



Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Distr. general
29 de septiembre de 2020
Español
Original: inglés

Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

13^{er} período de sesiones

Nueva York, diciembre de 2020*

Tema 5 b) ii) del programa provisional**

**Cuestiones relacionadas con la aplicación de la Convención:
mesas redondas**

Los derechos y las necesidades de las personas mayores con discapacidad: envejecimiento y tendencias demográficas

Nota de la Secretaría

La presente nota fue preparada por la Secretaría en consulta con entidades de las Naciones Unidas, representantes de la sociedad civil y otras instancias pertinentes para facilitar la celebración de la mesa redonda sobre el tema “Los derechos y las necesidades de las personas mayores con discapacidad: envejecimiento y tendencias demográficas”. La Secretaría transmite la nota, aprobada por la Mesa de la Conferencia, a la Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su 13^{er} período de sesiones.

* Las fechas están pendientes de confirmación por el Comité de Conferencias debido a la situación actual en cuanto a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19).

** [CRPD/CSP/2020/1](#).



I. Introducción

1. En el mundo hay más de 901 millones de personas mayores de 60 años, y los derechos y las necesidades de las personas mayores son una cuestión crítica, si bien ignorada, que afecta al 12 % de la población mundial¹. El envejecimiento y la discapacidad están íntimamente relacionados. En todo el mundo, casi la mitad de las personas mayores de 60 años tienen alguna forma de discapacidad.
2. A pesar de la alta prevalencia de la discapacidad en los grupos de más edad, las necesidades y los riesgos a que se enfrentan las personas mayores con discapacidad y las dificultades que tienen para acceder a la asistencia que necesitan se malentienden y, con frecuencia, no se tratan. Por ejemplo, los programas existentes sobre discapacidad tienden a centrarse en los niños o en los adultos jóvenes, mientras que los programas generales de desarrollo, incluidos los destinados a las personas mayores, a menudo no incluyen cuestiones de discapacidad.
3. Los prejuicios y las ideas preconcebidas sobre las personas mayores pueden llevar a que no se reconozcan sus discapacidades. Las deficiencias funcionales se perciben erróneamente como una consecuencia natural del envejecimiento y las normas sociales normalizan la discapacidad en la vejez. En consecuencia, es posible que las propias personas mayores no se identifiquen como personas con discapacidad, a pesar de que a menudo se enfrentan a importantes obstáculos en sus vidas cotidianas. La edad en que se presenta una discapacidad por primera vez suele afectar al sentido de la identidad individual. Las personas que sufren de una discapacidad antes de llegar a la vejez y las personas que las desarrollan después se enfrentan a un amplio abanico de problemas comunes y, al mismo tiempo, de otros distintos.
4. En la presente nota, ambas categorías se examinan como un solo grupo de personas mayores con discapacidad, mencionando —cuando proceda— los problemas específicos a que se enfrenta cada subgrupo en determinadas circunstancias.

II. Marcos internacionales pertinentes

5. A pesar de la ratificación casi universal de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de las medidas que han adoptado los Estados partes para aplicarla, muchas personas mayores con discapacidad siguen encontrando obstáculos para el pleno disfrute de sus derechos.
6. El marco internacional relativo al envejecimiento y la discapacidad sigue evolucionando a medida que aumenta el reconocimiento entre la comunidad internacional de la perspectiva del envejecimiento en el programa mundial y su importancia significativa.
7. No existe ningún instrumento internacional de derechos humanos que se ocupe específicamente de los derechos y el conjunto de desafíos a que se enfrentan las personas mayores. Las convenciones internacionales de derechos humanos existentes se aplican por igual a todos, incluidas las personas mayores. En 1991, en su resolución [46/91](#), la Asamblea General aprobó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, en los que se destacaban los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad como elementos fundamentales para las condiciones de vida de las personas mayores y las políticas sociales que se les aplican. La Convención es uno de los pocos instrumentos que hace referencia a la edad y a las personas mayores. El único otro instrumento que hace referencia a la

¹ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Ageing 2015: Highlights* (Nueva York, 2015).

edad es la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares. Si bien las personas mayores con discapacidad no tienen un artículo independiente dedicado a ellas (a diferencia de las mujeres y los niños con discapacidad), la Convención subraya la cuestión de la edad como una preocupación transversal.

8. En su informe de 2019 ([A/74/186](#)), la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad señaló a la atención ese aspecto de la Convención. Subrayó que en el preámbulo se ponían de relieve las formas múltiples e interseccionales de discriminación, entre otras, por motivos de edad; que en el artículo 8 (Toma de conciencia) se establece la obligación de luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en la edad; que en el artículo 13 (Acceso a la justicia) se hace referencia a ajustes adecuados a la edad; que en el artículo 16 (Protección contra la explotación, la violencia y el abuso) se reconoce la importancia de que la asistencia y los servicios de protección tengan en cuenta la edad; que en el artículo 25 (Salud) se menciona explícitamente a las personas mayores en relación con los servicios de salud a fin de prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas deficiencias; y que en el artículo 28 (Nivel de vida adecuado y protección social) se exhorta a los Estados a que aseguren el acceso de las personas mayores con discapacidad a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza.

9. La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento ([A/CONF.197/9](#), cap. I, resolución 1), aprobados en 2002, son el principal documento de política internacional relativo a las personas mayores. Ninguno de los 19 artículos de la Declaración Política hace referencia a las personas mayores con discapacidad. A pesar de ello, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento ofrece un programa para abordar las políticas relacionadas con el envejecimiento, presenta una serie de recomendaciones y sirve de recurso para la formulación de políticas, ya que menciona específicamente a las personas mayores con discapacidad². El Plan de Acción está estructurado en torno a tres direcciones prioritarias:

a) La orientación prioritaria I (Las personas de edad y el desarrollo) establece que las personas mayores deben recibir un trato justo y digno, independientemente de la existencia de discapacidad u otras circunstancias, y ser valoradas independientemente de su contribución económica. Subraya la importancia de las políticas para ampliar la empleabilidad, como nuevas modalidades de trabajo basadas en la jubilación flexible, los entornos laborales adaptables y la rehabilitación profesional para personas mayores con discapacidad. También se destaca la importancia de la seguridad de los ingresos y de las medidas de protección social o de seguridad social, incluido el seguro de discapacidad;

b) La orientación prioritaria II (El fomento de la salud y el bienestar en la vejez) se pide que se adopten formas de intervención temprana para impedir o posponer la aparición de enfermedades y discapacidades. Se subraya que, en todo el mundo, los problemas de la salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y se establece una serie de medidas de apoyo al desarrollo de servicios amplios de atención de la salud mental. El Plan de Acción contiene un llamamiento para que la política y la programación nacionales se centren en las cuestiones relativas a las personas mayores con discapacidad y para que se elaboren una serie de medidas que garanticen la accesibilidad de los servicios de atención de la salud y de

² El Plan de Acción se desvía de la Convención ya que sus principios se refieren a vivir en la comunidad “tanto tiempo como sea posible”.

rehabilitación, la vivienda, los espacios públicos, los locales y servicios comerciales y las tecnologías de apoyo, entre otras cosas;

c) La orientación prioritaria III (Creación de un entorno propicio y favorable) pide que se mejore el diseño ambiental y de la vivienda para promover la independencia de las personas mayores teniendo en cuenta sus necesidades, particularmente las de quienes padecen discapacidad. Subraya la necesidad de mejorar la disponibilidad de transporte accesible y económicamente asequible, incluido el diseño de carreteras más seguras y de nuevos tipos de vehículos que tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores y de las personas con discapacidad. Pide estrategias para atender las necesidades especiales de las personas mayores que prestan asistencia a personas con discapacidades cognitivas, y medidas para alentar a los medios de difusión a promover imágenes en que se destaquen la sabiduría, los puntos fuertes, las aportaciones, el valor y la inventiva de las mujeres y los hombres mayores, incluidas las personas mayores con discapacidad.

10. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es otro documento en el que se exige la defensa de los derechos de las personas mayores con discapacidad³. Al aprobarla, los Estados Miembros se comprometieron a garantizar que nadie se quedara atrás en la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidas todas las personas con discapacidad, independientemente de su edad. La discapacidad se menciona en múltiples ocasiones en los Objetivos, concretamente en los relacionados con la erradicación de la pobreza (en el Objetivo 1), la educación y las oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida (en el Objetivo 4), el crecimiento y el empleo (en el Objetivo 8), la reducción de las desigualdades, incluso mediante el empoderamiento de todos y la promoción de la inclusión social, económica y política (en el Objetivo 10), la accesibilidad de los asentamientos humanos, incluidos los sistemas de transporte y los espacios públicos seguros y accesibles (en el Objetivo 11), así como el aumento del apoyo al fomento de la capacidad para la reunión de datos desglosados por discapacidad y el seguimiento de los Objetivos (en el Objetivo 17). Todos los Objetivos son pertinentes en lo que respecta a la inclusión y el desarrollo de todas las personas con discapacidad.

11. Dentro del sistema de las Naciones Unidas, la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución 69.3, de 29 de mayo de 2016, titulada “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”, estableció un marco para lograr un envejecimiento saludable para todos, incluidas las personas mayores con discapacidad. En agosto de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició el Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030), que incluye el compromiso de desarrollar entornos físicos y sociales adaptados a las personas mayores en las zonas urbanas y rurales mediante políticas, sistemas, servicios, productos y tecnologías.

III. Envejecimiento y discapacidad: cuestiones y desafíos

12. La escala y la velocidad del cambio demográfico obligan a prestar mayor atención al envejecimiento de la población, y se prevé que el porcentaje de personas mayores de 60 años alcance el 21 % de la población mundial para 2050; la mayoría vive en países de ingresos bajos y medios. En cifras absolutas, se prevé que el número de personas mayores en el mundo se duplique entre 2015 y 2050, hasta rozar los 2.100

³ Resolución 70/1 de la Asamblea General.

millones en 2050. El número de personas mayores de 80 años crece aún más rápido y se espera que se triplique con creces entre 2015 y 2050⁴.

13. La discapacidad es más común entre las personas mayores; en todo el mundo, casi la mitad (46 %) de las personas mayores de 60 años sufren alguna forma de discapacidad⁵. La prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad, y el número de personas con discapacidad crecerá a medida que la población envejece y que se hacen más frecuentes las afecciones crónicas que provocan impedimentos y discapacidades. Entre los mayores de 80 años, las tasas de discapacidad son especialmente altas.

14. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) hace que las personas mayores y las que padecen afecciones médicas preexistentes, muchas de las cuales tienen discapacidad, corran un mayor riesgo de enfermarse gravemente y de morir. En mayo de 2020, el Secretario General publicó dos informes de políticas, uno sobre las repercusiones de la COVID-19 en las personas mayores⁶ y otro sobre una respuesta a la COVID-19 inclusiva de la discapacidad⁷, en los que puso de relieve una serie de riesgos y desafíos a los que se enfrentaban las personas mayores y las personas con discapacidad en particular y pidió que se diera una respuesta más enérgica a la pandemia que incluyera la discapacidad y tuviera en cuenta la edad. Un total de 146 Estados Miembros apoyaron firmemente el llamamiento para promover respuestas a la pandemia que respetaran los derechos y la dignidad de las personas mayores y las personas con discapacidad, a fin de construir una sociedad más fuerte y más inclusiva, accesible y sostenible para todos.

15. Las nuevas pruebas revelan los efectos desproporcionados de la pandemia en las personas mayores: las tasas de letalidad entre las personas mayores de 80 años son cinco veces superiores al promedio mundial⁸. En lo que respecta a la letalidad, por ejemplo, en Europa, el 95 % de los casos se han registrado entre los mayores de 60 años⁹ y, en los Estados Unidos de América, el 80 % de los casos se han registrado entre los mayores de 65 años¹⁰; las tasas de mortalidad entre los mayores de 60 años en la región de Asia y el Pacífico han oscilado entre 20 y 40 veces la del resto de la población¹¹. Aunque todavía se desconocen las consecuencias de la enfermedad a largo plazo, es probable que aumente el riesgo de sufrir nuevas discapacidades debido a afecciones crónicas preexistentes o a la falta de atención sanitaria. Los períodos prolongados de aislamiento pueden afectar gravemente a la salud y el bienestar mental, en particular cuando van acompañados de una falta de acceso adecuado a la atención. De hecho, han surgido nuevas pruebas de los efectos del confinamiento en las personas con demencia durante la pandemia que apuntan a un empeoramiento de

⁴ *Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.17.IV.2), págs. 47 y 48.

⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge*, (Nueva York, 2012), pág. 61.

⁶ Naciones Unidas, “Las repercusiones de la COVID-19 en las personas de edad”, informe de políticas, mayo de 2020.

⁷ Naciones Unidas, “Una respuesta a la COVID-19 inclusiva de la discapacidad”, informe de políticas, mayo de 2020.

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), “COVID-19 strategy update”, 14 de abril de 2020.

⁹ Hans Henri P. Kluge, “Statement: older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread”, OMS, 2 de abril de 2020.

¹⁰ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, “Su salud: adultos mayores”. Véase <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>.

¹¹ Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, “The impact and policy responses for COVID-19 in Asia and the Pacific”, 26 de marzo de 2020.

la independencia funcional y de los síntomas cognitivos, además de más agitación, apatía y depresión y un deterioro de la salud¹².

16. Entre las personas mayores, las tasas de discapacidad son considerablemente más altas entre las mujeres que entre los hombres. En 59 países, en el período 2002-2004, las diferencias entre las tasas de discapacidad de las personas mayores de 65 años fueron 10 puntos porcentuales más altas para las mujeres que para los hombres¹³. Las barreras de género para el acceso a la atención de la salud, la participación política y la justicia para las mujeres de edad con discapacidad conducen al aislamiento y la exclusión. En el caso de las mujeres mayores con discapacidad, hay un mayor riesgo de que sean internadas o sufran violencia, abuso y abandono; muchos de estos incidentes no se denuncian¹⁴. En el centro de estas violaciones de los derechos humanos se encuentran la discriminación, el estigma y los estereotipos al respecto de las mujeres mayores con discapacidad¹⁵.

17. Estos problemas se han visto agravados por la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, durante la crisis se ha informado de que las mujeres, incluidas las mujeres mayores con discapacidad, en particular las que viven en instituciones y en centros de larga estancia, corren un mayor riesgo de sufrir abuso y violencia¹⁶. El aislamiento social resultante de las medidas de distanciamiento físico que afectan a las personas mayores con discapacidad en general tiene un mayor impacto entre las mujeres mayores con discapacidad a causa de las desigualdades que sufren en otros ámbitos. En la región árabe, por ejemplo, hay el doble de mujeres mayores analfabetas (68 %) que de hombres (36 %), lo que las coloca en una gran desventaja para acceder a la información sobre medidas preventivas o utilizar tecnologías para conectarse con sus seres queridos¹⁷.

18. Las principales causas de discapacidad en la vejez son la deficiencia visual, la pérdida de audición y la osteoartritis¹⁸. La demencia, cuya prevalencia aumenta con la edad, es la mayor causa de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en los países desarrollados y la segunda más importante a nivel mundial. Las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por la demencia, que figura en la lista de la OMS como la quinta causa de muerte de las mujeres en todo el mundo y es una de las principales causas de muerte y discapacidad en las personas mayores. En 2010, se estimaba que había 35,6 millones de personas con demencia y se prevé que esa cifra casi se duplique cada 20 años, hasta 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. En todo el mundo hay casi 7,7 millones de nuevos casos de demencia, lo que equivale a un nuevo caso cada cuatro segundos¹⁹.

¹² Aida Suárez-González, “Detrimental effects of confinement and isolation on the cognitive and psychological health of people living with dementia during COVID-19: emerging evidence”, Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, International Long-term Care Policy Network, 1 de julio de 2020.

¹³ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (Ginebra, 2011), pág. 35.

¹⁴ Western University, Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children, “Violence against women who are older”, en *Learning Network*, vol. 18 (London, Canadá, 2016).

¹⁵ Véase CEDAW/C/GC/27, párr. 13.

¹⁶ OMS, “Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic: key actions”, 17 de junio de 2020.

¹⁷ Véase E/ESCWA/2020/POLICY BRIEF.12.

¹⁸ UNFPA y HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*, pág. 61.

¹⁹ UNFPA y HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*, pág. 63. Véase también OMS y Alzheimer’s Disease International, *Demencia: una prioridad de salud pública* (Ginebra, 2013).

19. Las personas mayores con discapacidad se enfrentan a un conjunto específico de problemas en lo que respecta al disfrute de sus derechos; varios de ellos se exponen a continuación.

A. Formas múltiples e interseccionales de discriminación

20. Las personas mayores con discapacidad pueden enfrentarse a formas múltiples e interseccionales de discriminación, sobre la base de características como la edad, el sexo o la discapacidad. Esto debería tenerse en cuenta en los esfuerzos por asegurar el pleno disfrute de todos sus derechos. Por ejemplo, el bien documentado prejuicio contra las personas con discapacidad se ve agravado por la discriminación relacionada con la edad, también conocida como edadismo. El edadismo se basa en estereotipos negativos de las personas de más edad, como que están llegando al final de sus vidas, que son dependientes e improductivos, que reciben caridad en lugar de controlar sus propias vidas, o que son privilegiados y por lo tanto no se lo merecen²⁰. La crisis de COVID-19 ha puesto de manifiesto las actitudes discriminatorias edadistas imperantes, y se han registrado comentarios discriminatorios y discursos de odio contra las personas mayores en el discurso público²¹. Los Gobiernos deben dedicar esfuerzos a derribar los estereotipos negativos para eliminar el edadismo en el contexto de la pandemia y promover una imagen positiva que ponga de relieve las valiosas contribuciones que las personas mayores han hecho durante la pandemia, como el numeroso personal médico, de enfermería, científico e investigador jubilado que atendió a los llamamientos de los Gobiernos y regresó al mundo laboral.

21. Las leyes, políticas y prácticas nacionales rara vez ofrecen una protección adecuada contra las formas múltiples e interseccionales de discriminación. Por ejemplo, en algunos países, las personas con discapacidad pueden perder determinados derechos al llegar a cierta edad. Los programas de discapacidad y las subvenciones relacionadas con la discapacidad, por ejemplo, para comprar un vehículo adaptado, suelen tener como límite los 70 años de edad. Del mismo modo, es posible que quienes desarrollen una discapacidad por primera vez en una edad avanzada nunca tengan derecho a acceder a prestaciones o servicios de discapacidad, como la asistencia personal y una prestación por movilidad. Durante la vida de una persona, esa discriminación puede ser acumulativa. Por ejemplo, una persona con discapacidad que no pueda trabajar por motivos de discriminación puede correr un mayor riesgo de pobreza en una etapa posterior de su vida, y también puede carecer de acceso a ayuda para la subsistencia o a servicios financieros debido a la imposición de límites de edad. Esas formas múltiples e interseccionales de discriminación, que contravienen el artículo 5 de la Convención (Igualdad y no discriminación), dan lugar, a su vez, a nuevas violaciones de los derechos humanos, como la falta de servicios y apoyo que permitan el disfrute de su derecho a vivir de manera independiente y a ser incluidos en la comunidad (en virtud del artículo 19 de la Convención) y la denegación del derecho a la capacidad jurídica y a la participación, entre otros derechos. Es necesario prestar más atención a las personas mayores que desarrollan discapacidades más tarde en la vida y pueden enfrentarse a barreras singulares para el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de sus derechos humanos, por ejemplo, cuando no pueden acceder a los servicios y el apoyo para las personas con discapacidad o están sujetos a tutela.

²⁰ Thomas Nicolaj Iversen, Lars Larsen y Per Erik Solem, “A conceptual analysis of ageism”, en *Nordic Psychology*, vol. 61, núm. 3 (2009), págs. 4 a 22; Frédéric Mégret, “The human rights of older persons: a growing challenge”, en *Human Rights Law Review*, vol. 11, núm. 1 (marzo de 2011), págs. 37 a 66.

²¹ Naciones Unidas, “Las repercusiones de la COVID-19 en las personas de edad”.

B. Capacidad jurídica y vida independiente: mayor riesgo de violencia, abuso y abandono

22. Las personas mayores con discapacidad tienen más probabilidades de ser tuteladas e internadas, estar confinadas en el hogar y recibir un tratamiento involuntario que las personas sin discapacidad²². Esto viola su derecho a la autonomía personal, así como el principio de capacidad jurídica universal establecido en el artículo 12 de la Convención, que dispone la igualdad ante la ley de todas las personas con discapacidad, independientemente de su edad. Varios factores contribuyen a que se niegue a las personas mayores con discapacidad su autonomía y capacidad jurídica, entre ellos las suposiciones y prejuicios sobre la edad y la capacidad (como el hecho de que se les considere frágiles o seniles, o que posean poco o ningún poder de decisión), la pérdida de ingresos y el abandono de la familia. En la práctica, esta denegación de la autonomía y la capacidad jurídica puede afectar a casi todos los aspectos de la vida de una persona mayor con una discapacidad cuyos derechos se están infringiendo, por ejemplo, mediante el tratamiento médico y la atención social sin consentimiento informado, las decisiones sobre la transición a otros servicios de apoyo, el acceso al dinero y el gasto, la elección de dónde y con quién vivir, o el derecho a contraer matrimonio, hacer un testamento o heredar.

23. La difusión de la COVID-19 en los centros e instituciones asistenciales ha tenido un efecto devastador en muchas personas mayores con discapacidad. Los primeros indicios sugieren que, si bien la tasa de contagio en los centros de larga estancia, como las residencias de ancianos y los centros de rehabilitación, variaba ampliamente entre los países y dentro de ellos, en algunos estudios preliminares el número de muertes en este grupo oscilaba entre el 42 % y el 57 % del total atribuido a la COVID-19²³. Los indicios muestran que, una vez que la COVID-19 se propaga dentro de un centro, es difícil de controlar, ya que el cuidado personal requiere cercanía. En ese contexto, las personas mayores con discapacidad también corren un mayor riesgo de abandono, abuso y violencia. Su autonomía se ve aún más comprometida cuando se pone en peligro la continuidad de los servicios de asistencia personal, mediadores e intérpretes de lengua de señas. La pandemia ha provocado un examen crítico de algunos problemas de larga data en los sistemas de atención prolongada, como la falta de financiación, una fuerza de trabajo infravalorada y una deficiente coordinación de políticas entre los servicios de atención sanitaria y los servicios de atención prolongada²⁴. El fortalecimiento del apoyo y los servicios de base comunitaria puede ser un factor clave para promover un envejecimiento digno y respetuoso de las personas mayores con discapacidad.

24. Sin embargo, a las personas mayores con discapacidad a menudo se les niega el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, como se dispone en el artículo 19 de la Convención. Un aspecto central de este problema es la falta de servicios de apoyo de calidad en la comunidad y el hecho de que los cuidados de atención prolongada no suelen estar cubiertos por los planes de protección social²⁵; en algunos países se imponen límites de edad para la rehabilitación. Además, las personas mayores se enfrentan a actitudes sociales edadistas que hacen que su

²² Véase [A/74/186](#), párr. 29.

²³ Adelina Comas-Herrera, Joseba Zalakain y otros, “Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence”, Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, International Long-term Care Policy Network (12 de abril de 2020), pág. 5.

²⁴ OMS, “Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración”, informe de política, 24 de julio de 2020.

²⁵ Xenia Scheil-Adlung, “Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries”, Organización Internacional del Trabajo, *Extension of Social Security*, documento de trabajo núm. 50 (Ginebra, 2015).

internamiento se acepte más fácilmente, sea cual sea su elección personal. En consecuencia, en muchos países, las personas mayores con discapacidad siguen siendo internadas en centros de larga estancia, como residencias de ancianos y centros asistenciales, donde es más probable que estén aisladas de sus comunidades, tengan poco control sobre su vida cotidiana (en particular sobre qué comer y qué ropa vestir, y cuándo comer o irse a dormir), y pueden sufrir privación de libertad y violación de su intimidad. Del mismo modo, esta falta de servicios de apoyo en la comunidad también da lugar a una excesiva dependencia del apoyo informal, principalmente el que proporcionan las familias y las redes personales. Garantizar el acceso de las personas mayores con discapacidad a los servicios de apoyo como parte de la protección social es fundamental para asegurar el disfrute de su derecho al más alto nivel posible de salud, al tiempo que se garantiza la participación e inclusión en la sociedad, como se establece en los artículos 25 y 26 de la Convención.

25. Las personas mayores con discapacidad se enfrentan a graves riesgos de sufrir violencia y abusos y desatención. Conforme al artículo 16 de la Convención, los Estados partes deben adoptar todas las medidas que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad de todas las edades contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género. A pesar de ello, los estudios muestran que la discapacidad es un importante factor de riesgo de abuso entre las personas mayores²⁶. Estos tipos de violencia y abuso adoptan diversas formas, entre ellas la violencia física, psicológica, financiera, sexual y de género. En los entornos institucionales, las personas mayores con discapacidad corren el riesgo de sufrir violencia y abuso por parte de los cuidadores profesionales. En entornos como hospitales, residencias de ancianos y viviendas asistidas, se subestiman las violaciones de los derechos debido a las deficiencias en los mecanismos de notificación y detección²⁷. El abuso también se denuncia poco en los entornos comunitarios, especialmente cuando quien lo perpetra es familiar²⁸. Las personas con demencia pueden correr un mayor riesgo debido a sus mayores necesidades de apoyo y a las dificultades que tienen los demás para interpretar su comunicación. En un estudio se comprobó que las personas mayores con la enfermedad de Alzheimer u otras formas de demencia tenían 4,8 veces más probabilidades de ser objeto de abusos que personas mayores que no las sufrían²⁹. El tratamiento en los centros de larga estancia de las personas mayores que tienen demencia es particularmente preocupante. Se han documentado casos en algunas residencias en que las personas mayores reciben habitualmente medicamentos contra la demencia sin su consentimiento para así controlar su comportamiento, lo que les causa somnolencia, pérdida de peso y masa muscular e incontinencia, y un mayor riesgo de sufrir caídas o, incluso, de fallecer³⁰.

26. Análogamente, las mujeres con discapacidad corren un mayor riesgo debido a la intersección de formas de violencia, explotación y abuso basadas en el género y la discapacidad; lo cual hace que corran un riesgo desproporcionadamente mayor de verse sometidas a intervenciones médicas y psiquiátricas por la fuerza, así como de

²⁶ OMS, “Risk factors for elder abuse”, información sobre violencia. Se puede consultar en <http://apps.who.int/violence-info/studies/?area=elder-abuse&aspect=risk-factors&risk-factorlevel=Individual&risk-factor-sub-levels=Victim>.

²⁷ Elizabeth M. Bloemen y otros, “Trends in reporting of abuse and neglect to long-term care ombudsmen: data from the National Ombudsman Reporting System from 2006 to 2013”, *Geriatric Nursing*, vol. 36, núm. 4 (2015), págs. 281 a 283.

²⁸ Dinesh Selhi y otros (editores), *European Report on Preventing Elder Maltreatment*, OMS, Oficina Regional para Europa (Copenhague, 2011).

²⁹ Xin Qi Dong, “Elder abuse: systematic review and implications for practice”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, núm. 6 (junio de 2015), págs. 1214 a 1238.

³⁰ Véase, por ejemplo, Hannah Flamm, “Why are nursing homes drugging dementia patients without their consent?”, *Washington Post*, 10 de agosto de 2018.

sufrir violencia y abuso, con mayor frecuencia perpetrados por las personas más cercanas. Se estima que las mujeres con discapacidad tienen de 1,5 a 10 veces más probabilidades de ser objeto de abusos físicos o sexuales por parte de un familiar o cuidador que las mujeres sin discapacidad³¹. En el caso de la COVID-19, las medidas de respuesta y recuperación inclusivas de la discapacidad deberían dar una mayor prioridad a la protección de las mujeres con discapacidad, incluidas las mujeres mayores con discapacidad, prestando servicios inclusivos y accesibles de asistencia a las víctimas durante la pandemia y después de ella³².

C. Las tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida la ayuda técnica

27. El artículo 9 de la Convención exige a los Estados partes que adopten las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a los sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones. Los rápidos avances en la digitalización, la robótica, la automatización, la inteligencia artificial y otras tecnologías facilitan una mayor independencia. Asimismo, la disponibilidad, el conocimiento y la utilización de dispositivos y tecnologías de apoyo en lo que respecta a la habilitación y la rehabilitación, como se establece en el artículo 26 de la Convención, son igualmente importantes para empoderar a las personas mayores con discapacidad. Sin embargo, en la práctica, pueden tener dificultades para acceder a esas tecnologías. Por ejemplo, el acceso puede quedar bloqueado a causa del edadismo, la falta de disponibilidad, los altos costos, los criterios restrictivos de elegibilidad, la falta de integración en los sistemas de apoyo existentes, la falta de accesibilidad física dada por las características de diseño, la información inadecuada sobre los servicios y la falta de las aptitudes necesarias para beneficiarse de las soluciones tecnológicas. Además, determinados segmentos de la población con discapacidad se encuentran en una desventaja desproporcionada para acceder y utilizar la tecnología de la información y las comunicaciones y las ayudas técnicas, debido a factores como un menor nivel de instrucción, la pertenencia a una minoría racial o étnica, los menores ingresos familiares, la aparición tardía de la discapacidad y la discapacidad relacionada con el funcionamiento mental en contraposición con el físico o sensorial³³.

28. La brecha digital a la que se enfrentan las personas mayores con discapacidad, a menudo agravada por la dimensión de género, se ha exacerbado durante la pandemia de COVID-19. Esto es particularmente visible en los países de bajos ingresos y en desarrollo; incluso en los países de ingresos más altos, es posible que las soluciones de telemedicina no estén disponibles o no sean accesibles para las personas mayores con discapacidad. Si bien la mitad de la población mundial tiene acceso a Internet, el nivel de desconexión de las personas mayores sigue siendo desproporcionado, y no pueden utilizar servicios como las compras y la banca en línea y la telemedicina³⁴. Muchos no pueden acceder a los anuncios de salud pública en tiempo real, ya que los sitios web y otra información electrónica digital suelen ser inaccesibles o no se pueden utilizar fácilmente con las ayudas técnicas a su alcance.

³¹ Human Rights Watch, “Human Rights for Women and Children with Disabilities” (2012), pág. 5.

³² Naciones Unidas, “Las repercusiones de la COVID-19 en las personas de edad”.

³³ H. Stephen Kaye, Patricia Yeager y Myisha Reed, “Disparities in use of assistive technology among people with disabilities”, en *Assistive Technology*, vol. 20, núm. 4 (2008), págs. 194 a 203.

³⁴ UNFPA y HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*.

D. Los servicios de atención de la salud y el impacto de la enfermedad por coronavirus

29. El acceso a toda la gama de servicios de atención sanitaria de alta calidad sigue siendo un problema para las personas mayores con discapacidad debido a los numerosos obstáculos que dificultan su disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad y a las limitaciones relacionadas con los seguros médicos. También se enfrentan a barreras y estigmas jurídicos, institucionales y actitudinales en relación con las personas con discapacidad y las personas mayores en el sistema de atención sanitaria. Además, es más probable que se encuentren en circunstancias institucionales oficiales y oficiosas de distinto tipo en las que tienen un acceso limitado a la atención sanitaria general prestada sobre la base de una elección libre e informada.

30. Las deficiencias en el acceso a los servicios sanitarios se deben a las barreras físicas, financieras, actitudinales, informativas y comunicativas a las que se enfrentan las personas mayores con discapacidad. Entre las barreras físicas que suelen citarse como problemas figuran los edificios inaccesibles y la falta de acceso al equipo de diagnóstico y tratamiento médico. Además, en un entorno más amplio, los problemas de los medios de transporte inaccesibles o inasequibles, las carreteras mal pavimentadas y la falta de instalaciones sanitarias rurales crean obstáculos obvios para las personas con deficiencias sensoriales, motrices y cognitivas³⁵. Si no se dispone de comunicación en lengua de señas, surgen barreras de comunicación entre los pacientes con problemas auditivos y los médicos. También se ha demostrado que tienen un efecto negativo en la calidad de la atención sanitaria recibida, así como en el uso de los servicios preventivos³⁶. La mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no disponen de medios de comunicación aumentativos y alternativos u otras soluciones de accesibilidad digital e informativa necesarias para acceder a la atención general, especializada o de emergencia. En algunos países, más del 30 % de las personas con discapacidad indican que no tienen acceso a centros de salud³⁷.

31. De igual modo, las formas múltiples e interseccionales de discriminación, incluidas las basadas en la edad y el sexo, constituyen un obstáculo crucial. En el caso de la atención sanitaria, o bien los sistemas o los proveedores a título individual pueden racionar la atención, denegando a las personas mayores con discapacidad la igualdad de acceso. Se ha comprobado que las personas con discapacidad tienen cuatro veces más probabilidades de ser objeto de un trato deficiente al recibir servicios médicos (14 % frente a 4 %) y tres veces más probabilidades de que se les nieguen completamente (26 % frente a 3 %)³⁸.

32. En muchos países, los costos de la atención sanitaria suponen un gran desafío. El acceso a la atención sanitaria es un elemento del derecho a la salud, pero el 39 % de las personas mayores con discapacidad dicen que no pueden permitirse una

³⁵ Jean-François Trani y otros, “Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys”, *Lancet Global Health*, vol. 5 núm. 8 (agosto de 2017).

³⁶ Neuma Chaveiro, Celmo Celeno Porto y Maria Alves Barbosa, “The relation between deaf patients and the doctor”, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, núm. 1 (enero-febrero de 2009); Michael M. McKee y otros, “Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, núm. 1 (julio de 2011); Rachel E. Hommes y otros, “American sign language interpreters’ perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients”, *Journal of Community Health*, vol. 43, núm. 5 (octubre de 2018).

³⁷ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities 2018* (Nueva York, 2019).

³⁸ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*, pág. 64.

consulta médica³⁹. El costo de la atención sanitaria impide que las personas mayores con discapacidad tengan acceso a los servicios que necesitan. A ello se suma el hecho de que muchas personas con discapacidad tienen ingresos más bajos y menos bienes que las personas sin discapacidad y el hecho de que, a nivel mundial, los hogares que incluyen a personas con discapacidad tienden a tener gastos médicos más altos en comparación con otros.

33. El acceso a los cuidados paliativos presenta sus propios desafíos para las personas mayores con discapacidad. Las personas con discapacidad están insuficientemente representadas en los cuidados paliativos y de hospicio porque estos servicios al final de la vida no alcanzan para atender sus necesidades específicas. Además, a menudo no se respetan las elecciones de las personas con discapacidad en la toma de decisiones al final de la vida; en particular, se suele subestimar la capacidad de las personas con discapacidad intelectual para expresar sus deseos y preferencias. Hay más pruebas de que las personas mayores de 85 años tienen menos probabilidades de acceder a los cuidados paliativos que las personas más jóvenes y que las personas mayores que viven con demencia corren un riesgo especial de no tener acceso a los cuidados paliativos⁴⁰.

34. Las personas mayores con discapacidad corren mayor riesgo de contraer la COVID-19. Las medidas higiénicas preventivas, incluida la higiene personal y la limpieza frecuente de las superficies, pueden ser un reto para las personas mayores con discapacidad debido a los impedimentos físicos, la interrupción de los servicios o las barreras ambientales. Algunas dependen de superficies táctiles, como quienes utilizan sillas de ruedas o la lectura en braille, y por lo tanto son más susceptibles de tocar superficies que no se hayan desinfectado, mientras que otras dependen de cuidadores, lo que hace imposible el autoaislamiento. Además, algunas personas mayores con discapacidad intelectual o enfermedades psicosociales o mentales no pueden permanecer confinadas en sus hogares durante mucho tiempo.

35. Las personas mayores con discapacidad también se enfrentan a la discriminación por motivos de edad debido a la gran presión que se ejerce sobre el sistema de atención sanitaria y a los limitados recursos disponibles. En algunos países, los protocolos y directrices de triaje se han diseñado utilizando características discriminatorias o no médicas, como la edad cronológica o supuestos discriminatorios sobre la calidad o el valor de la vida basados en la discapacidad o la fragilidad⁴¹. Sin embargo, es prometedor que estén surgiendo buenas prácticas para los profesionales sanitarios en diversas áreas, como el tratamiento de personas con demencia, que se pueden ampliar y adaptar a otros entornos⁴². En medio de una emergencia sanitaria suele pasarse por alto y dejarse de lado la necesidad de sensibilizar a los profesionales sanitarios en diversos entornos, incluidos los servicios de emergencia, para proteger los derechos de las personas mayores con discapacidad.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ OMS, *Better Palliative Care for Older People* (Copenhague, 2004).

⁴¹ Samuel R. Bagenstos (2020), “May hospitals withhold ventilators from COVID-19 patients with pre-existing disabilities? Notes on the law and ethics of disability-based medical rationing”, *Public Law and Legal Theory Research Paper Series*, documento núm. 670 (Universidad de Michigan, marzo de 2020).

⁴² Hannah Kuper y otros, “Disability-inclusive COVID-19 response: what it is, why it is important and what we can learn from the United Kingdom’s response”, en *Wellcome Open Research*, vol. 5, núm. 79 (2020).

E. Participación en la vida política y pública

36. Las personas mayores con discapacidad suelen quedar excluidas de la vida política, pública y comunitaria, aunque su derecho a participar se haya establecido en el artículo 29 de la Convención. Las personas mayores con discapacidad pueden encontrarse con obstáculos para asistir a acontecimientos políticos como mítines o actividades de educación electoral, o para llegar a una mesa de votación el día de las elecciones, emitir su voto de forma independiente o ser seleccionados para trabajar en las mesas de votación. Como resultado, es menos probable que voten al mismo tiempo que otras personas coetáneas. A causa de la discriminación y los estereotipos, es posible que se disuada a las personas mayores con discapacidad de presentarse como candidatos a cargos electivos o que se les denieguen ajustes razonables para desempeñar sus funciones en ellos, lo que podría dar lugar a que se les pidiera que los abandonaran. Las personas mayores con discapacidad que padecen demencia corren el riesgo de que se les retire el derecho de voto, en contra de lo dispuesto en los artículos 12 y 29 de la Convención. Además, muchos países elaboran y aplican políticas y leyes en materia de discapacidad que afectan a las personas mayores con diversas capacidades sin consultar sistemáticamente a las organizaciones que las representan.

F. Vivir en la pobreza en ausencia de medidas de protección social adecuadas

37. Las personas mayores que viven con discapacidad corren un mayor riesgo de vivir en la pobreza que sus coetáneos sin discapacidad⁴³. Se ha demostrado que las personas con discapacidad se enfrentan a tasas de pobreza más elevadas que las personas sin discapacidad. Las mujeres mayores con discapacidad corren un riesgo especial de vivir en la pobreza debido a los roles de género que, a su vez, hacen que corran un mayor riesgo de ser pobres y dependientes económicamente. A lo largo de su vida, las mujeres de todo el mundo reciben una remuneración inferior a la de los hombres y es más probable que tengan un empleo a tiempo parcial para poder realizar también trabajos de cuidado no remunerados. En consecuencia, las mujeres mayores, en las que se ve una mayor proporción de discapacidad que los hombres mayores, suelen acumular menos riqueza a una edad más avanzada que los hombres. Además, necesitan repartir la riqueza que hayan acumulado durante un período más largo, ya que, en promedio, su esperanza de vida es mayor que la de los hombres. En el caso de los sistemas de protección social contributivos, es más probable que las mujeres mayores con discapacidad reciban menos debido a los factores antes mencionados⁴⁴ y se enfrentan a mayores barreras para heredar la vivienda, la tierra y la propiedad como resultado de las leyes y prácticas discriminatorias.

38. Esta inequidad frente a la pobreza se debe a una confluencia de factores. Las personas mayores con discapacidad tienen menos probabilidades de que las contraten que sus coetáneos sin discapacidad. En el caso de las personas mayores de 60 años con una discapacidad, la probabilidad de estar empleados es menos de la mitad que las personas sin discapacidad (10,4 % y 26,8 %, respectivamente)⁴⁵. Además, las personas mayores con discapacidad incurren en una serie de gastos de bolsillo a causa de su discapacidad, entre otras cosas, en concepto de atención sanitaria, transporte,

⁴³ Naciones Unidas, *Disability and development report*.

⁴⁴ Women Enabled International, “Submission to the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on older women with disabilities” (Washington D. C., 15 de abril de 2019), pág. 5.

⁴⁵ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (2011), pág. 238.

asistencia personal, productos de ayuda y adaptaciones en sus hogares⁴⁶. Los datos de siete países muestran que tener una discapacidad moderada aumenta el costo de la vida de una persona en aproximadamente un tercio del ingreso medio, y que tener una discapacidad grave aumenta el costo de la vida en más del 40 % del ingreso medio⁴⁷.

39. La recesión económica debida a la COVID-19 está afectando de manera desproporcionada a las mujeres mayores con discapacidad, que a menudo tienen oportunidades laborales limitadas y pensiones y protección social insuficientes para cubrir los costos adicionales asociados a sus discapacidades. Durante la crisis de la COVID-19, solo pueden paliar esa desigualdad los países que tienen sistemas de protección social más amplios e inclusivos, incluidos los que cuentan con un registro completo de la discapacidad, y los países que han podido prestar el apoyo urgente necesario⁴⁸. Es necesario adoptar medidas de protección social específicas que tengan en cuenta el género, la edad y la discapacidad para que las personas mayores con discapacidad puedan seguir recibiendo atención durante el estado de emergencia. Por ejemplo, se puede proporcionar una retribución directa a las mujeres mayores con discapacidad que trabajan en la economía no estructurada o a las mujeres mayores que cuidan a familiares con discapacidad haciendo transferencias en efectivo y dándoles acceso prioritario a alimentos, vivienda y otros tipos de apoyo⁴⁹.

40. Aunque el derecho a la protección social de las personas con discapacidad sin discriminación se reconoce en el artículo 28 de la Convención, las personas mayores con discapacidad a menudo no reciben servicios o prestaciones por discapacidad, partiendo de la base de que las pensiones de jubilación constituyen una forma adecuada de sustitución de los ingresos. Sin embargo, a lo largo de sus vidas, debido a sus mayores índices de desempleo e inactividad, muchas personas con discapacidad no pueden contribuir a los planes de pensiones el tiempo suficiente para tener derecho a recibir una pensión. En términos más generales, existen importantes disparidades regionales en la cobertura de las pensiones: en algunas regiones del mundo más del 95 % de las personas que superan la edad de jubilación reciben una pensión, mientras que en otras esa cifra es del 23 %⁵⁰. Muchos países han establecido planes de pensiones no contributivos para asegurar que las personas mayores tengan un ingreso básico, pero suelen ofrecer prestaciones financieras más bajas que los planes contributivos y tal vez no cubran el costo de vida de las personas mayores con discapacidad. Esto se ve agravado por el hecho de que, por lo general, los sistemas de protección social no cubren la atención prolongada adecuada.

G. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

41. Todas las personas con discapacidad, incluidas las personas mayores con discapacidad, tienen derecho a la promoción y protección de sus derechos en situaciones de riesgo, incluidas las situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales, como se establece en el artículo 11 de la

⁴⁶ Sophie Mitra y otros, “Extra costs of living with a disability: a review and agenda for research”, en *Disability and Health Journal*, vol. 10, núm. 4 (2017).

⁴⁷ Naciones Unidas, *Disability and development report*.

⁴⁸ Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad y Center for Inclusive Policy, “Initial overview of social protection measures for persons with disabilities in response to COVID 19 crisis”, primera versión sin editar (mayo de 2020).

⁴⁹ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Leaving no one behind: the COVID-19 crisis through the disability and gender lens”, nota de políticas núm. 69, mayo de 2020.

⁵⁰ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.17.IV.2), pág. 47.

Convención. Sin embargo, las investigaciones sugieren que las personas mayores con discapacidad se encuentran en peores condiciones que las que no tienen discapacidad y se enfrentan a una serie de obstáculos que les hacen más difícil escapar del peligro y ejercer su derecho a la asistencia humanitaria. Las estimaciones indican que hasta 14 millones de personas mayores con discapacidad se ven afectadas por los desastres humanitarios⁵¹. No obstante, se sabe poco sobre sus experiencias, y sus derechos y necesidades generalmente no se tienen en cuenta en las respuestas humanitarias. Las personas mayores con discapacidad se encuentran en peor situación que quienes no tiene discapacidad debido a las barreras físicas e institucionales que les dificultan el ejercicio de su derecho a la asistencia humanitaria y a la participación. Entre las barreras físicas que suelen encontrar están los problemas de accesibilidad en las instalaciones sanitarias y otros edificios y en los medios de transporte y las largas distancias que deben recorrer hasta los puntos de distribución. Las personas mayores con discapacidad que viven en campamentos de refugiados, asentamientos informales y prisiones se enfrentan a obstáculos adicionales para acceder a los servicios de atención sanitaria, a los servicios de agua y saneamiento y al apoyo humanitario, lo que reduce su espacio personal y, por consiguiente, aumenta su riesgo de contraer COVID-19.

H. Datos desglosados por sexo, edad y discapacidad

42. Por último, está la exclusión de las personas mayores con discapacidad de las políticas sociales nacionales e internacionales, que se debe a la falta de suficientes datos sobre discapacidad desglosados por edad. Un problema fundamental es que muchas personas mayores tal vez no se identifiquen como personas con discapacidad, a pesar de que experimentan importantes dificultades para desenvolverse e involucrarse. Del mismo modo, en las encuestas e investigaciones sobre la discapacidad, suelen utilizarse los indicadores relacionados con las personas en edad de trabajar, de modo que se dejan de lado las cuestiones que surgen más tarde en la vida. Asimismo, muchas encuestas nacionales no abarcan a las personas mayores con discapacidad que viven en instituciones. Además, las encuestas pueden establecer límites de edad que excluyen por completo a las personas mayores⁵². La encuesta modelo sobre discapacidad elaborada por la OMS y el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad es una encuesta domiciliaria general que los países pueden utilizar para determinar cuáles son las intervenciones necesarias para mejorar la vida de las personas con discapacidad. La encuesta se desglosa por diversas características sociodemográficas distintas de la discapacidad, como la edad. Se necesitan mejores datos desglosados por edad que reflejen la interseccionalidad, y que vayan acompañados de más investigación y de nuevos tipos de colaboración e innovación.

43. La crisis de COVID-19 ha puesto de manifiesto la falta de datos sistemáticos desglosados por sexo, edad y discapacidad. Cuando se dispone de ellos, los datos sobre las personas mayores se han reunido como si se tratara de un grupo homogéneo mayor de 60 años, lo que encubre los diferentes riesgos a los que se enfrentan los distintos subgrupos⁵³. Los datos desglosados son fundamentales para comprender los efectos diferenciados de la COVID-19 en las personas mayores con discapacidad y responder con políticas y prácticas de base empírica, por ejemplo, a la hora de asignar los recursos de recuperación. La recopilación de datos fiables, oportunos y comparables de manera sistemática y periódica en los planos nacional, regional y

⁵¹ Phillip Sheppard y Sarah Polack, *Missing Millions: How Older People with Disabilities are Excluded from Humanitarian Response* (Londres, HelpAge International, 2018).

⁵² Véase [A/HRC/45/14](#).

⁵³ Naciones Unidas, “Las repercusiones de la COVID-19 en las personas de edad”.

mundial permitirá hacer frente a las desigualdades a las que se enfrentan las personas mayores con discapacidad. En el caso de la COVID-19, un aspecto inherente de la respuesta y la recuperación inclusivas de la discapacidad y que tengan en cuenta la edad es la celebración de consultas con las personas mayores con discapacidad y las organizaciones que las representan y su participación activa en todas las etapas. Solo entonces una crisis puede convertirse en oportunidades: para “avanzar para mejorar” y lograr una sociedad más accesible, sostenible y resistente, incluso para las personas mayores con discapacidades.

IV. El camino a seguir: superar los desafíos y aprovechar las oportunidades

44. A fin de fomentar los derechos de las personas mayores con discapacidad, se pueden considerar los siguientes puntos para la adopción de medidas:

a) Fortalecer la legislación y las políticas nacionales de conformidad con la Convención y aplicar un enfoque basado en los derechos humanos. Ello supone la participación de todos los interesados pertinentes —incluidas las organizaciones de personas con discapacidad y las organizaciones de personas mayores— a la hora de elaborar y llevar a la práctica las leyes y políticas pertinentes; derogar la legislación en virtud de la cual se puede negar la capacidad jurídica a las personas mayores con discapacidad, privarlas de su libertad, internarlas en instituciones o someterlas a un tratamiento involuntario por motivos de su discapacidad o edad; incorporar los derechos de las personas mayores con discapacidad en todas las políticas y programas;

b) Prohibir toda discriminación y combatir y eliminar los prejuicios y el estigma por motivos de discapacidad y edad. Esto incluye, por ejemplo, la protección del derecho a la igualdad de reconocimiento como persona ante la ley y el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. También incluye la derogación de las disposiciones que discriminan a las personas mayores con discapacidad que necesitan acceso a los servicios y prestaciones pertinentes y la modificación de los protocolos de triaje elaborados para las crisis sanitarias;

c) Garantizar el acceso a una amplia gama de servicios y mecanismos de apoyo de base comunitaria accesibles y asequibles. Entre ellos figuran la asistencia personal, la rehabilitación de ámbito comunitario, los servicios de vivienda asistida, las ayudas para la movilidad, los dispositivos y la tecnología de apoyo, los cuidados paliativos y los servicios comunitarios, y la garantía de la continuidad de esos servicios en todo momento, incluso durante una pandemia;

d) Asegurar que las diferentes partes de los sistemas sanitarios y sociales estén armonizadas para satisfacer las necesidades de las personas mayores con discapacidad. Las personas mayores con discapacidad requieren un acceso no discriminatorio a servicios esenciales de atención médica de alta calidad que incluyan la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, así como atención curativa, rehabilitadora, paliativa, prolongada y del final de la vida para quienes lo necesiten;

e) Garantizar la accesibilidad respecto del entorno físico, el transporte, las tecnologías de la información y las comunicaciones y otras instalaciones y servicios a fin de construir sociedades inclusivas en las que las personas mayores con discapacidad puedan vivir de manera independiente y participar plenamente en la sociedad;

f) Garantizar el acceso efectivo a la justicia y adoptar todas las medidas adecuadas para combatir todas las formas de violencia y abuso contra las personas mayores con discapacidad. Facilitar el acceso a los procedimientos judiciales supone eliminar barreras, como la denegación de la capacidad jurídica y las barreras a la accesibilidad. La eliminación de todas las formas de explotación, violencia y abuso entraña la adopción de medidas para prevenir e investigar todos esos actos, entre otras cosas mediante la vigilancia periódica de los centros residenciales, la facilitación de mecanismos de denuncia y la investigación de las denuncias;

g) Establecer medidas y programas para promover percepciones positivas de las personas mayores con discapacidad y concienciar a la sociedad sobre sus derechos. Ello supone eliminar todo estereotipo negativo de las personas mayores, incluidos los mensajes que presentan a las personas mayores con discapacidad como víctimas, concienciarlas sobre sus derechos y sensibilizar sobre ellos a los familiares, los cuidadores y el personal profesional que trabaja con ellas. Por ejemplo, la OMS lanzó recientemente una aplicación digital interactiva conocida como “Integrated care for older people” (ICOPE), destinada a acelerar la capacitación de los trabajadores sociales y de atención de la salud en planes de atención centrados en la persona. La aplicación ofrece una orientación práctica paso a paso para tratar condiciones prioritarias como las limitaciones de movilidad, la malnutrición, la pérdida de visión y audición, el deterioro cognitivo, los síntomas depresivos y la atención y el apoyo sociales. Por último, la propuesta de acción entraña divulgar la Convención entre los defensores de las personas mayores con miras a aumentar la autogestión de los defensores de las personas mayores y su participación en la supervisión de la aplicación de la Convención;

h) Promover la participación de las personas mayores con discapacidad y las organizaciones que las representan en todos los procesos de adopción de decisiones relacionados con el ejercicio de sus derechos, por ejemplo, en el caso de la COVID-19, mediante la promoción y aplicación de medidas de respuesta y recuperación inclusivas de la discapacidad y que tengan en cuenta la edad, promoviendo el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias y poniendo en contacto a las personas con discapacidad en todo el espectro de edades;

i) Velar por que las personas mayores con discapacidad tengan acceso a sistemas de protección social adecuados y sostenibles, que pueden incluir pensiones sociales (no contributivas) universales para las personas mayores, y ampliar la protección social general y específica para prestar apoyo y socorro a las personas mayores con discapacidad y sus familias en tiempos de crisis y en situaciones de emergencia;

j) Velar por que se incluya la rehabilitación en los sistemas sanitarios. Ello entraña fortalecer y ampliar el acceso a los servicios de rehabilitación para todas las personas con discapacidad, de conformidad con las recomendaciones de la OMS relativas a la rehabilitación en los sistemas sanitarios; estudiar el lugar que ocupan los servicios de rehabilitación en el continuo de la atención en todas las etapas de la vida y para una serie de afecciones; ampliar y descentralizar la prestación de servicios, en particular en las zonas remotas y rurales; y estudiar un enfoque doble que permita ofrecer servicios de rehabilitación esenciales a través de los servicios de atención primaria, así como mediante programas de rehabilitación de ámbito comunitario que cuenten con el apoyo adecuado;

k) Mejorar la recopilación de datos comparables desglosados por discapacidad y edad para detectar y superar los obstáculos a los que se enfrentan las personas mayores con discapacidad en el ejercicio de sus derechos e incluir a las personas mayores con discapacidad y a las organizaciones que las representan en todas las etapas de la recopilación, el análisis y la utilización de los datos.

V. Cuestiones que deben tenerse en cuenta

45. A continuación, se formulan varias preguntas para que se debatan en la mesa redonda:

a) ¿Qué medidas jurídicas, normativas y prácticas pueden adoptarse para eliminar las múltiples formas interseccionales de discriminación contra las personas mayores con discapacidad? ¿Qué medidas pueden introducirse o reforzarse para corregir los mensajes que estigmatizan a las personas mayores con discapacidad?

b) ¿De qué forma pueden los Gobiernos hacer realidad el derecho de las personas mayores con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás? ¿Qué métodos innovadores pueden adoptar los Gobiernos, la sociedad civil y otros interesados para rediseñar el futuro de los sistemas de atención prolongada para las personas mayores con discapacidad?

c) ¿Cómo pueden los Gobiernos, la sociedad civil y otros interesados asegurar que las personas mayores con discapacidad participen plenamente en la vida pública y se vean involucradas, consultadas, representadas y escuchadas con miras a configurar la adopción de decisiones a todos los niveles?

d) ¿Qué pueden hacer los Gobiernos, la sociedad civil y otros interesados para asegurar que las personas mayores con discapacidad tengan acceso a dispositivos tecnológicos de apoyo y velar por su desarrollo, de modo que puedan llevar una vida independiente, autónoma y digna y participar plenamente en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás?

e) En la mitigación, la respuesta y la recuperación en el caso de la pandemia de COVID-19, ¿cuáles son algunas de las nuevas mejores prácticas de medidas de protección social específicas e integradas que se han aplicado o se están aplicando para proteger a las personas mayores con discapacidad? ¿Qué medidas pueden adoptar los Gobiernos para garantizar que no se repitan las elevadas tasas de mortalidad de personas mayores con discapacidad que se registraron durante la pandemia?

f) ¿Qué medidas jurídicas, normativas y prácticas son necesarias para hacer frente a los problemas que enfrentan las personas mayores con discapacidad en las situaciones humanitarias? ¿Cómo puede reforzarse la rendición de cuentas de todos los interlocutores que participan en la respuesta a las crisis humanitarias y las pandemias para garantizar los derechos de las personas mayores con discapacidad, en particular en las medidas de respuesta y recuperación relacionadas con la COVID-19?

g) ¿Cómo pueden los Gobiernos cumplir su obligación de garantizar el acceso de las personas mayores con discapacidad al entorno físico, el transporte y la tecnología de la información y las comunicaciones?

h) ¿Qué tipo de enfoques pedagógicos es necesario desarrollar para preparar mejor a los seres humanos y a la sociedad en su conjunto para el envejecimiento y para la adaptación de su entorno a fin de que puedan vivir de forma independiente?