TOTAL</b>   | 570,447  | 499,874 | 1070,321 |

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del instituto. Nacional de Estadísticas de Guatemala (2015)*

En lo que respecta a la salud de las personas adultas mayores, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) impulsa el Modelo Incluyente de Salud, mediante el cual la planificación de las acciones de los servicios de salud en la comunidad cuenta con la participación de los líderes comunitarios, en función de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (Sistema de Consejos de Desarrollo), para garantizar la participación ciudadana en los procesos de planificación de los servicios de salud y sus intervenciones.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ha implementado programas de atención médica integral para las personas adultas mayores, entre los que destaca el Sistema de Atención

Médica Integral, enfocado en la protección y la promoción de la salud. No obstante, “continúa el hacinamiento de los usuarios, el espaciamiento exagerado entre las citas médicas, la mala atención por parte del personal administrativo y secretarial, y los medicamentos recetados son genéricos en su mayoría”.<sup>10</sup>

Para la atención de las personas adultas mayores con discapacidad, el MSPAS presta servicios de atención por medio del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación y otros hospitales de referencia nacional, con énfasis en la enfermedad cerebrovascular, casos de amputaciones, de limitaciones motoras por accidentes o por enfermedad y las fracturas de cadera.

<sup>9</sup>Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe Anual de la Política de Desarrollo Social y Población 2017. Pág. 8.

<sup>10</sup>Marcelo Richter. “La situación del adulto mayor en Guatemala. <http://www.movimientosicg.org/es/documentos/articulos/item/307-la-situacion-del-adulto-mayor-en-guatemala>

Por otra parte, la municipalidad de Guatemala atiende a la población adulta mayor que reside en el perímetro de la ciudad, por medio de la Oficina Municipal del Adulto Mayor, su objetivo es proporcionar servicios de atención en salud integral a este sector de población, a través de tres componentes: salud mental, salud con enfoque de género y salud geriátrica. También se imparten capacitaciones en salud (diabetes, hipertensión, hábitos de vida saludable), servicios médicos y psicológicos.

Desde la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, se impulsa el Programa Nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados”,<sup>11</sup> creado en el año 2012, el cual tiene presencia en algunos departamentos.<sup>12</sup> El programa tiene como objetivo brindar, a personas mayores de 60 años, atención integral que incluye: cuidado diurno, atención primaria en salud, terapias físicas y ocupacionales, apoyo psicológico, alimentación, entre otros servicios. Se desarrollan procesos de alfabetización, eventos de reducción de la brecha generacional, actividades lúdicas, sociales, de participación comunitaria y de estimulación física especializada para adultos mayores. No se han identificado datos que sustenten los logros dados a partir de la implementación de estos programas.

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011, en Guatemala el 76.5% de la población mayor de 15 años sabe leer y escribir, sin embargo, es importante desagregar esa información por etnia, sexo y por rangos de edad. Se observa que en términos generales las personas indígenas registran porcentajes más altos de analfabetismo y los hombres registran mayor alfabetización que las mujeres.<sup>13</sup> En cuanto a la edad, el 61% de las personas adultas mayores carecen de escolaridad alguna y la mayoría del restante 39% solo ha tenido

acceso a la educación primaria. Un 1% ha podido acceder a la educación superior. La mayor parte de los excluidos, como en otros servicios, son las mujeres y las personas pertenecientes a grupos indígenas.<sup>14</sup>

Desde 1986 se estableció en la ley de alfabetización la opción libre de las personas hablantes de las lenguas indígenas y el español respecto al idioma en el cual desean alfabetizarse. Actualmente se alfabetiza en 15 lenguas maternas.

En Guatemala, la Comisión Nacional de Alfabetización (CONALFA), institución presidida por el Ministerio de Educación y conformada por seis ministerios y representantes del sector privado y de la sociedad civil, ha definido un plan estratégico institucional del año 2009 al 2015.

Alrededor del 60% de la población del país es de ascendencia maya, dato que además de ser un indicador cultural es señal de exclusión, discriminación histórica, pobreza, baja escolaridad y poco acceso a la salud, entre otros aspectos. La oferta de la alfabetización, en general, no recibe respuesta positiva de la población analfabeta (1.389.460 personas), en parte debido a que la población tiene preocupaciones mayores, como la salud, alimentación y seguridad. CONALFA asume el reto de una alfabetización ofreciendo una atención bilingüe, de modo que la alfabetización corresponda a las características de la población, con enfoques transversales de género, interculturalidad y juventud, que además incluye una etapa post alfabetización en que se aprende una ocupación, los participantes se integran a un proyecto productivo y la ocupación es impartida por un técnico ocupacional especializado. Es claro que no existe un enfoque hacia las personas mayores en todo el entramado del programa.

<sup>11</sup>Guatemala. Informe Nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Pág. 34

<sup>12</sup>El programa se desarrolla en los departamentos de Alta Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, El Progreso, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Quiché, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepéquez y Zacapa.

<sup>13</sup>Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala. Caracterización República de Guatemala. Pág. 22

<sup>14</sup>Elsa Isabel Monterroso Monterroso. Tesina: “La problemática social que enfrentan los adultos mayores, en la municipalidad de Santacatarina Pinula, departamento de Guatemala”. Escuela de Trabajo Social. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2013. Pág. 30

Respecto al trabajo, la población económicamente activa en Guatemala, es de 6.3 millones, según los datos proporcionados en 2015 por el Instituto Nacional de Estadísticas. Dentro de esta población el 8.4% tiene 60 años o más, es decir, son personas adultas mayores y de estos el 75% son hombres y el 25% son mujeres. El 84.5% trabajan en el sector informal, sin cobertura social o prestaciones.

En el caso de las personas adultas mayores que no trabajaron en el sector formal, o que no alcanzaron a pagar la cantidad de cuotas requeridas por el programa de pensiones, solo pueden formar parte del Programa de Aporte Económico al Adulto Mayor, que depende del Ministerio de Trabajo y Previsión Social a través de la Dirección General de Previsión Social.

El Programa fue creado en el año 2005 por medio del Decreto No. 85-20015; dicho programa tiene cobertura nacional y beneficia tanto a mujeres como a hombres. Para gozar del mismo deben cumplir con los siguientes requisitos: "a) Presentar certificación original reciente de la partida de nacimiento, b) presentar Documento de identificación personal (DPI) y fotocopia legalizada de la misma al ingresó al programa, c) Declaración jurada extendida por el alcalde municipal, gobernador departamental o notario, en la que se haga constar: i) su sobrevivencia; ii) de no haber perdido la nacionalidad guatemalteca; iii) no estar gozando de ninguna pensión o jubilación de las entidades del Estado o del sector privado; iv) no estar prestando sus servicios a ninguna dependencia del Estado o del sector privado y d) Haber sido declarado elegible para recibir el aporte económico de mérito, por el estudio socio-económico respectivo" .

El monto del aporte económico en un principio era del 40% del salario mínimo establecido para los trabajadores del sector agrícola. Luego de la reforma se estableció un monto mensual de 400 quetzales; no está sujeto a gravamen o deducción,

es intransferible y se otorga solamente a ciudadanos guatemaltecos de nacimiento.

Con el propósito de fomentar el empleo, recientemente se formuló la Política Nacional de Empleo Digno 2017-2031, que contempla la generación de empleo, el desarrollo de capital humano, la promoción de un entorno propicio para el desarrollo de empresas y el tránsito a la formalidad.

En cuanto al tema de pensiones, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) otorga prestaciones en dinero correspondientes a pensiones por medio del Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS), que otorga y administra el sistema de pensiones, en este se asigna a las personas pensionadas 12 mensualidades al año; otras dos, una en concepto de aguinaldo, equivalente al 100% de la pensión y un bono navideño, pero solamente atiende a la población que ha cotizado.

El sistema de seguridad social guatemalteco está determinado por la contribución de carácter obligatorio, de las personas trabajadoras, la parte patronal y el Estado. El monto de las tres partes de contribución es de manera proporcional, así: los trabajadores, 25%; los patronos, 50% y el Estado, 25%.<sup>17</sup> Las personas adultas mayores afiliadas al IGSS tienen derecho a pensión por vejez si reúnen los requisitos siguientes: a) Haber cumplido 60 años de edad; b) Haber contribuido un mínimo de 240 meses al sistema. Las personas adultas mayores que han sido trabajadoras de casa particular no tienen cobertura en la seguridad social.

Además, el IGSS brinda beneficios pecuniarios por medio del Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes que incluyen subsidio por incapacidad temporal, prestación ulterior por incapacidad permanente y cuota mortuoria.

La distribución de las pensiones vigentes por sexo

---

<sup>17</sup>Guatemala. Informe nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Pag. 37

para el 2016 indica que la mayoría de los hombres está pensionada por vejez (67,041), mientras que las mujeres pensionadas adquirieron el derecho por sobrevivencia, en la mayoría de los casos (72,068).<sup>18</sup> Las personas pensionadas en el IVS deben comprobar anualmente su supervivencia por medio de actas suscritas por el departamento de trabajo social del IGSS.

En enero de 2019 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social presentó la Política Preventiva de la Seguridad Social cuyo objetivo es prevenir y minimizar los riesgos de enfermedad y accidente, cuyos ejes de acción son: 1) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 2) promoción de la afiliación y empleo; 3) promoción de la previsión social; 4) promoción de la educación en seguridad social; 5) promoción y desarrollo de ambientes saludables y seguros.

Guatemala cuenta con los mecanismos de previsión social para trabajadores del Estado, los afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Instituto de Previsión Militar -IPM- y miembros de otros gremios, como el de periodistas. Desde la parte gubernamental las acciones se centran en el Programa Salud y Seguridad Ocupacional, el aporte al adulto mayor y el Programa de la Mujer Trabajadora.

### 3.3. HONDURAS

Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras, la población total para 2017 es de 8 millones 859 mil 980 de personas. De estas 4,630,970 son mujeres y representan el 52.3% de la población, mientras que 4,229,010 son hombres y representan el 47.7%. La población adulta mayor representa el 10.8%<sup>19</sup> de la población.

**Cuadro 10: Población Adulta Mayor Honduras (2017)**

| RANGOS DE EDAD | CANTIDAD       |                |                |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                | MUJER          | HOMBRE         | TOTAL          |
| 60 – 64        | 140,729        | 117,516        | 258,245        |
| 65 y más       | 327,859        | 266,169        | 594,028        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>468,588</b> | <b>383,685</b> | <b>852,273</b> |

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (2017)*

En Honduras, el sistema de salud “se compone principalmente de tres participantes: la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), a través del Régimen de Enfermedad y Maternidad, y el sector privado, que incluye aseguradoras privadas, clínicas y hospitales privados con y sin fines de lucro. La Secretaría ejerce una doble función en el sistema como institución rectora y como proveedora de servicios”.<sup>20</sup>

Según estimaciones del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, un 60% de la población en Honduras está cubierta por la Secretaría de Salud, un 16% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y entre 10 y 15% por el sector privado. El IHSS cubre al 40% de la población económicamente activa que está empleada y a sus dependientes, ya sea a través de sus propios centros o bien mediante servicios contratados.<sup>21</sup>

<sup>18</sup>Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Boletín Estadístico. Prestaciones Pecuniarias 2016. Pags. 6-7

<sup>19</sup>Datos del instituto Nacional de Estadísticas de Honduras. EPHPM 2017

<sup>20</sup>Honduras: Valuaciones actuariales del IHSS, INJUPEMP e INPREMA: con corte al 31 de diciembre de 2012: estudio elaborado con el apoyo financiero de la Delegación de la Unión Europea en Honduras / Oficina Internacional del Trabajo, Servicio Internacional Financiero y Actuarial Departamento de Protección Social, Departamento de Normas; Oficina de la OIT para América Central, Haití, Panamá y República Dominicana. - Ginebra: OIT, 2014. Pág. 21.

Según estimaciones del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, un 60% de la población en Honduras está cubierta por la Secretaría de Salud, un 16% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y entre 10 y 15% por el sector privado. El IHSS cubre al 40% de la población económicamente activa que está empleada y a sus dependientes, ya sea a través de sus propios centros o bien mediante servicios contratados.<sup>22</sup>

El sistema de salud en Honduras es altamente fraccionado. El sistema público de la Secretaría de Salud funciona de manera independiente a la red del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y a otros sistemas autónomos. La cobertura no se extiende a la totalidad de la población de manera universal, aun cuando existe una Ley Marco de Protección Social aprobada en 2015 que establece dichas acciones.<sup>23</sup>

Honduras es uno de los países con las tasas de cobertura hospitalaria más bajas a nivel regional e internacional. En base a la población de 2017, la tasa fue de 0.78 camas por cada mil habitantes. Esta cifra se encuentra por debajo del promedio en América Latina que es de 2-3 camas por cada mil habitantes.<sup>24</sup>

La población adulta mayor en Honduras, representada por adultos de 60 años y más, constituye el 10.8%<sup>25</sup> de la población total.

En materia de educación, el Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras refiere que para el 2018 la escolaridad promedio a nivel nacional es

de 6.7 grados: para las mujeres es de 6.9 y para los hombres de 6.4, para las personas adultas mayores de 60 a 64 años los años de estudio promedio son de 5.9, para las de 65 años y más es de 5.6.

En Honduras “la tasa de analfabetismo a escala nacional es de 18.5% y para las personas adultas mayores esta tasa es de un 4.6%. El 49% de la población adulta mayor tiene algún nivel de escolaridad y el 51% no tiene ningún nivel de escolaridad. Del porcentaje de la población adulta mayor con algún nivel de escolaridad, el 85% ha cursado únicamente hasta el nivel primario, un 12% ha cursado el nivel secundario y tan sólo un 3.4% ha alcanzado algún nivel de educación superior (universitario o técnico)”.<sup>26</sup>

Según la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples de 2018 entre la población adulta mayor hondureña, un 34.0% no sabe leer ni escribir y el promedio de estudio de la misma es de 5.8 años.<sup>27</sup> Dentro de este grupo de personas de 60 años y más las mujeres alcanzan el 36.8% de analfabetismo y los hombres el 30.5%.

En relación con los ingresos y el trabajo, la Población Económicamente Activa de Honduras para el 2017 era de 4,093,474 personas, 1,607,074 eran mujeres y 2,468,400 eran hombres. En la PEA se contaba con 417,853 personas mayores de 60 años. La ocupación principal de las personas adultas mayores fue: actividades por cuenta propia 290,550; asalariadas 78,958 y trabajo familiar no remunerado 14,353.<sup>28</sup>

---

<sup>21</sup>Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. *Informe Especial: Aspectos Básicos del Servicio Público y Goce del Derecho Humano a la Salud, por los Habitantes de Honduras*. 2018. Pág. 94

<sup>22</sup>Ídem. Pág. 90

<sup>23</sup>Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 2014-2018*. Pág. 13

<sup>24</sup>Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. *Informe Especial: Aspectos Básicos del Servicio Público y Goce del Derecho Humano a la Salud, por los Habitantes de Honduras* Pág. 92

<sup>25</sup>Instituto Nacional de Estadísticas. *Resumen Ejecutivo, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples 2018*

<sup>26</sup>Plan de Acción para un Envejecimiento Activo y Saludable Honduras, 2015-2017. Agosto 2015. Pág. 10

<sup>27</sup>Ídem

<sup>28</sup>Elaboración propia a partir de datos de Datos del Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras. EPHPM 2017

Dentro del total de la población adulta mayor, solamente el 7.5% goza de algún tipo de pensión. Durante el año 2016 se reportaron 13,435<sup>29</sup> personas jubiladas y 32,661<sup>30</sup> personas adultas mayores que recibieron beneficio del régimen Invalidez, Vejez y Muerte, de estas la mayoría (20,752) fue otorgada por vejez.

Honduras cuenta con cinco planes de pensión públicos: 1) el Instituto Hondureño de Seguridad Social; 2) el Instituto de Previsión Social del Magisterio Hondureño; 3) el Instituto de Previsión Militar; 4) el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo; 5) el Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Existen dos planes de pensiones privados que se rigen por capitalización individual.

Los diferentes institutos entregan básicamente dos beneficios: jubilaciones, que se otorgan a los afiliados por haber cumplido ciertos requisitos de cotizaciones y edad; pensiones, que son los beneficios que obtendrá un afiliado como producto de una incapacidad temporal o permanente que lo imposibilita para continuar desarrollando su trabajo remunerado.

En 2011, se aumentó la edad de jubilación de los maestros, que subió de 56 a 65 años, cuando el beneficiario haya cumplido 25 años de servicio y se crea una nueva estructura de administración del INPREMA.

En septiembre de 2017 se aprobó un incremento con carácter retroactivo a los pensionados del IHSS que se aplicó desde enero del mismo año. En abril de 2018 más de 15,000 afiliados al INJUPEMP

fueron beneficiados con la revalorización de sus pensiones.<sup>31</sup>

Dentro de la modalidad de sistema no contributivo existe el “Programa de Asignaciones Familiares (PRAF), administrado por el poder ejecutivo, que transfiere recursos a familias pobres de todo el país. Como parte de este programa, en 2003 se implementó la entrega de un Bono de la Tercera Edad destinado a personas mayores de 65 años que viven en extrema pobreza y reciben un ingreso inferior a L400 mensuales. Este bono consiste en una transferencia monetaria de L600 (US\$30, aproximadamente) que se otorga sólo una vez al año”.<sup>32</sup> Esta prestación fue cancelada en 2014 durante la gestión de Juan Orlando Hernández.

### 3.4. NICARAGUA

La población estimada por la “Encuesta de Hogares para Medir la Pobreza en Nicaragua, 2017” es de 6,393,824 habitantes a nivel nacional, de estos el 55.1% reside en áreas urbanas y el 44.9% reside en áreas rurales. Al mismo tiempo, el 49% son hombres y el 51% son mujeres. Por grupos de edad, el 57.6% es menor de 30 años, el 34.6% tiene entre 30 y 59 años y el 7.8% tiene más de 60 años.

En el 2017, a nivel nacional el 61.7% de los hogares estaba encabezado por hombres y el 38.3% por mujeres. Las mujeres de 55 a 75 años son jefas de hogar en un 44.5%, las de 75 años y más encabezan hogares en un 13.7%. Para los hombres, en el rango de 55 a 75 años, el 29.9% son jefes de hogar, y los de 75 años y más son jefes en un 8%.<sup>33</sup> Esto muestra el peso de las jefaturas femeninas para las mujeres mayores.

---

<sup>29</sup>Dato publicado por el Instituto de Jubilaciones y Pensiones del Empleado Público de Honduras. Año 2016. Anuario SEN 2012-2017 del Instituto Nacional de Estadística de Honduras

<sup>30</sup>Dato publicado por el Instituto Hondureño del Seguro Social, año 2016. Anuario SEN 2012-2017 del Instituto Nacional de Estadística de Honduras

<sup>31</sup>El INJUPEMP aumenta pensiones. Diario La Prensa, 6 de abril de 2018. <https://www.pressreader.com/similar/281719795152213>

<sup>32</sup>Roberto Flores Lima, Javier Olivera, Fernando Yitzack Pavón Tercero, Waldo Andrés Tapia Troncoso. “Perspectivas del mercado de trabajo y las pensiones en Honduras: desafíos y propuestas”. 2014. Banco Interamericana de Desarrollo. Pág. 9

<sup>33</sup>Datos tomados de la Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua Informe de Resultados.2017

**Cuadro 11: Población Personas Adultas Mayores Nicaragua 2017**

| RANGOS DE EDAD | CANTIDAD       |                |                |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                | MUJER          | HOMBRE         | TOTAL          |
| 60 – 64        | 93,538         | 83,162         | 176,700        |
| 65 – 69        | 58,348         | 51,986         | 110,334        |
| 70 – 74        | 42,243         | 37,489         | 79,732         |
| 75 – 79        | 34,227         | 29,534         | 63,761         |
| 80 y más       | 38,917         | 28,542         | 67,459         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>267,273</b> | <b>230,713</b> | <b>497,986</b> |

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Central de Nicaragua.*

### **Educación**

Para 2017 en promedio los nicaragüenses siguen teniendo 6.4 años de estudio aprobados, es decir que apenas logra completar el primer nivel de educación formal. Esto es considerablemente inferior a lo observado en los otros países centroamericanos. Los hombres tienen un promedio de 6.2 años de estudios, frente a un 6.5 para las mujeres.

La tasa de analfabetismo de las personas de 10 años y más se situó en 15.4% a nivel nacional en el 2017. Para las personas de 55 a 64 años la tasa de analfabetismo es de 27.9%, para las de 65 a 74 años es de 38.2% y las de 75 años y más de 53.5%, es decir, que en su mayoría las personas adultas mayores no sabían leer ni escribir, o solamente sabían leer.<sup>34</sup>

Respecto a las condiciones de trabajo de las personas mayores, la Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua 2017 refiere los siguientes datos:

- El 51.7% de las mujeres ocupadas se encontraban en condición de subempleo frente a un 34.4% de los hombres. Esto deja entrever que la participación de las mujeres en el ámbito laboral se da esencialmente en condiciones inestables y posiblemente en muchos casos como una extensión del trabajo doméstico.
- Más del 70% de los ocupados se encuentra en la informalidad laboral, gran parte de ellos son trabajadores por cuenta propia y esta forma de empleo es particularmente frecuente en el caso de las mujeres, que representan el 38.7%. Este porcentaje para el caso de los hombres es de 27.9%. También indican que el trabajo no remunerado es algo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.<sup>35</sup>
- Las tasas de actividad masculina son superiores a las femeninas, por ejemplo, de cada 100 hombres de 15 a 24 años, 76 estaban activos mientras que de cada 100 mujeres en ese mismo rango de edad 36

<sup>34</sup>Datos tomados de la Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua Informe de Resultados.2017

<sup>35</sup>Datos tomados de la Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua Informe de Resultados.2017. pág. 16 y 20

estaban activas. Esta relación es parecida en los grupos de edad más avanzada. Lo anterior podría estar vinculado al hecho de que el trabajo doméstico no remunerado es asumido casi en su totalidad por las mujeres, las más jóvenes combinando los quehaceres del hogar con los estudios y las de edad más avanzada dedicadas casi exclusivamente a las actividades del hogar.

- Para el rango de las PAM de 65 a 74 años, la tasa de actividad es de 50.4%; para las de 75 años a más, el 29.0%. Lo anterior indica que, a nivel nacional, una parte importante de la población que debería estar jubilada aún se encuentra activa, posiblemente porque no cotizaron a la seguridad y por lo tanto no tienen una pensión de jubilación o bien porque los beneficios de esas pensiones no son suficientes para cubrir sus necesidades elementales.<sup>36</sup>

En relación con las pensiones, existe el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Es la rama de seguro financiada con el aporte de los empleadores y trabajadores, administrada por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social para proteger integralmente a los trabajadores ante las contingencias de invalidez, garantizar una pensión que permita solventar necesidades económicas durante la vejez y proteger a los beneficiarios ante la eventualidad de la muerte.

Al finalizar el año 2017, el número de pensionados provenientes de esta rama totalizaban 200,608 casos. El monto promedio de las pensiones aumentó un 6.7 por ciento con relación al año anterior, siendo este monto de 5,245.3 córdobas para este año. La principal causa de esta variación fue el reajuste de las pensiones en concepto de revalorización con respecto al dólar, el cual fue de 5.0 % para ese año.



*María Teófila Hernandez, 83 años. Nueva Concepción.*

---

<sup>36</sup>Idem. Pág.17

## IV. NORMATIVA DE LOS PAÍSES DEL CA-4 EN RELACIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

### 4.1. TRATAMIENTO CONCEPTUAL DEL TEMA DE LA VEJEZ EN LAS NORMAS ESPECIALIZADAS DE LOS PAÍSES DEL CA-4

Las normas sobre vejez que se desarrollaron en los países del CA-4 a finales del siglo XX y principio del siglo XXI, se fundamentan en la premisa que la categoría de vejez es primordialmente cronológica. Es decir, parten del hecho de que cuando una persona cumple una edad determinada deberá ser incluida en dichas normativas, sin relacionar otros elementos que inciden en la calidad de vida y ejercicio de los derechos de las personas mayores.

Estas normativas especializadas parten del enfoque asistencialista, estableciendo programas y servicios solo desde las necesidades que el legislador considera que una persona mayor requiere; no parten desde la visión que las personas tienen derechos en lugar de necesidades. Por tanto, todo el Estado debe ofertar servicios y proteger sus derechos.

El enfoque de derechos reconoce a la persona mayor como sujeto de todo el catálogo de derechos humanos; reconoce que la vejez es más que el hecho de cumplir una edad. Desde este enfoque, la vejez es un fenómeno humano donde coinciden los aspectos cronológicos (el cumplir una determinada edad), los fisiológicos (cómo envejece cada persona) y los sociales (los roles que la sociedad les permite ejercer).<sup>37</sup>

Respecto a la vejez cronológica, cuando legalmente una persona califica dentro del rango de “persona mayor” por cumplir con cierta edad, las legislaciones específicas de cada país del CA-4 establecen la edad en que una persona es adulta mayor a los sesenta años. La vejez cronológica

sirve para incluir en una sola categoría a personas muy diversas, con el común denominador de haber cumplido una edad específica.

La edad cronológica de la vejez en todos los países del CA-4 difiere de las edades de jubilación o retiro, siendo siempre menores para las mujeres que para los hombres. Si bien el tema de la jubilación más temprana de la mujer tiene un impacto importante de sus ingresos en la vejez, con una pensión de menor cuantía, no tiene mayor relevancia para otros aspectos relacionados a la vejez. Las personas son adultas mayores cuando se cumple la edad legal, conforme a las normas específicas para este sector.

Si bien la edad cronológica es la forma más fácil y segura de poder tener acceso a la protección de las normas especiales en materia de vejez, nos dice poco o nada sobre la edad fisiológica, es decir la calidad de vida con la que cada ser humano individualmente envejece, o la edad social, que engloba los entornos, los programas, las oportunidades o los roles sociales con que las personas mayores cuentan. Es por esta razón que la edad cronológica debe verse de forma integral con la edad individual o fisiológica y la edad social.

Si bien al envejecer muchas de las funciones físicas y psicológicas se reducen, esta reducción puede llegar a ser patológica por diversos factores. Esto significa que una persona adulta mayor, por el solo hecho de serla, no necesariamente va a presentar cuadros de dependencia o fragilidad. Estilos de vida saludables, acceso a educación y sistemas de salud y de seguridad social, ingresos dignos, entornos amigables o elementos genéticos pueden marcar la diferencia entre una persona mayor activa y saludable, de una persona mayor

---

<sup>37</sup>Cuadernos: *Los Derechos humanos de las Personas Mayores*, Sandra Huenchuán, CEPAL, 2012

con deterioro. El riesgo de una discapacidad y una consiguiente dependencia aumenta con el paso de los años, pero no necesariamente puede llegar a ocurrir. Es así como se puede estar en presencia de una persona de sesenta años muy deteriorada, frente a una de ochenta completamente funcional.

Muchos estudios señalan que, adicionalmente a los factores propios que reducen la funcionalidad en la vejez, son los factores sociales, la falta de políticas y la poca inversión pública las que más limitan y vulneran a las personas mayores. Estas limitaciones se traducen en servicios limitados y de poca calidad, así como roles muy limitados para las personas de edad.

Las personas mayores se ven afectadas por una serie de mitos y estereotipos que las discriminan y las excluyen. Generalmente, los Estados no incluyen a las personas mayores como parte de sus planes de trabajo y no son vistos como parte de la fuerza productiva o las redes sociales de los países. Esto hace que sus aportes y valores pasen desapercibidos y, más aun, hace que sus derechos sean violentados a diario bajo la lupa indiferente de las instituciones y la sociedad.

#### **4.2. *NORMATIVAS ESPECIALIZADAS SOBRE VEJEZ EN LOS PAÍSES DEL CA-4***

A finales del siglo XX, ante el claro crecimiento de la población de personas mayores a nivel mundial, se comienza a tratar más seriamente el tema de la vejez como fenómeno demográfico, específicamente en dos instrumentos: la Declaración de Viena, del año 1992 y la Declaración de El Cairo de 1996. Ambas declaraciones, sin embargo, no tienen un carácter vinculante para los diversos países, por lo que el tema sigue sin ser un punto de interés para las políticas nacionales. En este período, Guatemala aprueba su ley para la “Protección para las personas de la Tercera Edad” de 1996.

Posteriormente, ya en el siglo XXI, se elabora el Plan de Acción de Madrid del año 2002, el cual

constituye una guía para elaborar e implementar programas para personas mayores, donde los países asumen el compromiso de ponerlo en práctica conforme a sus posibilidades. Es en este período que los países del CA-4 desarrollan la mayoría de las normativas especializadas para personas mayores. Sin embargo, estas nacen bajo la visión asistencialista tradicional, dejando a la persona mayor limitada a ser un objeto de asistencia, y no una persona con el pleno goce de sus derechos fundamentales.

En el caso de Nicaragua, la Ley 720 es del año 2010 y su contenido refleja una evolución importante respecto de sus pares del CA-4. Esta es la única de las normas especializadas en mayores que recoge varios de los elementos del enfoque de derechos.

Las normas restantes, sin embargo, parten de la premisa de que el Estado debe atender solamente a aquellas personas mayores en condición de indigencia y abandono. Esto en la práctica ha significado que los Estados no se han sentido obligados a diseñar programas o políticas para esta población, dejando su cuidado y bienestar absoluto a la familia.

La Ley de Guatemala contiene algunos avances en materia de responsabilidad del Estado, al declarar que la ley es de Orden Público y se declara de interés nacional el apoyo y la protección a la población de la “Tercera Edad”. Sin embargo, el artículo 9 determina que es obligación de los parientes la asistencia a las personas mayores y que tales asistencias se deben prestar en el seno familiar.

En el caso de El Salvador, este escenario es todavía más extremo, pues la “Ley de atención Integral a la Persona Adulta Mayor”, del año 2002, determina en su articulado que la familia tiene la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y solo si falta la familia, el Estado garantizará su atención a través de las instituciones correspondientes (Arts. 3 y 4). En el caso de Honduras, la Ley de protección al adulto mayor y jubilados, del año 1996, establece un

acápites relacionados con los deberes de la familia.

En el caso de Nicaragua se presenta una excepción, ya que al ser una ley más reciente, incorpora varios elementos del enfoque de derechos. Esta es la única normativa que determina en el Art. 9 que “el Estado, el sector privado y la sociedad deben promover, resguardar y garantizar las condiciones óptimas de salud, educación, trabajo, seguridad alimentaria, vivienda y seguridad social a favor del Adulto Mayor”.

Sin embargo, en la mayoría de normas especializadas el Estado se deslinda de crear programas y atenciones para mayores, centrándose solamente en los servicios de cuidados y residencias, tanto para pensionados como para personas mayores en situación de indigencia, dejando de esta forma una gran gama de personas mayores, sin pensión, desprotegidas y sin programas de participación y desarrollo.

Adicionalmente, al negar estas leyes a las personas mayores como sujeto de derechos, refuerza una visión donde la persona mayor queda subyugada a lo que decidan su familia y el Estado, desconociendo por completo su derecho a tomar decisiones conforme a su capacidad jurídica. En resumen, estas leyes determinan que las personas mayores:

1. Son sujeto de caridad y asistencia, no son sujetos de derechos plenos.
2. No son autónomas y otros deben decidir por ellos. Esto incluye decidir sobre sus bienes e ingresos o sobre su vida privada.
3. Son todas iguales: son económicamente inactivas, dependientes y enfermas.
4. Solo deben recibir servicios de salud y asistencia, pero no hay por qué ofertarles

otros derechos, como educación, trabajo, vivienda y otros.

5. No tienen por qué ser de interés para el Estado o para otros grupos etarios y por tanto la inversión a este grupo es un desperdicio de recursos.

Es por ello que se puede concluir que, aunque se reconoce que los Estados del CA-4 realizaron un esfuerzo por contar con leyes específicas en materia de personas mayores, estas solo refuerzan la discriminación basada en la edad, o edadismo. Estas normas distan de fortalecer los derechos de las personas mayores; el Estado no se sintió obligado a crear una institucionalidad fuerte ni presupuestos para ofertar todos los servicios a las personas mayores.

Es necesario crear nuevas normativas de personas mayores que recojan el enfoque de derechos desarrollado en la Convención Interamericana para la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en adelante la convención, la cual establece en su preámbulo que “la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades”.<sup>38</sup>

La convención fortalece la idea que las personas mayores son sujetos de derechos, que se les debe preservar su autonomía, que todas las instituciones del Estado deben ofertarles servicios, no solo las que intervienen cuando una persona mayor está en situación de dependencia o abandono; que su bienestar en un asunto de Estado, que no todas las personas mayores son iguales y que siguen manteniendo el derecho de decidir, participar y opinar sobre los aspectos relacionados a su vida y su sociedad.

---

<sup>38</sup>Convención Interamericana para la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la OEA, Aprobada por Asamblea General el 15 de junio de 2015.

El enfoque de derechos de la convención obliga a analizar a las personas mayores desde sus derechos y no desde la necesidad. Se deben ofertar servicios desde todos los sectores, pues son personas que deben tener acceso integral a todos y cada uno de sus derechos humanos.

En ese sentido, la situación de desventaja y exclusión que pueden vivir las personas mayores debido a la discriminación basada en la edad debe llevar a los Estados a asumir formas de equiparar a la población adulta mayor con el resto

de la sociedad. Es ahí donde el trato preferencial y los ajustes razonables deben ser utilizados para poner un determinado derecho al alcance de una persona mayor.

Una de las primeras conclusiones de este estudio, luego de analizar la situación de las personas mayores de cada uno de los Estados del CA-4, es que los marcos normativos existentes siguen promoviendo la discriminación por edad y no son suficientes para reducir las brechas de exclusión y negación de derechos de esta población.

## V. ANÁLISIS DE LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

### 5.1. DEBERES GENERALES DE LOS ESTADOS PARTE

La Convención determina en su Art. 4 una serie de deberes generales que deben cumplir los Estados Parte, comenzando por la salvaguardia efectiva de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Los Estados Parte se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor. Entre estos cabe destacar:

- Adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar prácticas contrarias a los derechos humanos de esta población, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, y todas las que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor.
- Adoptar medidas afirmativas y ajustes razonables para que las personas mayores ejerzan los derechos establecidos en la

presente Convención, incluyendo medidas normativas que sean necesarios para acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor, así como para asegurar su plena integración social, económica, educacional, política y cultural.

- Abstenerse de adoptar medidas legislativas contrarias a la Convención, las medidas afirmativas y los ajustes razonables.
- Adoptar y fortalecer todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, que garanticen a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.
- Adoptar medidas necesarias, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.
- Promover instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona

mayor y su desarrollo integral.

- Promover la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación de la presente Convención.
- Promover la recopilación de información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención.

Todos estos artículos reúnen una serie de aspectos básicos para promover la debida atención de las personas adultas mayores:

1. Creación de un marco legal, reglamentario y administrativo suficiente, incluyendo las políticas públicas para proteger los derechos humanos más sensibles para la población adulta mayor. Los marcos existentes son insuficientes y se requiere contar con normas que permitan desarrollar ajustes razonables o acciones afirmativas, así como salvaguardias.
2. Marco institucional que permite contar con un organismo rector en la materia y uno o varios organismos encargados de la ejecución y evaluación de las políticas públicas implementadas. En general, las leyes especializadas del CA-4 desarrollan

institucionalidades débiles. Solo en el caso de Guatemala se ha establecido un Ministerio de Desarrollo Social, pero falta identificar que la unidad que atiende el tema tiene suficientes competencias para poder imponer sanciones en caso de vulneración de derechos a las personas mayores.

3. Base estadística nacional, es decir, información que sea transparente, pública y accesible para tomar decisiones basadas en evidencias y para determinar el impacto de las políticas públicas implementadas. En general, las encuestas y censos son segmentados y no cuentan con información relacionada a población adulta mayor, sino que las juntan con poblaciones más jóvenes. Tampoco hay información desagregada por especialidad, con lo cual es imposible entender las situaciones que enfrentan las personas mayores en diversos temas de interés.
4. Presupuestos razonables. Si bien la convención habla de inversión progresiva para el alcance de los derechos económicos, sociales y culturales, la misma debe apegarse a los criterios de la Convención, es decir, debe ser mayor cada vez, y los programas implementados no deben reducirse con los cambios de administraciones. Sin embargo, todos los países tienen una inversión mínima en vejez, la cual en algunos casos ni siquiera aparece reflejada en los presupuestos nacionales.

## VI. DERECHOS HUMANOS ESPECÍFICOS DE LA CONVENCIÓN INCLUIDOS EN LAS NORMAS DE LOS PAÍSES DEL CA-4

Este apartado busca determinar si las normas nacionales de cada uno de los países del CA-4 son suficientes para dar cobertura a los derechos reconocidos por la Convención de Personas Mayores de la OEA.

Tal como se analizó en la primera parte de este estudio, existe un marco legal especializado en los cuatro países del CA-4. Tales marcos establecen derechos y deberes para la población adulta mayor y una institucionalidad incipiente para atender el tema.

En el caso de El Salvador, presenta avances recientes en materia de mejorar el marco normativo dirigido a las personas adultas mayores. En el año 2009 establece el Programa Nuestros Mayores Derechos, y luego en el 2017 aprueba la Política Pública de la Persona Adulta Mayor y ratifica la Convención para la protección de los derechos humanos de la persona mayor de la OEA. Estos avances están contemplados en el plan quinquenal de desarrollo, el cual determina como una de sus metas mejorar el marco legal sobre la temática a fin de promover mejores atenciones y protección

de las personas mayores.

Pese a estos avances, todavía sigue vigente la Ley de Atención Integral a la Persona Adulta mayor, aprobada en el año 2004, la cual parte de una visión asistencialista y no de un enfoque de derechos. Si bien la administración 2014-2019 trabajó en una nueva ley de la persona adulta mayor, presentada al órgano legislativo en abril de 2016, esta todavía se encuentra en estudio.

Guatemala también ha impulsado algunos avances importantes en la materia, creando incluso un Ministerio de Desarrollo Social, con lo que se supone un fortalecimiento importante de la institucional. Sin embargo, sigue teniendo una enorme dispersión en la atención a mayores, especialmente de las que pertenecen a la población originaria.

Algunos derechos desarrollados en la Convención están incorporados en las normas de cada uno de los países del CA-4, tal como se muestra en el cuadro a continuación:

***Cuadro 12: Derechos humanos de la convención incluidos en las normas especializadas para personas mayores de cada país del CA4***

| Derechos  | SAL (2002)* | GT (1996)* | HN (2007)* | NIC (2010)* |
|---|-------------|------------|------------|-------------|
| Igualdad y no discriminación por razón de edad (Art.5)                              | X           |            | X          | X           |
| Derecho a la vida y la dignidad en la vejez (Art.6)                                 | X           | X          | X          | X           |
| A participar en la vida social, cultural y política de la comunidad. (Art8)         |             |            |            |             |
| Derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia (art.9)                      | X           | X          | X          | X           |
| Derecho a no ser sometido a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (Ar.10) | X           | X          | X          | X           |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (Art. 11)                                       | X | X | X | X |
| Derecho a la libertad personal, libertad de expresión y acceso a la comunicación, libertad de movilización (arts. 13,14,15) | X | X | X | X |
| Derecho a la seguridad social 17  | X | X | X | X |
| Trabajo (Art. 18)   | X |   |   |   |
| A la salud (Art. 19)  | X | X | X | X |
| Educación y cultura (Art. 20 y 21)  | X | X | X | X |
| Derecho a la recreación, el esparcimiento y el deporte (Art.22)*  | X | X |   | X |
| Derecho a la propiedad (Art.23)   | X | X | X | X |
| Derecho a la vivienda y a un medio ambiente sano (arts.24 y 25)   | X | X | X | X |
| Derecho a la Accesibilidad y movilidad personal(Art.26)**   | X |   |   | X |
| Derechos políticos (Art.27)   | X | X |   |   |
| Derecho de reunión y asociación (Art.28)  | X | X | X | X |
| Igual reconocimiento como personal ante la ley  | X | X | X | X |

*Fuente: Fuente: Elaboración propia, tomando como base la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor de El Salvador; Ley de Protección para las personas de la tercera edad, Decreto N° 80 de Guatemala; Decreto legislativo N° 199 Ley integral de protección al adulto mayor y jubilados, de Honduras y Ley del Adulto Mayor de Nicaragua.*

*\*Los países del CA-4 desarrollan el derecho a la recreación y esparcimiento, pero no el derecho al deporte.*

*\*\* Este derecho se desarrolla en las normativas especializadas de discapacidad, no de vejez*

Si bien estos derechos ya tienen un asidero legal a nivel interno de cada país, no todos incorporan los elementos que establece la convención para cada derecho. Por tanto, se analizarán algunos de los derechos más relevantes y si los mismos cumplen con los parámetros de la convención.

### **6.1. Igualdad y no discriminación por razón de edad**

Todas las constituciones de los países del CA-4

hablan de la no discriminación basada en sexo, etnia, género. La edad no siempre es incluida dentro de este articulado, aunque todos establecen que no puede existir causales que impliquen la negación de derechos a grupos determinados.

Al analizar las normativas específicas, los países del CA-4 no tienen leyes sobre igualdad y no discriminación. El mayor desarrollo normativo en esta materia se tiene dentro de las áreas de género.

El Salvador cuenta con la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres. Esta permite la creación de tribunales especializados en la materia y desarrolla delitos y sanciones específicas por crímenes basados en discriminación basada en género. Guatemala aprobó en el año 2008 la Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer; Honduras tiene la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales; y Nicaragua estableció la Ley contra la Violencia de Género en el año 2012.

Al analizar todas estas normativas, encontramos que, si bien son claras en definir que la violencia basada en género es producto de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, no incluye a la vejez como un elemento de adicional de discriminación.

En cuanto a las normas nacionales sobre vejez de los países del CA-4, todas incorporan el tema de discriminación basada en la edad, pero resultan ser débiles para la imposición de sanciones por este tipo de discriminación. Esta situación ha permitido prácticas, incluso institucionales, que constituyen verdaderas violaciones a derechos humanos, sin que a la fecha sean debidamente sancionadas. Esto deja en la impunidad cualquier agresión a una persona adulta mayor.

Adicionalmente, las normativas especializadas de personas mayores no determinan los riesgos de la discriminación múltiple. Considerar la discriminación múltiple, tal como lo hace la Convención, es vital para reducir los riesgos no solo de la discriminación por la edad, sino la que resulta de sumar la edad a otras condiciones como la discapacidad, la diversidad sexual, la etnia o el género.

La Convención permite analizar el tema de la discriminación por edad y la discriminación múltiple. Reconoce que la vejez es un factor que lleva a la exclusión y negación de derechos para las personas mayores, por lo que se hace

necesario que las normas nacionales también reflejen esta visión. Para que las personas mayores gocen de sus derechos, los Estados deben estar claros que la edad es en sí un factor para la discriminación.

## **6.2. Derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia**

Las normativas específicas relacionadas a personas mayores en cada uno de los países de estudio determinan que la persona mayor tiene derecho a la integridad, al trato digno y a ser atendida con prioridad y calidad en las instituciones.

Sin embargo, todas estas normas siguen acarreado el mismo mal: mecanismos sancionatorios débiles en caso de agresiones. La Ley de Atención Integral al Adulto Mayor y Jubilados de Honduras, incluye dentro de su normativa el tema de las sanciones, que permiten multas de uno a tres salarios mínimos a las instituciones que incumplan la ley.

Uno de los elementos clave para la imposición de sanciones es determinar las responsabilidades tanto individuales como institucionales. Si bien la norma de Honduras incorpora el elemento sancionatorio dentro de su norma especializada, el mecanismo de imposición es poco desarrollado, lo cual no permite imponer las sanciones establecidas.

En cuanto los demás países, la situación es más precaria. En el caso de El Salvador, se permite que el Consejo de Atención Integral a los Programas del Adulto Mayor pueda cerrar centros de atención de mayores, pero no determina el mecanismo ni establece si hay otras sanciones intermedias. Existe numerosa jurisprudencia que explica que el Estado puede imponer una sanción siempre que la misma y el procedimiento para imponerla esté debidamente desarrollado en la ley, lo cual no sucede con la norma actual.

### **6.3. Derecho a brindar el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud**

La Convención regula, como parte del derecho a la salud, que la persona mayor pueda emitir su consentimiento de manera informada, frente a toda decisión relacionada a su salud. Este derecho incluye el poder contar con instrucciones emitidas mediante la voluntad anticipada. Esta es la posibilidad de que una persona, mientras se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, pueda emitir disposiciones ante notario o juez, respecto a la aceptación o no de ciertos tratamientos; tales disposiciones deben ser respetadas y realizadas en el eventual caso que la persona deba recibir un tratamiento en un momento donde no puede manifestar su voluntad y sobre el cual expresamente se ha pronunciado previamente.

En Guatemala, la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA, incluye este derecho en el art. 28:

“De la investigación en seres humanos. La investigación en seres humanos para fines de prevención y tratamiento del VIH/SIDA deberá contar con el consentimiento expreso de las personas involucradas en la misma, quienes lo otorgarán con independencia de criterio, sin temor a represalia y previo conocimiento de los riesgos, beneficios y opciones a su disposición...”

Por otra parte, el Art. 29 determina que ninguna persona infectada podrá ser objeto de experimentación de medicamentos y técnicas asociadas a la infección por el VIH sin haber sido advertida de la condición experimental de estos, de los riesgos que corre y sin que medie su consentimiento previo, o de quien legalmente esté autorizado a darlo.

En el caso de Honduras, el tema del consentimiento

informado se encuentra en el Código de Salud. En esta norma no existe un procedimiento detallado, sin embargo, en algunos casos, tales como el examen físico de un médico, el consentimiento es tácito y sobreentendido. Para procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente. El Art. 176 del Código determina que nadie podrá ser sometido a las investigaciones, sin previamente ser informado sobre los riesgos a los cuales será sometido y sin obtener su consentimiento por escrito o el de su representante en caso de incapacidad

Por otra parte, la Ley Especial sobre el VIH/SIDA, art. 58, determina que la realización de pruebas de sangre para detectar VIH en las personas sin su consentimiento, implica una violación al derecho a la intimidad personal, por tanto será sancionable de conformidad a lo establecido en la legislación nacional, excepto en lo prescrito en esta Ley.

Para El Salvador, este derecho se regula en la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, específicamente en el art. 15 que establece que “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.” Esta ley también regula en el art. 16, el tema del consentimiento informado en la investigación médica, y el art. 17 regula el consentimiento cuando lo debe otorgar una tercera persona.

Por otra parte, este tema también se encuentra regulado en la Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana. En el art. 31 de esta ley, se determina que la investigación en seres humanos para fines de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, deberá contar con el consentimiento

expreso de las personas involucradas en la misma.

De igual manera, el art. 32 determina que ninguna persona infectada por el VIH/SIDA podrá ser objeto de experimentación de medicamentos y técnicas asociadas a la infección por el VIH sin haber sido advertida de tales circunstancias, de los riesgos que corre y sin que medie su consentimiento previo, o de quien legalmente está autorizado a darlo.

En Nicaragua también existe bastante regulación en el tema del consentimiento informado. La Ley general de Salud (Ley 423) determina, en su Art. 8, que el usuario tiene derecho de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su Consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad.

Existen otras normativas que también incorporan el tema del consentimiento libre e informado:

- Ley de Seguridad Transfusional (Ley 369) establece en el art. 19 que en todo procedimiento de Transfusión de Sangre se debe solicitar el consentimiento informado del receptor de dicha transfusión. La Ley 238, Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA, determina en el Art. 5 que “Nadie podrá ser sometido a pruebas para detectar la presencia de anticuerpos al VIH sin su conocimiento y consentimiento expreso. Las personas que soliciten practicarse dicha prueba darán su autorización por escrito, personalmente o a través de sus representantes o guardadores en su caso. Para donantes de sangre esta autorización es implícita a la donación.” De igual manera, el art. 8 establece que la investigación con seres humanos para fines de prevención y tratamiento del VIH/SIDA deberá contar con el consentimiento de las personas involucradas en las mismas.

Este derecho tiene bastante desarrollo, principalmente en los temas de VIH-SIDA. Sin embargo, en las normas especializadas sobre vejez este tema no es incorporado como parte del catálogo de sus derechos. Esto último no debería ser un problema, si se considera la norma jurídica desde una dimensión integral. No obstante, en la práctica, cuando las normas de vejez no desarrollan un tema particular, generalmente este queda invisibilizado, aun cuando está desarrollado en otras leyes.

#### **6.4. Voluntad anticipada**

Dentro del artículo 11 de la convención, referente al consentimiento informado, se incorpora el reconocimiento de la voluntad anticipada o instrucciones previas. Esta figura también se conoce como testamento vital.

El Instituto de Ciencias Médicas y de Nutrición de México define la voluntad anticipada como el “conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento en el futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. La voluntad anticipada contiene no sólo las preferencias sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas.”

Esta figura, de práctica ya común en los países desarrollados, es todavía ajena a las legislaciones del CA-4. Si bien en teoría es posible que una persona consigne notarialmente cuáles son sus decisiones frente a eventuales intervenciones médicas, en la práctica ni las familias ni el personal médico tendrían la confianza de seguir tales indicaciones, sobre todo cuando las mismas impliquen dejar que el proceso del fallecimiento siga su curso natural.

La Ley del Distrito Federal de México define

que una persona puede emitir un Documento de Voluntad Anticipada, el cual consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica, es decir, el abuso en la propuesta de tratamientos por parte de los médicos, sobre todo con enfermedades de carácter terminal.

### **6.5. Participación en la vida social, cultural y política de la comunidad**

En este apartado, las normas de los países del CA-4 tienen como elemento común reconocer el derecho a la participación de las personas mayores, obligando a los Estados a desarrollar programas que les permitan integrarse a la sociedad.

Por otra parte, las normas específicas relacionadas con procesos electorales reiteran el derecho de toda persona a participar sin discriminación. Muchos países, ante eventos electorales, han creado manuales administrativos para permitir el ejercicio del voto a las personas mayores.

Pese a lo anterior, los espacios de participación de las personas mayores siguen siendo limitados. El problema, más que legal, es cultural, pues se sigue viendo a las personas mayores desde la caridad. La mayoría de los países apuesta exclusivamente a ofertas recreativas, lúdicas y de alimentación, donde participan mayoritariamente personas sin discapacidad o dependencia. Los temas de organización comunitaria, participación social, comunitaria o política siguen ofertados de manera muy limitada.

En ese contexto, muchas personas mayores se han aliado con instituciones de derechos humanos a fin de contar con otros espacios que les permitan reivindicar sus derechos y promover

cambios significativos en las políticas públicas, como es el caso de la Mesa de Diálogo de Organizaciones de Pensionados y la Procuraduría de Derechos Humanos de Guatemala, o la Mesa de la persona adulta mayor y la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador.

La Convención obliga a los Estados a ofrecer un margen amplio de participación de las personas mayores, sin reducirlo exclusivamente a los ámbitos recreativos o lúdicos.

### **6.6. Salud**

Todos los países del CA-4 reconocen en sus normas específicas de mayores el derecho a la salud. De igual manera, los diferentes códigos de salud de la región incluyen algunos elementos relacionados al buen trato en la salud. En particular, desarrollan en gran parte el tema del trato preferencial, el acceso oportuno, universal, equitativo y especializado dentro de los servicios de salud.

Sin embargo, el art. 19 de la Convención, que desarrolla el derecho a la salud, incluye algunos elementos novedosos que no se encuentran incorporados en las normas nacionales de los países de estudio:

- a. Atender la parte preventiva, esto incluye la prevención secundaria y terciaria, donde una persona tiene una enfermedad, pero puede prevenir sus complicaciones y tener una calidad de vida aceptable. Esta situación la enfrentan principalmente pacientes con enfermedades crónicas.
- b. Desarrollar en la legislación programas y servicios en relación a los cuidados paliativos, no solo para pacientes con cáncer o VIH SIDA, sino para todo paciente con una enfermedad terminal, incluyendo las que generan dependencia como el Parkinson, Alzheimer o cualquier tipo de demencia.

- c. La obligación para los Estados de generar políticas públicas de salud intersectoriales, donde se pueda atender a una persona mayor desde diferentes instituciones que intervienen en su bienestar.
- d. Regula la obligación del Estado de proporcionar a su paciente opciones dentro de la medicina natural o alternativa, en concordancia con las creencias de la persona.
- e. Fomenta la creación de políticas públicas, programas y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva de la persona mayor, con lo cual se superan los mitos relacionados al ejercicio de la sexualidad de este grupo poblacional.
- f. Promueve el desarrollo de servicios de salud especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia.
- g. Promueve que existan en los países programas de investigación y formación académica profesional y técnica en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.
- h. Obliga a los Estados a que progresivamente se tengan programas o servicios de acompañamiento y capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

Este último ordinal es una evolución importante en la concepción de la salud de las personas mayores con dependencia, por cuanto obliga a que en esta situación se atienda dentro de los programas de salud a las personas cuidadoras.

### **6.7. Vivienda y entorno saludable**

La Convención desarrolla el derecho a la vivienda claramente separado del derecho a la propiedad. Esta aproximación jurídica, aun

siendo correcta, no siempre es bien desarrollada en las legislaciones nacionales. Conforme a la convención, la persona mayor tiene derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades.

Uno de los elementos importantes para la persona mayor es su sentido de pertenencia. La vivienda resulta un elemento vital para las construcciones psicológicas de las personas. No solo es un lugar de habitación, sino el lugar donde la persona construye recuerdos, vínculos y redes de apoyo. Es el lugar donde la persona crea un sentido de pertenencia y de existencia, así como el lugar donde se desarrolla la vida privada de una persona y de su familia.

Conforme numerosos estudios, existe un estrecho vínculo entre disponer de un alojamiento adecuado y la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida personal y familiar; y esa es la razón de que la vivienda sea un elemento fundamental para garantizar la dignidad humana.

Las normas internacionales de derechos humanos consideran el acceso a la vivienda como un derecho humano, el cual es parte del nivel de vida adecuado que toda persona debe gozar. En ese sentido, la Constitución de El Salvador declara, en su artículo 119, de interés social la construcción de viviendas.

Pese a la vital importancia de este derecho, las personas mayores siguen viviendo en condiciones de vulnerabilidad habitacional, en la marginación, e incluso son despojadas de su vivienda u obligadas a dejar el espacio de esta a otros familiares.

Otro problema importante que presentan las personas mayores tiene que ver con la oferta y calidad de las viviendas. Actualmente los espacios que ofrecen las viviendas son cada vez menores, más urbanos, y con menos accesibilidad, lo cual impide que la persona mayor, en caso de una

situación de dependencia, pueda seguir habitando en su vivienda. Las casas de dos plantas, o apartamentos sin elevador, son convenientes cuando la persona los utiliza en su juventud, pero pueden ser mortales durante su vejez.

Es por ello que la convención obliga a los Estados Parte a garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna, reconociendo las necesidades de la persona mayor y la prioridad en la asignación a aquella que se encuentre en situación de vulnerabilidad. Este derecho está íntimamente ligado a los temas de accesibilidad universal y al concepto de ciudades amigables a las personas mayores.

La convención regula particularmente:

- a. La necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.
- b. El análisis de las necesidades específicas de la persona mayor, particularmente aquellas que viven solas. Esto incluye apoyos para la remodelación de viviendas, cuando la persona mayor se encuentra en edades avanzadas, a fin de ajustarla a sus necesidades.
- c. Establecimiento de procesos expeditos de reclamación y justicia en caso de desalojos de personas mayores, así como su protección en caso de desalojos forzosos ilegales.

Finalmente, dentro de la convención se desarrolla la idea de que para promover que una persona continúe en su lugar de habitación, también se deben generar condiciones que faciliten este derecho. Por todo esto, la convención obliga a los Estados Parte a adoptar las medidas pertinentes para facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios integrados y de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio

conforme a su voluntad.

### **6.8. Derecho a un ambiente sano**

La convención desarrolla ampliamente lo relacionado a las ciudades y espacios amigables a las personas mayores. Este tema también tiene un amplio desarrollo en lo referente a derechos de las personas con discapacidad.

Este derecho tiene que ver con las condiciones de los entornos, las disposiciones para permitir la movilidad a una persona, particularmente aquella que tiene movilidad reducida o la que requiere asistencia o apoyos técnicos para trasladarse.

Este derecho también se relaciona con la calidad del entorno. Es por ello que reconoce que la persona mayor tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos, principalmente con el de agua potable.

A este derecho se suma el artículo 26, referente a la accesibilidad y la movilidad personal. Puesto que para que una persona mayor pueda ser independiente, autónoma, pueda participar de su comunidad y pueda realizar las acciones que decida en su vida, debe contar con los medios y los entornos que le permitan tener acceso a transporte, información y otros servicios ofertados a otras personas.

Diversas encuestas y censos muestran que las poblaciones de los países del CA-4 son en la actualidad, mayoritariamente urbanas, a diferencia de cincuenta años antes. Estos instrumentos también muestran que las personas con la mayor tendencia de permanecer en lo rural, porque ahí construyeron sus viviendas, son las personas mayores. Esto plantea situaciones donde las poblaciones más envejecidas se encuentran en las zonas con menos acceso, dificultando así su atención.

Es por ello que los países en estudio deben comenzar a priorizar la conectividad, el acceso, y la mejora de las comunicaciones para las

personas mayores, a fin que no queden asiladas ni vulnerables. CEPAL cuenta con información que determina que, conforme las proyecciones de población, pasaremos de contar con 16 jóvenes por persona mayor en la actualidad a solo 2 jóvenes por persona mayor en el futuro. Esto implica comenzar a trabajar en servicios que permitan a la población mayor tener mejores accesos a los servicios y contar con los elementos para un envejecimiento saludable y exitoso.

### **6.9. Derechos la convención no desarrollados en las legislaciones del CA-4**

Dentro de la Convención existen una serie de derechos emergentes. Esto significa que son derechos que no habían sido considerados en otras normativas internacionales. Si bien las normas de los países del CA-4 contienen varios elementos de estos derechos, estos no se encuentran debidamente desarrollados bajo el parámetro de la convención, lo que deja en desprotección a las personas adultas mayores. Adicionalmente hay otras normas de la convención que no están desarrolladas en las normativas nacionales, o tienen un desarrollo incipiente, lo cual acrecienta la gravedad de la desprotección al grupo.

#### **1. Cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos se definen como el tratamiento integral que se ofrece a un paciente cuando ya no existe opción curativa. El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando las personas se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida (OPS).

El mayor desarrollo de esta temática en los países del CA-4 es para pacientes con cáncer y pacientes con VIH-SIDA. Se debe tener cuidado de no confundir cuidados paliativos con eutanasia,

pues no se trata de inducir o provocar la muerte mediante intervención de terceros, sino de acompañar el proceso de morir de forma integral y dando los apoyos necesarios al paciente y a su grupo familiar.

En Guatemala, la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA, establece en el Art. 51 el derecho a recibir una atención humana y solidaria que les permita una muerte digna, respetando su concepción sobre la vida y la muerte, de acuerdo con su religión o sus creencias. Este artículo añade que nadie debe ser discriminado en sus horas y servicios fúnebres por haber fallecido como consecuencia del SIDA.

En el caso de Nicaragua existe la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA que, en el Art. 30, determina que las personas con SIDA tienen derecho a recibir una atención humana y solidaria para el proceso de la muerte, sin discriminación en razón a su enfermedad.

En el caso de El Salvador existe una política de inclusión de estos servicios en todos los hospitales de segundo y tercer nivel, inaugurándose 6 unidades hasta la fecha. Sin embargo, las mismas están a disposición de pacientes terminales de cáncer, y no para otras afecciones.

En el caso de ITS se han creado en las unidades de salud de primer nivel unidades especiales de atención a pacientes con VIH-SIDA, y dentro de las unidades de salud del Ministerio, conocidas como VISIT, que incluyen algunos componentes de cuidados paliativos. Sin embargo, estos son más para cuidados en casa y no trascienden a las unidades que se encuentran en los hospitales.

Si bien hay algunas iniciativas en la materia, los niveles de desarrollo de los cuidados paliativos son todavía bajos. El siguiente cuadro muestra los niveles de avance en materia de cuidados paliativos.

**Cuadro 13: Nivel de desarrollo de los programas de cuidados paliativos CA-4 - 2014**

| Nivel de desarrollo de los programas de cuidados paliativos   | SAL | GT | HN | NIC |
|---|-----|----|----|-----|
| 1-No se registran actividades   |     |    |    |     |
| <p><b>2-Fomento de las capacidades:</b><br/>                     Hay evidencia de una gama de iniciativas diseñadas para crear la capacidad organizativa, laboral y de políticas para que se desarrollen los servicios de cuidados paliativos, aunque todavía no se ha establecido ningún servicio. Las actividades de desarrollo incluyen: asistencia a, u organización de, conferencias clave; personal de formación externa en cuidados paliativos; el cabildeo de los responsables políticos y los ministerios de salud; y el desarrollo incipiente del servicio.</p> | X   |    | X  | X   |
| <p><b>3a-Provisión aislada:</b><br/>                     Este grupo de países se caracteriza por: el desarrollo de un activismo de cuidados paliativos que tiene un alcance irregular y no está bien respaldado; la obtención de fondos que a menudo depende en gran medida de los donantes; disponibilidad limitada de morfina; y una pequeña cantidad de servicios de cuidados paliativos de hospicio que a menudo se basan en el hogar y están relativamente limitados al tamaño de la población.</p>  | X   | X  |    |     |
| <p><b>3b-Provisión generalizada</b><br/>                     Desarrollo del activismo de los cuidados paliativos en varios lugares con el crecimiento del apoyo local en esas áreas; múltiples fuentes de financiamiento; la disponibilidad de morfina; una serie de servicios de cuidados paliativos de una comunidad de proveedores que son independientes del sistema de salud; y la provisión de algunas iniciativas de capacitación y educación por parte de las organizaciones.</p>   |     |    |    |     |

| <b>Nivel de desarrollo de los programas de cuidados paliativos</b>   | <b>SAL</b> | <b>GT</b> | <b>HN</b> | <b>NIC</b> |
|--|------------|-----------|-----------|------------|
| <p>4a.-Integración preliminar</p> <p>Los servicios de cuidados paliativos se encuentran en una etapa de integración preliminar en la prestación de servicios generales. Existe activismo crítico en relación a los mismos y una variedad de proveedores de cuidados paliativos y tipos de servicios; conciencia de los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud y las comunidades locales. Hay disponibilidad de algunos medicamentos para aliviar el dolor; existe un Impacto limitado de los cuidados paliativos sobre la política; la provisión de un número sustancial de iniciativas de capacitación y educación por parte de una variedad de organizaciones.</p>   |            |           |           |            |
| <p>4b-Integración avanzada</p> <p>Los servicios de cuidados paliativos se encuentran en una etapa de integración avanzada en la prestación de servicios generales. Se caracteriza por un activismo crítico en relación a los mismos; existe prestación integral de todo tipo de cuidados paliativos por múltiples proveedores de servicios; Amplio conocimiento por parte de los profesionales de la salud, las comunidades locales y la sociedad en general. Disponibilidad ilimitada de morfina y todos los otros medicamentos fuertes para aliviar el dolor; impacto sustancial de los cuidados paliativos en la política, en particular en la política de salud pública; el desarrollo de centros educativos reconocidos; vínculos académicos forjados con las universidades; y la existencia de una asociación nacional de cuidados paliativos.</p> |            |           |           |            |

*Fuente: Elaboración propia a partir de estudio realizado por S. Connor y M. Sepúlveda (eds.), Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Londres, Organización Mundial de la Salud/Worldwide Palliative Care Alliance (OMS/WPCA), 2014. Worldwide Palliative Care Alliance/ Organización Mundial de la Salud (OMS), enero de 2014.*

## 2. Autonomía e independencia

El Art. 7 de la Convención establece el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

Dicho artículo, propuesto por El Salvador en el grupo de trabajo sobre vejez, deja en claro el tema de la libertad para la autodeterminación y la toma de decisiones. De igual forma, obliga a los Estados a garantizar que las personas mayores cuenten con los medios y procedimientos que les permitan la toma de decisiones, aun si presentan algún tipo de dependencia.

Este derecho guarda estrecha relación con el derecho a la libertad y a la toma de decisiones. En el caso de los países del CA-4, la libertad es uno de los pilares de su fundamento jurídico. Todas las constituciones de estos países parten de la idea que una persona es libre para poder optar, y su única limitación es respetar el derecho del otro.

La independencia, como un derecho, es poder realizar las decisiones de forma autónoma, y en caso de no poder hacerlo, contar con los apoyos necesarios para realizar las acciones y actividades que se han decidido. Este tema tiene relevancia para las personas con discapacidad, quienes abogan por la accesibilidad universal y por las asistencias y apoyos para la realización de actividades, sin que la persona cuidadora sustituya en las decisiones a la que tiene la discapacidad.

## 3. Cuidados a largo plazo

El Art. 12 de la Convención determina que la persona mayor “tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener

su independencia y autonomía”.

Es la primera vez que un instrumento de derechos humanos reconoce los cuidados a largo plazo como derecho, y aun cuando la persona mayor pueda tener dependencia, debe seguir manteniéndose su independencia y autonomía. Los cuidados a largo plazo son, además de los que se proveen en centros especializados, los que se brindan en el domicilio.

En alguna medida, el tema de los cuidados a largo plazo se incluye en las normas especializadas de Personas Adultas Mayores. Todas las normas de los países del CA-4 hacen referencia a los centros de día, centros de atención a mayores, hogares, residencias, asilos y otras modalidades. Todos estos establecimientos ofertan una gama importante de servicios. Los hogares de mayores son, por mucho, las instituciones donde se prestan los servicios más complejos, pues se constituyen en nuevas residencias para un grupo de personas que, por diversas circunstancias, están en dichos establecimientos.

Un elemento importante para considerar es que, culturalmente, los hogares de mayores no son considerados como una opción habitacional normal para este colectivo. A diferencia de otros países, donde hay establecimientos para las necesidades y estilos de vida de todas las personas mayores, en los países del CA-4, tales lugares son para un perfil específico: una persona mayor en abandono, sin ingresos y con alto grado de dependencia.

La mayoría de los hogares de mayores son manejados por organizaciones religiosas, quienes no cuentan con recursos y deben hacer grandes esfuerzos de autogestión. Esto deja en situación precaria a quienes habitan en estos centros, pues dependiendo de los recursos económicos, así es la calidad de los servicios.

En principio, las normas nacionales del CA-4 imponen los cuidados a la familia, sin analizar sus condiciones y situación, y sin establecer apoyos

o mecanismos de acompañamiento, tal como los exige la Convención.

Todas las normativas de los países de estudio desarrollan el concepto de que deben existir centros para la atención de las personas mayores, y entre estos las residencias para personas mayores. Sin embargo, ninguna de estas normas desarrolla en sí el tema de los cuidados, sean domiciliarios, especializados o en hospitales. Este punto es un gran vacío, ya que la persona mayor debe recibir cuidados cuando lo requiere y donde desee, lo cual va más allá de la existencia de residencias para mayores.

En el caso de Honduras, la Ley Marco de protección Social establece en el art. 8 que deben existir planes asistenciales para las personas mayores, incluidas las que están viudas, los cuales deben ser permanentes, siempre que se haya comprobado la necesidad y que vivan en extrema pobreza. Por otra parte, la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados determina en el art. 11 Centros Gerontológicos para los Adultos Mayores Indigentes y que las municipalidades y las instituciones de previsión social deben incorporar en sus programas y presupuestos la creación, construcción y dotación de centros gerontológicos para la atención del adulto mayor indigente.

La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor determina en el Art. 3: "Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan...e) El acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, con el fin de que se vele por sus derechos e intereses, si se encuentra en riesgo social".

El último capítulo de la ley trata el tema de las sanciones, las cuales están enfocadas en dos principales supuestos: el primero tiene que ver con la negación de prestar cuidado a los adultos mayores, el abandono o la negligencia; el segundo, con la comisión de delitos patrimoniales en su contra (robo, estafa, despojo o usurpación de

pertenencias). En ambos casos la ley remite al Código Penal, por lo que se asume que algunas de estas acciones delictivas pueden ser sancionadas con penas privativas de libertad.

Para el caso de Nicaragua, la Ley del Adulto Mayor incluye en el Art. 6, numeral 7, el derecho de la persona mayor a tener acceso a un hogar alternativo a personas adultas mayores expuestas a riesgos. Por otra parte, el art 10 determina como parte de los deberes del Estado el promover a nivel nacional, por medio de los gobiernos municipales y con la cooperación de organismos no gubernamentales sin fines de lucro, la creación de casas hogares para el Adulto Mayor.

En el caso de la Ley de atención Integral a la Persona Adulta Mayor de El Salvador, no se habla de los cuidados, pero sí de la necesidad de que existan centros de atención, los cuales deben estar debidamente registrados y están sujetos a supervisión del CONAIPAM.

#### **4. Privacidad e intimidad**

La convención reconoce en el Art. 16 el derecho a la privacidad y la intimidad para la persona mayor. En ese sentido, el artículo determina que "la persona mayor tiene derecho a la privacidad y a la intimidad y a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación".

La privacidad es el derecho a que una persona se mueva en un ámbito reservado, fuera del alcance de otras personas, asegurándose la confidencialidad de sus cosas privadas. El derecho a la privacidad forma parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esto quiere decir que es un derecho inherente a cada ser humano, y no puede renunciarse a él, aun cuando la persona mayor pueda requerir asistencia en algunas actividades que son propiamente del ámbito privado.

La privacidad va ligada a la intimidad. Este es el espacio que una persona reserva para un grupo acotado de gente, generalmente su familia cercana, pareja o amigos íntimos. Sus límites están determinados por cada persona, por lo cual no son precisos y dependen de distintas circunstancias. Aquellos actos y sentimientos que se mantienen fuera del alcance del público forman parte de la intimidad o privacidad de una persona. Esto incluye lo referente a la sexualidad y las relaciones íntimas.

La intimidad personal constituye un derecho fundamental de la personalidad. Este derecho puede ser lesionado de diversas formas: la intromisión en la soledad física que cada persona se reserva, la divulgación pública de hechos privados, la presentación al público de circunstancias personales bajo falsa apariencia, y la apropiación o difusión por cualquier medio de lo que pertenece a nuestro círculo personal.

Es por lo que la Convención, además de reiterar que la privacidad y la intimidad son derechos fundamentales, prohíbe algunas situaciones donde las personas mayores son particularmente vulnerables a ser violentadas en estos derechos. Estas incluyen:

- Ser objeto de agresiones contra su dignidad, honor y reputación
- Lesionar su privacidad en los actos de higiene o en las actividades que desarrolle, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva.

El artículo también reitera la obligación de los Estados Parte de adoptar medidas necesarias para garantizar estos derechos, particularmente a la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.

Este párrafo es vital, ya que diversos estudios remarcan la vulnerabilidad que presentan las personas mayores, sobre todo las más

dependientes, a ser lesionadas en su privacidad e intimidad en los centros y residencias para personas mayores.

## 5. Salvaguardias

El Art. 30 de la convención establece que “Los Estados Parte asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona mayor, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona mayor, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de la persona mayor”.

La salvaguardia es una figura legal que sustituye a la declaración de incapacidad. Con esta figura se parte de la premisa que todas las personas, aun las que tienen discapacidad o algún grado de dependencia, son capaces. En ese sentido, no se anula a la persona con discapacidad o dependencia su capacidad de toma de decisión, sino que se le nombra a una persona para que la asista en ese derecho.

La convención es muy clara en cuál es el alcance de las salvaguardias, cómo y cuándo deben aplicarse y cuándo deben ser revisadas. A la fecha, todos los países del CA-4 siguen utilizando la figura de la incapacidad, la cual anula de forma permanente la posibilidad de toma de decisiones de una persona. A continuación se desarrollan en el cuadro 14 las diferencias entre las salvaguardias y la declaratoria de incapacidad:

**Cuadro 14: Diferencias entre las salvaguardias y la declaratoria judicial de incapacidad.**

| Salvaguardia   | Incapacidad  |
|--|--|
| Parte de la premisa que la persona mantiene la capacidad jurídica, aun cuando reciba asistencia para tomar algunas decisiones. | Parte de la premisa que la persona pierde toda capacidad jurídica.   |
| Se nombra a una persona para asistir solo en decisiones específicas y por un tiempo establecido.                               | Se nombra un tutor o curador de por vida.                            |
| Se puede sustituir a petición de la persona con discapacidad o dependencia.  | Solo puede sustituirse al tutor o curador a solicitud de este mismo. |
| El juez debe determinar sobre qué decisiones opera la salvaguardia.  | Es para todas las decisiones   |
| Es revisable de oficio   | No es revisable  |

La implementación de las salvaguardias implica necesariamente la eliminación de la incapacidad jurídica, lo cual es un paso importante de reformas dentro de las legislaciones del CA-4.

Por el momento, solamente El Salvador tiene la obligación de reformar su legislación interna en este tema. Los demás países deben hacerlo, solo si ya ratificaron esta convención o la Convención de las Naciones Unidas sobre las Personas con discapacidad, donde también se regula esta figura jurídica.

## 6. Atención de la persona mayor ante emergencias y desastres

La convención desarrolla el derecho de las personas mayores de ser atendidas en situaciones de emergencia y desastre. Concretamente, el art. 29 determina que los Estados Parte tomarán todas las medidas específicas para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres, de conformidad con las normas de derecho

internacional, en particular del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario.

Esto implica:

- Adoptar medidas de atención específicas para las personas mayores.
- Desarrollar tales medidas en el ámbito de la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación de tales situaciones.
- Propiciar que la persona mayor participe en los protocolos de protección civil en casos de desastres.

En este tema, si bien existen normas de atención de emergencias y desastres, en poco o nada hacen referencia a las personas mayores, o a los elementos que contiene el Art. 29 de la Convención. Esto hace necesario que las organizaciones de personas mayores tomen las estrategias y acciones pertinentes para que los marcos nacionales desarrollen el contenido de este artículo, y luego para que las instancias involucradas elaboren los

programas y medidas necesarios para implementar acciones en este tema.

## 7. Acceso de la persona mayor a la justicia

El acceso a la justicia es un derecho ampliamente reconocido a lo largo de las normas internacionales, como en las legislaciones de los países del CA-4. Si bien todas las constituciones de estos países reconocen como derecho fundamental que las personas puedan acceder a los sistemas judiciales para la solución de controversias o para buscar protección ante la violación de sus derechos, la realidad es que el diseño de los sistemas judiciales, aunado a los mitos y poca comprensión de los funcionarios de la administración de justicia, se traduce en mayor vulneración y negación de este derecho a la persona adulta mayor.

Solamente en el caso de El Salvador se identifica una unidad específica dentro de la Fiscalía General de la República para atender los casos de delitos contra mayores, mientras que los demás países de la región carecen de este tipo de unidades. Los juzgados no presentan unidades especializadas para atender a las personas mayores y, en general, la administración de justicia presenta las siguientes deficiencias:

1. Visualización tradicional de la persona mayor. En el seguimiento de sentencias por casos donde son víctimas personas mayores, en muchos casos los mitos en los juzgadores tienen una carga importante que parcializa los resultados, perjudicando aún más a la persona mayor.
2. Disposición poco amigable de los espacios y de la información sobre los procesos. Generalmente los procesos judiciales son complejos, y todavía más para una persona mayor, sobre todo para la de baja escolaridad o la que presenta dependencia.
3. Tiempos y plazos demasiado largos, sin considerar las circunstancias propias de la persona mayor. Los procesos ordinarios pueden dilatar mucho tiempo; si la persona mayor fallece en ese tiempo, generalmente el proceso no llega a una sentencia. Esto es particularmente grave cuando se producen casos de violencia o maltrato.

Por todos estos elementos, la Convención retomó el tema del acceso a la justicia, incorporando los elementos que se deben ajustar para que la misma sea pronta y eficiente para las personas mayores. Entre estos se destacan:

- El derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente.
- Realizar ajustes de procedimiento en todos los procesos judiciales y administrativos en cualquiera de sus etapas, a fin de garantizar a la persona mayor el acceso a la justicia en igualdad de condiciones.
- Proporcionar el proceso con la debida diligencia y tratamiento preferencial a la persona mayor.
- Que la actuación judicial deberá ser particularmente expedita en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor.

Asimismo, la Convención promueve que los Estados fortalezcan políticas públicas y programas para:

- a. Mecanismos alternativos de solución de controversias.
- b. Capacitación del personal relacionado con la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario, sobre la protección de los derechos de la persona mayor.

## VII. CONCLUSIONES: DESAFÍOS ANTE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL PRESENTE Y EL FUTURO

1. Los cambios demográficos son innegables. Estamos en presencia de una región que envejece aceleradamente, con una población joven que en cuarenta años será mayor y que a la fecha carece de las condiciones necesarias para un envejecimiento digno y un ejercicio pleno de derechos. Este cambio demográfico está marcado por un crecimiento todavía mayor para las personas de ochenta y más años y por una feminización del envejecimiento.
2. A esta fecha la situación de las personas mayores en la región sigue siendo precaria: bajos niveles de ingresos, baja escolaridad, crecimiento de sus responsabilidades como jefes de hogar, vulnerables ante la violencia, las emergencias y los desastres, con poco acceso a la justicia.
3. Lo anterior implica un reto enorme para los Estados, quienes deben mejorar su institucionalidad, su marco normativo, sus políticas y programas, sus presupuestos y sus recursos humanos, a fin de conformar una red sensible de atenciones y servicios para mayores.
4. Adicionalmente, los Estados deben realizar enormes esfuerzos para promover viviendas y entornos dignos, seguros y amigables con las necesidades de las personas mayores. Esto implica trabajar fuertemente en la accesibilidad universal, las ciudades amigables con las personas mayores y las redes de servicios domiciliarios. Todos estos elementos, sumado a una calidad de vida e ingresos dignos, son clave para que la persona mayor goce de un envejecimiento saludable, activo y con el ejercicio pleno de sus derechos.
5. La Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores resulta un instrumento vital para los países del CA-4. Por una parte, obligaría a los Estados a visibilizar en sus programas, presupuestos, leyes e institucionalidad el tema, a fin de dar cumplimiento a los compromisos de la convención; por otra, respondería de forma directa ante violaciones a derechos humanos de las personas mayores cuando haya negligencia por parte del Estado para investigar.
6. Los países, aun con los avances internos de sus propias normativas nacionales, tienen muchos vacíos en temas de protección de los derechos humanos de las personas mayores. Muchas de sus leyes especializadas parten del enfoque asistencial y no del enfoque de derechos humanos, con lo cual no se desarrollan todos los temas y elementos que componen la vida de las personas mayores.
7. Es necesario y urgente avanzar hacia figuras normativas que, siendo novedosas, son necesarias para garantizar los derechos de las personas mayores, principalmente los relacionados a la autonomía y la independencia.



*Luciano Huevo Amaya, 87 años y Margarita Martínez de Huevo, 78 años. San Bartolo.*



*Lina Mercedes Espinoza 81 años. Rancho Grande.*



*Gregoria Rivas Orellana 80 años. Santa Marta.*



Lucio Rodas Velásquez, 65 años. San Carlos.





**¡La inclusión  
salva vidas!**

Por una gestión de riesgo inclusiva y sin barreras



*Felix Yanes Cruz, 80 años. Comunidad San Carlos Lempa. Tecoluca*