



Asamblea General

Distr. general
4 de julio de 2011
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

18º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover

Resumen

En el presente informe, presentado de conformidad con la resolución 15/22 del Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, examina el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores.

Destacando el considerable ritmo de envejecimiento del mundo, en el estudio se recomienda un cambio de paradigma según el cual la sociedad debe dejar de aspirar exclusivamente a que sus ciudadanos envejezcan de manera saludable y comenzar a promover un envejecimiento activo y digno, que esté planificado al igual que cualquier otra etapa de la vida del individuo y reciba el mismo apoyo. El envejecimiento activo y digno de las personas mayores exige reformular el concepto de "envejecimiento" que tiene la sociedad para poner más énfasis en la participación continua de las personas mayores en los ámbitos social, económico, cultural y cívico, así como en sus aportaciones continuas a la sociedad.

En el informe se subraya que el enfoque basado en el derecho a la salud es indispensable para diseñar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas relacionadas con la salud y los programas para mitigar las consecuencias del envejecimiento de la sociedad y asegurar el ejercicio de este derecho humano por parte de las personas mayores. En consecuencia, deben ponerse a disposición de las personas mayores unas instalaciones, unos productos y unos servicios de salud que sean accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad.

En el informe también se señala que el alentar a las personas mayores a permanecer activas física, política, social y económicamente durante todo el tiempo posible beneficiará no solo a ellas individualmente, sino también a la sociedad en su conjunto. Asimismo, considera que la promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores debe ser una cuestión que concierna a todos, porque el envejecimiento es un proceso que experimentarán todas las personas.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–4	4
II. Envejecimiento: cambio de paradigma	5–18	4
III. El derecho a la salud de las personas mayores	19–33	8
IV. Cuestiones e inquietudes específicas	34–69	12
A. La atención primaria de la salud y las enfermedades crónicas	35–43	12
B. Cuidados a largo plazo	44–53	14
C. Cuidados paliativos	54–60	16
D. Consentimiento informado	61–69	18
V. Conclusiones y recomendaciones	70–71	21

I. Introducción

1. En su 15º período de sesiones, el Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 15/22, solicitó al Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, que, con la asistencia de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), en consulta con los Estados, los órganos competentes de las Naciones Unidas, las instituciones nacionales de derechos humanos y otros interesados pertinentes, elaborara un estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores que incluyera los principales problemas existentes y las mejores prácticas.

2. En febrero de 2011, el Relator Especial invitó a los Estados y organismos pertinentes de las Naciones Unidas, instituciones nacionales de derechos humanos y otros interesados pertinentes a que le presentaran información y observaciones sobre los principales problemas existentes y las mejores prácticas en lo que respecta al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores¹. El Relator Especial expresa su reconocimiento por el alto nivel de participación de los Estados y otros interesados en lo que suele considerarse como un ámbito complejo y marginal de los derechos humanos.

3. El 7 de abril de 2011, el Relator Especial organizó una reunión de expertos sobre el derecho a la salud de las personas mayores en Ginebra. Durante la reunión, un grupo de prominentes expertos sobre el envejecimiento, la salud de las personas mayores y los derechos humanos relacionados con la salud centraron los debates en los problemas que planteaba el proceso de envejecimiento y estudiaron medidas para abordarlos desde una perspectiva de derechos humanos. Las principales cuestiones que se examinaron durante las consultas fueron las relacionadas con la atención primaria de la salud y las enfermedades crónicas, la capacidad jurídica y el consentimiento informado, los cuidados paliativos y la asistencia domiciliar y residencial.

4. El 8 de abril de 2011, el Relator Especial celebró una consulta pública sobre el derecho a la salud de las personas mayores en Ginebra, que fue organizada por el ACNUDH y a la que asistieron representantes de cerca de 30 Estados y organizaciones internacionales. Durante la consulta pública, el Relator Especial expuso las observaciones iniciales y las observaciones principales que había formulado en la reunión de expertos y mantuvo un diálogo abierto con los Estados y otros interesados pertinentes, acerca del ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores.

II. Envejecimiento: cambio de paradigma

5. La población mundial está envejeciendo a un ritmo constante y considerable. El número total de personas de 60 años o más pasó de 200 millones en 1950 a 760 millones en 2010 y se prevé que superará los 1.000 millones a finales de la década actual². Se prevé que, en 2050, 1 de cada 5 personas tendrá más de 60 años³. La población de edad avanzada

¹ A fin de aumentar la extensión de la medida, las invitaciones se distribuyeron tanto mediante notas verbales como mediante un anuncio público en la página web asignada al Relator Especial por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), que le permitía recibir comunicaciones electrónicas directas.

² *World Population Prospects: The 2008 Revision*, vol. II: Sex and Age Distribution of the World Population (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta 10.XIII.3).

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?* (OMS, Ginebra, 2000), pág. 4.

es la que está creciendo con más rapidez y ello se está convirtiendo en un fenómeno mundial.

6. A pesar de que el crecimiento de la población de edad avanzada está afectando a todo el mundo, la mayor parte del aumento se está produciendo en el mundo en desarrollo. Más de la mitad de las personas mayores (400 millones) viven en Asia, mientras que Europa es la región con el segundo mayor número de personas mayores (casi 161 millones), seguida por América del Norte (65 millones), América Latina y el Caribe (59 millones), África (55 millones) y Oceanía (5 millones)⁴. Se estima que, como promedio, 29 millones de personas mayores se sumarán a la población mundial cada año entre 2010 y 2025, y más del 80% de ellas se sumará en los países en desarrollo⁵. Además, se prevé que, en 2050, alrededor del 80% de las personas mayores vivirán en el mundo en desarrollo⁶.

7. El Relator Especial considera que esas cifras contundentes auguran una revolución demográfica silenciosa. Esta revolución debe mucho a los importantes logros alcanzados en muchas esferas, que han aumentado considerablemente la longevidad, pero que tendrán consecuencias trascendentales e imprevisibles en todos los países, tanto desarrollados como en desarrollo. El rápido envejecimiento de la población plantea problemas importantes a la comunidad mundial, en un mundo ya afectado por diversos problemas sociales, económicos, culturales y políticos. Las consecuencias inmediatas del alargamiento de la vida son el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, cuestiones que, si no se resuelven, podrían constituir una pesada carga para los sistemas de salud y los regímenes, de pensiones y de la seguridad social, aumentar la demanda de atención primaria de la salud y lastrar la disponibilidad y asequibilidad de cuidados a largo plazo.

8. Los países en desarrollo serán los más afectados por esa transición epidemiológica, que se producirá cuando aumenten las enfermedades no transmisibles entre las personas mayores. Sin embargo, la mayoría de la población seguirá padeciendo enfermedades transmisibles, sobre todo enfermedades infecciosas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza. La creación de servicios e instalaciones teniendo presentes las necesidades de las personas mayores y la promoción de la atención de la salud y la medicina preventiva entre esas personas fortalecerán las medidas que adopten los países en desarrollo para hacer frente a las complicaciones crónicas y terminales de las enfermedades no transmisibles. A fin de hacer frente al problema adecuadamente, es indispensable que los Estados se preparen para satisfacer las necesidades de las personas mayores, capacitar a los profesionales de la salud en la atención de esas personas y formular políticas sostenibles de atención a largo plazo.

9. Sin embargo, el problema más importante que plantea el envejecimiento mundial es el de garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores. Es imprescindible que se tomen medidas para erradicar la discriminación y la exclusión de esas personas y para garantizar el acceso a servicios adecuados a sus necesidades. En una declaración formulada con motivo del Día Internacional de las Personas de Edad, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Sra. Navi Pillay, señaló la urgente necesidad de mejorar la protección jurídica de las personas mayores, un segmento creciente de la sociedad que era, a menudo, el más vulnerable y marginado, y subrayó que "la comunidad de derechos humanos había tardado en darse cuenta de que ya

⁴ Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: análisis exhaustivo, Informe del Secretario General (A/ 65/157), 21 de julio de 2010, párr. 4.

⁵ Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: análisis exhaustivo, Informe del Secretario General (A/ 65/157), 21 de julio de 2010, párr. 5.

⁶ Diez datos y cifras sobre el envejecimiento y ciclo de vida, ..., se puede consultar en la página web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>.

no podían pasarse por alto los derechos de las personas mayores en el plan de actuación mundial ni en las medidas de promoción de ámbito nacional"⁷.

10. El Relator Especial considera que el enfoque basado en el derecho a la salud es indispensable para el diseño, la ejecución, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas relacionados con la salud para mitigar las consecuencias del envejecimiento de la sociedad y asegurar el ejercicio de ese derecho humano por parte de las personas mayores. En un enfoque como este de las cuestiones relacionadas con la salud se incluyen la dignidad humana y las necesidades y los derechos de ese grupo vulnerable y se insiste en que se garantice que los sistemas de salud sean accesibles y estén disponibles a precios asequibles a todos. La integración de los derechos humanos en los sistemas de salud también entraña garantizar los principios de la igualdad y la no discriminación y el empoderamiento de todos, incluidos los pobres, lo que permitirá a todos participar en los procesos de toma de decisiones y para lo que habrá que incorporar unos mecanismos de rendición de cuentas a los que puedan tener acceso.

11. El Relator Especial considera que la promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores no afecta solo a los intereses de esas personas, sino también a los de todos, porque todos envejecemos. El derecho a la salud no proporcionará una solución mágica para esos problemas pluridimensionales, pero permitirá modificar el discurso sobre las personas mayores, pasando de un enfoque basado en las necesidades a otro basado en los derechos, y mejorar la articulación de los derechos de esas personas. La salud es un derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de otros derechos. Es necesario para vivir dignamente. Ello es especialmente cierto en el caso de las personas mayores, a quienes suele considerarse como un segmento "caducado" de la sociedad y que son particularmente vulnerables a la violación de su derecho a la salud.

12. El Relator Especial reconoce que, a fin de que surta efecto verdadero, el enfoque basado en el derecho a la salud de las personas mayores debe ir acompañado de un cambio de paradigma con respecto a cómo la sociedad conceptúa el envejecimiento y esas personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el "envejecimiento" como el "proceso de cambio progresivo de la estructura biológica, psicológica y social de las personas"⁸. A lo largo de la vida, la capacidad funcional del cuerpo humano disminuye desde la adultez temprana hasta la vejez. Sin embargo, el aumento de la longevidad también significa que las personas mayores pueden permanecer activas durante más tiempo de su vida que nunca, tanto en términos de actividades profesionales como no profesionales. El alentar a las personas mayores a mantenerse activas física, social y económicamente durante el mayor tiempo posible tendrá beneficios no solo para ellas personalmente, sino también para la sociedad en su conjunto.

13. El Relator Especial considera que el punto de vista dominante, que considera el envejecimiento un problema biomédico, conduce a la desafortunada idea de que el envejecimiento es un fenómeno anormal o patológico, al equiparar edad avanzada con enfermedad. Esta idea no solo es incompatible con el enfoque holístico de la salud humana, sino que también contribuye a perpetuar la impresión de que las personas mayores son personas dependientes y enfermas. Por lo que atañe a la salud de las personas mayores, el Relator Especial opina que debe haber un cambio de paradigma, que sustituya la idea de que las personas mayores son una "carga social" por la idea del proceso de "envejecimiento activo" y que permita reorientar nuestras concepciones acerca del envejecimiento para

⁷ "Millions of older persons are denied their rights", declaración emitida por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos el 1º de octubre de 2010: <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=10402&LangID=E>.

⁸ OMS, *A life course perspective of maintaining independence in older age* (OMS, Ginebra, 1999), pág. 4.

centrarlas en las aportaciones continuas de las personas mayores a la sociedad. Según la OMS⁹, el envejecimiento activo pretende optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad de las personas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida. La palabra "activo" se refiere, pues, a la continua participación en actividades sociales, económicas, culturales y cívicas, y no solo a la capacidad de mantenerse activo físicamente o a formar parte de la población activa desde el punto de vista laboral.

14. El envejecimiento debe considerarse como la culminación de toda una vida de influencias y elecciones. El envejecimiento sano y activo se produce mediante la promoción de la salud y la prestación sistemática de servicios de atención primaria de la salud durante toda la vida. El ejercicio del derecho a la salud no depende de la edad y no cesa una vez que la persona cumpla una edad determinada. Las personas mayores deben ser consideradas como titulares de derechos, que suelen necesitar apoyo para hacerlos valer. Para ello, los Estados deben adoptar medidas especiales como parte de la elaboración y la aplicación de planes integrales de salud que deben incluir diversas estrategias para garantizar que las personas mayores tengan acceso a asistencia, productos y servicios de salud de buena calidad. Además, el derecho a la salud exige la accesibilidad económica para garantizar la asequibilidad; para ello, los Estados deben adoptar medidas para velar por que se preste la debida protección social a las personas mayores. El envejecimiento de la población mundial exige que se tomen medidas urgentes para garantizar que los gastos de los regímenes de pensiones y los regímenes análogos no resulten prohibitivamente onerosos para los Estados. La falta de atención a las personas mayores como titulares de derechos puede dar lugar a prejuicios y discriminación contra personas o grupos y puede tener consecuencias graves para su salud y bienestar.

15. Tratar las personas mayores como un grupo homogéneo es erróneo y hay que rectificarlo. Al elaborar un enfoque más amplio de ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, es importante tanto recopilar y analizar datos desglosados por sexo como trazar estrategias adecuadas para los diversos grupos.

16. Cuando procediera, deberían llevarse a cabo ensayos clínicos con la participación de personas mayores, a fin de determinar el efecto de los medicamentos en ese grupo de población, debido a la frecuencia con que las personas mayores pueden usarlos. Dado que los pacientes de mayor edad están representados de manera muy insuficiente en los estudios sobre diferentes enfermedades, debería diversificarse la captación de personas para ensayos clínicos incluyendo en ella una serie de consideraciones, como la edad, el género y la raza.

17. También deben reconocerse las diferencias que hay entre los sexos en relación con el proceso de envejecimiento, dado que la esperanza de vida al nacer de las mujeres, de 70 años en la actualidad, es considerablemente mayor que la de los hombres, que es de 66 años¹⁰. Dada la diferencia en materia de esperanza de vida, suelen ser los hombres, más que las mujeres, quienes recurren a los cuidados no profesionales de su cónyuge. Las mujeres que sobreviven a sus esposos no cuentan con ayuda del cónyuge, sino con los cuidados no profesionales de otros familiares o los cuidados profesionales del sistema de atención de la salud¹¹. Este problema se complica por el hecho de que las mujeres mayores suelen estar excluidas de la seguridad social y de los seguros de salud que están vinculados a un empleo oficial, remunerado. También se encuentran en mayor riesgo de pobreza que los hombres. En muchos países, las mujeres mayores tienen menos probabilidades que los hombres de poseer bienes valiosos en su propio nombre (A/HRC/14/31, párrs. 19 a 21). Esos factores limitan la capacidad de las mujeres de atender sus propias necesidades de salud en las

⁹ "Active ageing: a policy framework", OMS, abril de 2002, WHO/NMH/NPH/02.8.

¹⁰ OMS, *Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales* (OMS, Ginebra, 2010), pág. 56.

¹¹ OMS y The Institute for Alternative Futures, *A long-term care futures toolkit* (Ginebra, OMS, 2002), pág. 21.

últimas etapas de la vida. Por otra parte, también se ha observado que la falta de acceso a los servicios de salud para enfermedades debilitantes, como el cáncer y la hipertensión, o enfermedades que afectan desproporcionadamente a las mujeres, como la osteoporosis, impide a las mujeres mayores ejercer sus derechos humanos de manera plena (CEDAW/C/GC/27).

18. El Relator Especial considera que los Estados deberían destinar más recursos a la prestación de asistencia sanitaria geriátrica, a fin de garantizar que todos los trabajadores de la salud, con independencia de su especialidad o profesión, estén debidamente capacitados para tratar las cuestiones de salud relacionadas con el envejecimiento. También deberían recibir capacitación sobre el derecho a la salud, de manera que traten a los pacientes mayores de manera adecuada, respetuosa y no discriminatoria.

III. El derecho a la salud de las personas mayores

19. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental, consagrado jurídicamente a nivel internacional, regional y nacional. El ejercicio del derecho a la salud está reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, incluidos los que se han creado para proteger los derechos humanos de grupos particulares, tales como los niños, las mujeres, las personas con discapacidades y las que son objeto de discriminación por motivos de raza (E/CN.4/2003/58, párrs. 10 a 21). La formulación más importante del derecho a la salud figura en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que constituye la piedra angular de la protección del derecho a la salud en el derecho internacional.

20. Las normas y los principios de derechos humanos reconocidos internacionalmente, que figuran en los tratados internacionales de derechos humanos, cubren y protegen a las personas mayores. A pesar de esta protección tácita, se afirma cada vez con más frecuencia que existe una laguna en el sistema internacional de derechos humanos, pues actualmente no hay un instrumento de derechos humanos universal y específico sobre los derechos de las personas mayores. Tampoco hay disposiciones específicas centradas en las personas mayores, como las que hay para algunas otras categorías de personas vulnerables, por ejemplo las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y los trabajadores migrantes¹².

21. No obstante, los diferentes órganos de supervisión de los tratados de derechos humanos han interpretado y aplicado las normas existentes a las personas mayores como grupo, reconociendo su vulnerabilidad a la discriminación y la exclusión. En 1995, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) aprobó la Observación general N° 6, en la que ofreció una interpretación detallada de las obligaciones específicas de los Estados partes con respecto a cada uno de los derechos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la medida en que se aplicaban a las personas mayores¹³. En 2010, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer aprobó la Recomendación general N° 27 sobre las mujeres

¹² "Human Rights of Older Persons: International human rights principles and standards", ACNUDH, documento de antecedentes para la reunión de un grupo de expertos celebrada los días 25 y 26 de mayo de 2010, pág. 3, que se puede consultar en la siguiente dirección: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/OHCHRPaperHROlderPersons30062010.pdf>.

¹³ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 6, "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores" (E/1996/22, 8 de diciembre de 1995).

de edad y la protección de sus derechos humanos¹⁴. En la Observación general N° 14 del CDESC se detallan las cuestiones sustantivas que se derivan de la aplicación del derecho a la salud y se tratan cuestiones concretas relacionadas con las personas mayores, incluidas "la prevención, la curación y la rehabilitación... destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores... [y] la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad"¹⁵.

22. Además, hay instrumentos de las Naciones Unidas y documentos internacionales no vinculantes sobre el envejecimiento y las personas mayores, tales como el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, los objetivos mundiales de 1992 sobre el envejecimiento y la Proclamación sobre el Envejecimiento de 1992. Los más recientes son la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, aprobado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002, y aprobado por la Asamblea General en su resolución 57/167, de 18 de diciembre de 2002. En la Declaración Política se reafirma el compromiso mundial de promover y proteger los derechos humanos y eliminar la discriminación, el abandono, el abuso y la violencia contra las personas mayores (art. 5). En ella también se hace referencia al derecho a la salud (art. 14), la oportunidad de trabajar y el acceso permanente a la educación y los programas de formación (art. 12). La Declaración Política ha guiado el desarrollo de la legislación y las políticas a nivel nacional y proporcionado un marco para la cooperación internacional, lo que ha dado como resultado, entre otras cosas, el establecimiento del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre los derechos humanos de las personas mayores en 2010, de conformidad con la resolución 65/182.

23. En la Observación general N° 14 se describen las obligaciones jurídicas de los Estados. Las tres obligaciones primarias son respetar el derecho a la salud, protegerlo y garantizar su ejercicio. La obligación de respetar el derecho a la salud es la que tienen los Estados de abstenerse de interferir directa o indirectamente en ese derecho. En muchos casos, las personas mayores son objeto de políticas de Estado que pueden vulnerar su derecho a la salud. Ejemplos de ello son las restricciones a la autonomía de esas personas que se les imponen en virtud de unas definiciones de capacidad carentes de especificaciones individuales. La obligación de proteger es la que tienen los Estados de impedir que terceros, por ejemplo las empresas, interfieran directa o indirectamente en el derecho a la salud, por ejemplo, en los casos en que se cometan abusos sistemáticos contra esas personas en las instituciones privadas de atención a largo plazo. Por último, para cumplir la obligación de garantizar el ejercicio del derecho a la salud los Estados deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales o de otra índole para garantizar el disfrute pleno del derecho a la salud.

24. Según la Observación general N° 14, el derecho a la salud entraña libertades y derechos. Las libertades son el derecho de tomar decisiones independientes sobre la salud de uno, es decir la libertad con respecto a la interferencia del Estado. Para las personas mayores, las libertades afectan a cuestiones como el consentimiento informado, la autonomía y la tutela. Los derechos, que atañen a las obligaciones positivas del Estado, pueden, por ejemplo, incluir una prestación de servicios de atención primaria de la salud y de protección social en la que se reconozcan y tengan en cuenta elementos relacionados con

¹⁴ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 27, "Las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos" (CEDAW/C/GC/27, 16 de diciembre de 2010).

¹⁵ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud" (E/C.12/2000/4, párr. 25, 11 de agosto de 2000).

la edad. Los Estados deben reconocer que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida; su política y legislación deberían reflejar esa realidad. Las inversiones en servicios de salud deberían hacerse en las diversas etapas del curso de la vida, cuando los riesgos para el bienestar y las oportunidades son mayores¹⁶.

25. En virtud del derecho a la salud, se debería poner a disposición de las personas mayores instalaciones, productos y servicios de salud disponibles, accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad. La disponibilidad consiste en que haya servicios de salud pública e instalaciones, productos, servicios y programas de salud en cantidad suficiente. En muchos casos, las personas mayores se ven afectadas por una disponibilidad selectiva, debida al racionamiento de la atención médica, es decir, la distribución de los recursos de salud y la fijación de prioridades para estos, lo que suele dar como resultado que esas personas no tengan prioridad para recibir atención. La accesibilidad incluye componentes materiales, financieros e informativos. Las personas mayores pueden no tener acceso a la atención médica, debido a la ubicación de los servicios o a su movilidad física reducida. La pobreza también puede agravar la incapacidad de las personas mayores de acceder a la asistencia sanitaria, especialmente cuando no haya seguridad social. Por último, la accesibilidad informativa atañe al derecho a solicitar, recibir y difundir informaciones sobre cuestiones de salud. En el caso de las personas mayores, significa que la información relacionada con la salud debe adaptarse a sus necesidades y comunicárseles de forma adecuada y comprensible, para que puedan tomar decisiones plenamente informadas sobre su estado de salud y tratamiento.

26. Los Estados deben tomar medidas para garantizar que las personas mayores reciban una atención sanitaria adaptada a ellas, de calidad comparable a la que reciben otros grupos de edad. Ejemplos de mejora de la calidad de los productos, servicios e instalaciones para las personas mayores serían el incremento del número de geriatras y la mejora de la formación en geriatría en todas las especialidades para asegurarse de que se reconozcan y atiendan las necesidades de las personas mayores. También existe la necesidad de mejorar la comunicación entre todas las especialidades, incluidas las profesiones médicas periféricas, como las de odontología, farmacia, etc., para atender adecuadamente las necesidades de tratamiento de las personas mayores con múltiples enfermedades crónicas.

27. En la Observación general N° 14 se señala que el derecho a la salud debe entenderse en un sentido más amplio, que incluya los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua y al saneamiento, la alimentación y la nutrición, la educación y la vivienda. Un ejemplo de ello sería la nutrición inadecuada de las personas mayores, que comúnmente obedece a circunstancias en las cuales esas personas están aisladas, carentes de movilidad y viven en la pobreza. La educación es otra de las causas determinantes de la salud de las personas mayores. En un estudio reciente realizado en los Estados Unidos de América se ha comprobado que las personas mayores cuya alfabetización era precaria tenían un mayor riesgo de muerte, en comparación con aquellas cuya alfabetización era adecuada¹⁷.

28. En las normas internacionales de derechos humanos se prohíbe la discriminación y se garantiza la igualdad en diversos ámbitos y para diversos grupos, incluido el de las personas mayores. Además, en la Observación general N° 14 se define a esas personas como un grupo especialmente vulnerable a los abusos. Los órganos creados en virtud de tratados, incluyendo el CDESC, han calificado a las personas mayores de grupo vulnerable

¹⁶ *Women, ageing and health: a framework for action: Focus on gender*, Ginebra, OMS, 2007. Se puede consultar en la siguiente dirección: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>.

¹⁷ Sudore y otros, "Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging and body composition study", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, N° 8 (2006).

o marginado, un grupo que es potencialmente más susceptible a sufrir discriminación y violencia¹⁸. Según la Observación general N° 14, es importante garantizar la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores (E/C.12/2000/4, párr. 25). Ello implica promover la elección individual con respecto a los modelos de atención, en la medida de lo posible.

29. Las mujeres de edad suelen estar en mayor desventaja porque pueden sufrir discriminación por motivo tanto de género como de edad. Esas mujeres representan una proporción significativa de la población mundial y la mayoría de ellas viven en los países en desarrollo. Una serie de acontecimientos relacionados con el ciclo de la vida repercuten negativamente en la salud de las mujeres al llegar a una edad avanzada, entre ellos la discriminación contra las niñas en el suministro de alimentos y atención médica, los impedimentos que se oponen a su educación, los bajos ingresos y las mayores dificultades para acceder a un trabajo digno, las responsabilidades de prestar asistencia como madres y esposas, la violencia doméstica (durante la niñez, la adultez y la vejez), la viudedad y las tradiciones culturales y las actitudes hacia la atención de la salud¹⁹. Los ingresos más bajos, las interrupciones del trabajo debido a las responsabilidades familiares y la discriminación en el acceso a la población activa durante la vida laboral de las mujeres hacen que estas tengan, a menudo, menos ahorros para la jubilación y, por lo tanto, sean más vulnerables económicamente en la vejez.

30. El derecho a la salud requiere una participación activa e informada de las poblaciones en las decisiones de política que les afecten (E/CN.4/2006/48, párr. 25). La prestación de los servicios de salud solo puede garantizarse si la participación de las poblaciones afectadas está garantizada por los Estados (E/C.12/2000/4, párr. 54). Es de destacar que en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad se alienta la participación de esas personas en la formulación y la aplicación de las políticas que les afectan.

31. El Relator Especial señala la importancia de supervisar los progresos en el ejercicio gradual del derecho a la salud de las personas mayores mediante el uso de indicadores y criterios de referencia, como parte del contenido del derecho a la salud. En la Observación general N° 14 se considera que la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional por parte de los Estados y la consiguiente insuficiencia o asignación inadecuada de recursos constituyen ejemplos de incumplimiento de las obligaciones de los Estados (E/C.12/2000/4, párr. 52).

32. La rendición de cuentas es uno de los aspectos centrales del derecho a la salud. Requiere unos mecanismos de supervisión y rendición de cuentas efectivos, transparentes y accesibles. La rendición de cuentas requiere la incorporación de una supervisión permanente en todos los aspectos de la elaboración y la aplicación de políticas²⁰. En el ámbito del derecho a la salud, la rendición de cuentas es el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades la oportunidad de comprender en qué medida el gobierno ha cumplido sus obligaciones en materia de salud y que, a su vez, proporciona al gobierno la oportunidad de explicar lo que ha hecho y por qué (A/63/263, párrs. 8 a 18). Hay muchos tipos diferentes de mecanismos de rendición de cuentas, como instituciones nacionales de derechos humanos, comisionados de salud, consejos sanitarios locales elegidos

¹⁸ Véanse E/C.12/2000/4 y E/1996/22. Puede encontrarse una lista más exhaustiva de los casos en que la edad se ha reconocido como una vulnerabilidad en: ACNUDH, *Human Rights of Older Persons: International Human rights Principles and Standards: Background Paper Expert Group Meeting* (ACNUDH, Ginebra, 2010).

¹⁹ OMS, *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender* (Ginebra, OMS, 2007). Puede consultarse en: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>.

²⁰ Véanse Helen Potts, "Accountability and the right to the highest attainable standard of health", Universidad de Essex, 2008, pág. 13, y el informe del Relator Especial (E/CN.4/2003/58, párr. 59).

democráticamente, audiencias públicas, comités de pacientes, evaluaciones de efectos, procedimientos judiciales y otros (véase A/63/263, párr. 11). Y cuando se hayan cometido errores, la rendición de cuentas exige reparación.

33. Cualquier persona o grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud debe tener acceso a un recurso judicial efectivo u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reiteró la importancia de la reparación señalando que todas las víctimas de tales violaciones deberían tener derecho a una reparación adecuada, que podría adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de no reincidencia (véase E/CN.4/2003/58, párr. 59).

IV. Cuestiones e inquietudes específicas

34. Además de las cuestiones genéricas relacionadas con el respeto del derecho a la salud expuestas en la sección anterior, hay una serie de cuestiones específicas relativas a las personas mayores que requieren un examen más detallado. En esta sección se examinarán algunas de esas cuestiones: la atención primaria de la salud y las enfermedades crónicas, los cuidados a largo plazo, los cuidados paliativos y el consentimiento informado, incluida la tutela, en lo que respecta a las personas mayores.

A. La atención primaria de la salud y las enfermedades crónicas

35. La OMS definió la atención primaria de la salud en 1978 como "atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación"²¹. Las características que definen la atención primaria —la continuidad, la coordinación y la generalidad— se prestan bien al tratamiento de las enfermedades crónicas, aunque todavía queda mucho por hacer para garantizar que se preste una atención de calidad suficiente²². La OMS puso de relieve la importancia de incorporar medidas preventivas primarias y secundarias, de base empírica y eficaces en función de los costos, en el sistema de salud, sobre todo en la atención primaria de la salud²³, que es el ámbito más apropiado para incorporarlas.

36. La prevalencia de las enfermedades crónicas y la discapacidad aumenta con la edad. Alrededor de la mitad de las muertes debidas a enfermedades no transmisibles se producen entre las personas mayores de 70 años²⁴. Se estima que 35,6 millones de personas vivían con demencia en todo el mundo en 2010, cifra que aumentará a 65,7 millones en 2030 y a 115,4 millones en 2050²⁵. Dada la creciente proporción de población que es mayor de edad, es vital que esas dolencias se traten de manera equitativa y aprovechando los recursos. Los sistemas de salud de todo el mundo, en general, están concebidos para hacer

²¹ Declaración de Alma-Ata, 1978, parte VI.

²² Arlyss Anderson Rothman y Edward H. Wagner, "Chronic illness management: what is the role of primary care?", *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, N° 3 (febrero de 2003), pág. 256.

²³ OMS, *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Ginebra, OMS, 2008), pág. 16.

²⁴ OMS, *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Ginebra, OMS, 2008), pág. 9.

²⁵ Alzheimer's Disease International, "World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia", pág. 2.

frente a dolencias agudas. Han procurado remodelarse y adaptarse para prevenir o tratar el creciente número de enfermedades crónicas. Cabe destacar también la importancia de la utilización de directrices de base empírica y del establecimiento de unas normas mínimas de atención para las enfermedades crónicas comunes, así como de la incorporación de su tratamiento en la atención primaria de la salud.

37. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reiteró que la atención primaria, en esencia, forma parte de las obligaciones contraídas por los Estados en cuanto a garantizar el derecho a la salud (E/C.12/2000/4, párr. 43). En la Observación general N° 14 se pone especial énfasis en el cuidado de las personas mayores como grupo vulnerable, que requiere un "enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación" (*ibid.*, párr. 25). Asimismo, se especifica que dichas medidas deberían incluir revisiones periódicas y medidas encaminadas a mantener la funcionalidad física y psicológica. Por lo tanto, el derecho a la salud requiere de un conjunto de actividades, programas e intervenciones para abordar la atención primaria de la salud de las personas mayores como una obligación fundamental en virtud de ese derecho. La mejora de la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y calidad de la atención primaria es esencial, sobre todo, para lograr mejores resultados en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

38. Se han determinado varios obstáculos que estorban el acceso de las personas mayores a la atención primaria de la salud y disminuyen la calidad de los servicios de salud que se les prestan. La discriminación que sufren las personas mayores por su edad es un obstáculo importante para el acceso a la atención primaria y la prevención de las enfermedades crónicas. Existe la idea perniciosa y profundamente arraigada de que, una vez que una persona envejece, se convierte en incapaz de contribuir a la sociedad o en enferma crónica o débil. Esos prejuicios suelen llevar a la conclusión de que no se puede hacer mucho por ayudarlas.

39. Es esencial que la vulnerabilidad de las personas mayores se reconozca como tal y se haga frente a las ideas y actitudes basadas en prejuicios, a fin de que el diseño de los productos y servicios apunte a superar las barreras reales que impiden el acceso a la asistencia sanitaria, no las barreras imaginarias. Las actitudes discriminatorias de los profesionales médicos hacia las personas mayores también pueden dificultar la comunicación franca con sus pacientes, lo que puede repercutir directamente en la exactitud del diagnóstico y la calidad del tratamiento.

40. El acceso a los servicios de atención primaria también se ve estorbado por obstáculos tanto físicos como financieros. Puede que los servicios de salud estén demasiado alejados del lugar de residencia de las personas mayores y puede que el transporte resulte demasiado caro, sea inadecuado o sencillamente no exista. Este problema se complica, a causa de la movilidad reducida de las personas mayores. Pueden ser incapaces de conducir, carecer de acceso a los medios de transporte o padecer discapacidades físicas que reduzcan su movimiento. Las dificultades físicas que tienen esas personas para acceder a los servicios de salud se ven agravadas por su vulnerabilidad socioeconómica, sobre todo en la medida en que el acceso a la atención de la salud suele depender de que reciban una pensión o puedan pagar esa atención de su bolsillo. El vivir en la pobreza también puede ser una de las principales causas del empeoramiento de la salud de esas personas: cuando tienen acceso limitado al agua potable o a la nutrición adecuada, corren grave peligro de contraer enfermedades. Incluso cuando los servicios de salud son accesibles a esas personas, no siempre se adaptan a sus necesidades²⁶.

²⁶ OMS, "Towards age-friendly primary health care", 2004, pág. v.

41. La mejora de la calidad de la atención primaria que proporcionan los médicos a los pacientes de más edad sigue siendo un problema que se agrava en las zonas rurales, donde los médicos generalistas rurales tienen menos oportunidades de asociarse con geriatras para prestar atención médica en su zona de actividad. Debe alentarse el trasvase de información médica especializada a la atención primaria en todos los ámbitos, pero ello es particularmente importante en lo que respecta a las personas mayores, dada la facilidad y la eficacia en función de los costos con que pueden tratarse las enfermedades crónicas en los servicios de atención primaria.

42. También es importante que la atención primaria y la prevención de las enfermedades crónicas se fomenten y fortalezcan en el mundo en desarrollo. Es necesario un cambio de paradigma para diagnosticar las enfermedades tempranamente y mitigar sus efectos, en lugar de esperar hasta que aparezcan los problemas de salud. Hay que hacer más hincapié en la importancia de la labor de prevención, del trato regular con un médico generalista o con otro proveedor de servicios de atención primaria de la salud, y del diagnóstico y el tratamiento precoces. La prevención es sumamente importante, ya que permite tratar a la persona antes de que la enfermedad arraigue. Es preciso poner de relieve que el diagnóstico y la prevención precoces, mucho antes de que una persona envejezca y preferentemente en un centro de atención primaria de la salud, es uno de los elementos esenciales para garantizar una buena salud en la vejez.

43. Debido a las limitaciones de recursos, sobre todo en los países en desarrollo, no siempre es posible prestar una atención basada en las "mejores prácticas". Esto no debería disuadir a los Estados de adoptar medidas para lograr los mejores resultados posibles a favor de los pacientes de edad avanzada en cualquier situación. Por otra parte, se ha reconocido que la personalización de la atención, a veces, puede requerir el abstenerse de prestar servicios más intensivos y el aceptar unos resultados clínicos que no sean óptimos en materia de salud y funcionalidad²⁷. Aunque les parezca todavía anatema a algunos profesionales de la medicina, podría ser necesario un cambio de enfoque, de curar a cuidar, sobre todo en el caso de las personas mayores, para satisfacer sus necesidades personales como pacientes. El plantear opciones a los pacientes y procurar que se obtengan los resultados que estos desean mediante la colaboración en la toma de decisiones debería ser fundamental en la relación entre médicos y pacientes.

B. Cuidados a largo plazo

44. Los cuidados a largo plazo incluyen toda una variedad de servicios (médicos o de otro tipo) que ayudan a satisfacer las necesidades tanto médicas como no médicas de las personas que padezcan una enfermedad crónica o una discapacidad y no puedan cuidar de sí mismas durante largos períodos. Los cuidados a largo plazo consisten en la prestación de ayuda en las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, cocinar y demás. Según la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, los cuidados a largo plazo pueden definirse como "una amplia gama de servicios para las personas que dependen de la ayuda en las actividades de la vida diaria, debido a incapacidades físicas o mentales de carácter crónico"²⁸. En el ámbito del derecho a la salud, los cuidados a largo plazo deben interpretarse como la intervención de profesionales capacitados en la prestación de asistencia para tratar síndromes ligados a enfermedades crónicas o discapacidades que anulan la capacidad personal. Sin embargo, son enfermedades que afectan a las personas mayores desproporcionadamente.

²⁷ David B. Reuben, "Better Care for Older People with Chronic Diseases", *JAMA*, vol. 298, N° 22 (diciembre de 2007), pág. 2673.

²⁸ Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), *Long-term Care for Older People* (OCDE, París, 2005), pág. 3.

45. Los cuidados a largo plazo adoptan dos formas generales: atención domiciliaria y atención residencial. La atención residencial es el alojamiento y el cuidado de una persona en una institución de atención especializada. Las personas mayores que residen en esas instituciones están, a menudo, bajo la autoridad del cuidador, cuya función es ayudarlas en sus actividades diarias, incluida la administración de medicamentos y la prestación de servicios de salud. Dado el crecimiento de esas instituciones, es importante examinar las consecuencias que tiene ello para las personas mayores y su derecho a la salud.

46. Por atención domiciliaria se entienden generalmente los servicios médicos prestados por profesionales en casa del paciente, en contraposición a los cuidados prestados en instituciones especializadas. En general, esa atención permite a las personas mayores tener, en su vida, un grado de autonomía superior al que les permite la atención residencial. Sin embargo, deben entenderse por atención domiciliaria los cuidados médicos prestados a domicilio por profesionales de la salud, en contraposición a los cuidados no profesionales prestados por los familiares u otras personas.

47. Es esencial que se otorgue el reconocimiento apropiado a quienes cuidan de las personas mayores de manera no profesional, cuidados que entrañan tanto beneficios como riesgos. Los cuidados no profesionales pueden permitir a las personas mayores permanecer en su casa y ser cuidadas por una persona conocida, opción que suele ser preferida por ellas. También reduce la dependencia con respecto a la atención profesional o residencial, lo que reduce al máximo la carga que pesa sobre estos recursos limitados. Sin embargo, a las personas mayores se les suelen ofrecer o imponer cuidados no profesionales sin haberles hecho un reconocimiento minucioso, lo que las expone a riesgos. Esos riesgos incluyen el de prestación de atención inadecuada por parte de una persona que no está capacitada para proporcionar los cuidados necesarios, así como el de maltrato por parte de un cuidador. Muchos Estados han adoptado medidas para prestar ayuda a los cuidadores, como medidas de apoyo financiero para compensar los ingresos perdidos y de prestación de servicios de sustitución temporal del cuidador, que permiten que las personas mayores permanezcan en su casa todo lo posible, mientras reciben atención de buena calidad²⁹.

48. Los cuidados a largo plazo institucionalizados de ambos tipos ya están muy extendidos en gran parte del mundo desarrollado. En el mundo en desarrollo, las dinámicas sociales tradicionales también están experimentando cambios, debido a diversos factores de mundialización. Las familias desempeñan un papel cada vez menos importante como proveedoras primordiales de cuidados médicos a las personas mayores, y las instituciones públicas y los profesionales de la medicina están adquiriendo una función más importante en la provisión de cuidados. La situación se agrava en los países en desarrollo por la falta de mecanismos institucionales adecuados y la falta de medidas para proteger los derechos de las personas mayores en el ámbito de la atención externa y no familiar. Los países desarrollados, donde también se vulneran los derechos de las personas mayores, solo han obtenido unos resultados relativamente mejores en lo que respecta a la creación de tales mecanismos.

49. El Relator Especial hace hincapié en las repercusiones que tiene el internamiento en una institución para la autonomía de las personas mayores y en cómo dicho internamiento, a menudo, resulta perjudicial para su dignidad. La pérdida de la independencia plena, las restricciones a la libertad de movimiento y la falta de acceso a las funciones básicas causarían sentimientos de frustración y humillación profundas a cualquier persona. Y las personas mayores no son una excepción. Es esencial que se establezcan mecanismos de denuncia de las prácticas que coarten innecesariamente la libertad y la autonomía de esas personas, para que recuperen su dignidad.

²⁹ OCDE, *Long-term Care for Older People* (OCDE, París, 2005), págs. 11 y 12.

50. Al Relator Especial le preocupa especialmente la violencia no denunciada que se inflige a las personas mayores sujetas a cuidados. Al igual que ocurre con otros grupos vulnerables y marginados, se debería prestar especial atención a proteger a esas personas contra el maltrato y velar por que no se vulneren sus derechos en circunstancias que se presten especialmente a ello. El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana³⁰. Es importante señalar que el maltrato es a menudo insidioso y limita la autonomía de esas personas de manera sutil. Puede adoptar formas diversas, como el maltrato físico, psicológico, emocional, sexual o económico, o la negligencia.

51. El maltrato de las personas mayores pueden ser complejo cuando el cuidador maltratador sea un pariente o un familiar. En un estudio se ha calculado que la frecuencia del maltrato a adultos mayores en el ámbito doméstico, incluido el perpetrado por familiares, oscila entre el 2% y el 10% de los casos. En una residencia, los incidentes de maltrato son aun más difíciles de determinar. El maltrato puede también adoptar la forma de prejuicios y de actitudes y actos discriminatorios, que se manifiestan por medio del paternalismo hacia las personas mayores a las que se cuida, que pueden sentirse humilladas, infantilizadas y despojadas de la identidad que poseen normalmente como seres humanos.

52. En algunos casos, es incluso posible que los trabajadores de la salud no reconozcan el maltrato. Por lo tanto, se los debería formar para que aprendan a identificar posibles casos de maltrato y prestarles asistencia en ello. Hay modelos de formación y de intervención de esa índole que se aplican en los casos de maltrato doméstico y que pueden servir de referencia viable para reconocer y tratar el maltrato infligido a las personas mayores. Los trabajadores de la salud deben ser conscientes de la posibilidad de que un paciente sea víctima de maltrato y ser capaces de desenvolverse en las interacciones relacionadas con la salud, de manera que las personas que sean maltratadas se sientan cómodas hablando sobre su situación particular.

53. Se han adoptado diversas iniciativas en el ámbito de la violencia doméstica, sobre todo en lo relativo a la violencia contra la mujer, a las que se podría recurrir para aumentar la conciencia del maltrato de las personas mayores entre los profesionales de la salud y la sociedad en general. Además de incrementar las actividades de capacitación, hay que implantar procedimientos para denunciar el maltrato y hacer frente a las consecuencias de este. Por ejemplo, en la Ley sobre las personas mayores de 2006 de Sudáfrica, entre otras cosas, se exige a toda persona que presencie el maltrato de una persona de edad, que puede ser un maltrato no solo físico, sino también psicológico, sexual y económico, que denuncie la infracción. En la ley también se establece un sistema en virtud del cual se investiga e inscribe en un registro a los maltratadores de personas mayores, a fin de prohibirles trabajar o ser empleados en un establecimiento residencial o en servicios de cuidados comunitarios para personas mayores.

C. Cuidados paliativos

54. En la Observación general N° 14 se afirma que los Estados deben tomar medidas para garantizar la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad (E/C.12/2000/4, párr. 25). Los cuidados paliativos son la fórmula principal, desde la perspectiva de la salud, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes

³⁰ OMS, *Declaración de Toronto para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores* (OMS, Ginebra, 2002), pág. 3.

diagnosticados con enfermedades mortales mediante la prevención y alivio del sufrimiento³¹.

55. Los cuidados paliativos han aumentado considerablemente en los últimos 30 años y se han implantado progresivamente en los sistemas nacionales de salud, si bien en diversos grados. La amplia gama de medidas adoptadas en diferentes Estados muestra la creciente importancia que se otorga a garantizar la calidad de vida de las personas mayores en la etapa final de su vida y prestar apoyo a su familia. En algunos países, los cuidados paliativos solo se reconocen en relación con ciertas enfermedades crónicas, como el cáncer. Otros Estados han incorporado los cuidados paliativos en su legislación y planes de acción nacionales de salud y han creado instituciones que se dedican a prestar esos cuidados. Y otros Estados han impuesto a las instituciones de salud la obligación de contar con personal calificado en cuidados paliativos o han establecido grupos de expertos sobre el tema.

56. Se plantean varias cuestiones con respecto a la prestación de cuidados paliativos a las personas mayores, una de las cuales es la disponibilidad de esos cuidados y, sobre todo, los medicamentos utilizados en ellos. El dolor de moderado a agudo es un efecto secundario común de las enfermedades que requieren cuidados paliativos y se suelen recetar analgésicos opiáceos para mitigarlo³². A los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se les exige, como una de las obligaciones fundamentales que han contraído en virtud del Pacto, que garanticen el suministro de medicamentos esenciales, tal como se los define en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS. A pesar de ello y de que la morfina de posología oral y otros preparados de estupefacientes no son costosos y ni difíciles de obtener, la disponibilidad de esos medicamentos para su uso en los cuidados paliativos suele ser limitada. Ello se debe a una serie de factores, como las reglamentaciones restrictivas de los estupefacientes, el fracaso en organizar un sistema de suministro y distribución que funcione bien y la falta de capacidad del sistema de salud. Lo más preocupante es el complejo marco internacional de fiscalización de estupefacientes que obstaculiza gravemente el acceso a los medicamentos fiscalizados en virtud del marco³³. Aun cuando esos medicamentos estén disponibles, los médicos suelen exhibir una falta de comprensión de lo que son los cuidados paliativos y del uso de estupefacientes para aliviar el dolor. Se requiere una formación más completa en cuidados paliativos y uso de estupefacientes. Esos obstáculos a la disponibilidad de cuidados paliativos de buena calidad no afectan exclusivamente a las personas mayores como grupo, pero sí es cierto que estas se ven afectadas de forma desproporcionada, debido al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas y terminales entre ellas.

57. Las personas mayores también pueden tener menos probabilidades de recibir servicios de cuidados paliativos que otros grupos de menor edad. Se necesitan más investigaciones para determinar si esa distribución es desigual o si las necesidades de las personas mayores se satisfacen mediante otros servicios³⁴. El derecho a la salud prohíbe claramente la discriminación por motivos de edad, incluso en lo que respecta a los servicios de salud paliativos. Los Estados están obligados a respetar el derecho a la salud absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud paliativos (E/C.12/2000/4, párr. 34). La discriminación por motivos de edad que se

³¹ OMS, *WHO Definition of Palliative Care* (Ginebra, 2010). Se puede consultar en la siguiente dirección: www.who.int/cancer/palliative/definition/en.

³² OMS, *Pain Relief Ladder* (Ginebra, 2010). Se puede consultar en la siguiente dirección: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en.

³³ Véase A/65/255, secc. V, "Acceso a medicamentos sujetos a fiscalización".

³⁴ Jenni Burt y Rosalind Raine, "The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review", *Age and Ageing*, vol. 35, Nº 5 (septiembre de 2006), págs. 471 y 473.

base en cálculos de los riesgos y los beneficios inherentes a diversos perfiles personales no puede, bajo ninguna circunstancia, considerarse apropiada en el ámbito de los cuidados paliativos, que apuntan a mejorar la calidad de vida, en lugar de prolongar su duración³⁵.

58. El enfoque biomédico del envejecimiento, unido al aumento de la longevidad, ha dado lugar a nuevos dilemas éticos. La creciente dificultad o imposibilidad de negarse a ejecutar intervenciones que prolonguen la vida se ha considerado un problema que afrontan tanto los pacientes como los profesionales de la medicina y que se ha relacionado con tres factores: el paso gradual desde la "elección" de las intervenciones hacia el tratamiento de rutina; la asimilación de las intervenciones clínicas a expresiones de preocupación por la salud, y la disponibilidad cada vez mayor de intervenciones médicas que crean grandes expectativas con respecto a sus resultados, lo que se traduce en la difuminación de las fronteras entre las intervenciones curativas y las que no hacen más que prolongar la vida³⁶.

59. El Relator Especial opina que en un enfoque holístico de la salud también se debe abordar el proceso de la muerte. Aunque en este informe no se tengan en cuenta las cuestiones relativas a la autonomía del paciente con respecto a la decisión de poner fin a su vida, hay que decir que es necesario garantizar que el paciente sea capaz de tomar decisiones autónomas con respecto a la calidad de su salud durante el proceso de la muerte. Ello incluye las decisiones sobre el acceso a un alivio adecuado del dolor y otras intervenciones necesarias, el lugar de la muerte y la posibilidad de rechazar un tratamiento destinado a prolongar la vida cuando no lo desee el paciente. Ello exige un debate claro, franco y sin juicios de valor entre los profesionales médicos, que deben recibir la formación adecuada para hacer frente a esas delicadas cuestiones, a fin de que las personas mayores puedan "morir con dignidad", como lo exige una perspectiva basada en los derechos humanos.

60. El Relator Especial opina que el final de la vida de las personas forma parte integrante de su vida. En consecuencia, insiste en que las personas mayores deben ser tratadas, durante el proceso de la muerte, con tanta dignidad como en las primeras fases de su andadura vital. Los cuidados paliativos requieren importantes recursos financieros y la movilización de numerosos agentes e interesados en el sector médico, y son absolutamente indispensables para prolongar la vida de las personas mayores aquejadas de enfermedades mortales y para procurar que mueran con dignidad.

D. Consentimiento informado

61. La garantía del consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto por la autonomía de la persona, su libre determinación y su dignidad humana. El consentimiento informado requiere varios elementos de derechos humanos que son indivisibles e interdependientes y están interrelacionados. Además del derecho a la salud, están el derecho a la autonomía, el derecho a la no discriminación, el derecho a no ser objeto de experimentos no consentidos, la seguridad y la dignidad de la persona humana, el reconocimiento ante la ley, la libertad de pensamiento y expresión y la libertad reproductiva. La autonomía, la integridad física y el bienestar de la persona son esenciales en el ámbito del derecho a la salud. En él se consideran la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información en materia de salud como elementos

³⁵ Jenni Burt y Rosalind Raine, "The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review", *Age and Ageing*, vol. 35, N° 5 (septiembre de 2006), párr. 469.

³⁶ Sharon R. Kaufman, Janet K. Shim y Ann J. Russ, "Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges", *The Gerontologist*, vol. 44, N° 6 (diciembre de 2004), pág. 732.

fundamentales de ese derecho, que se define como "derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud" (E/C.12/2000/4, párr. 12). En un informe a la Asamblea General, el Relator Especial definió el consentimiento informado como "una decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos" (A/64/272, párr. 9).

62. La información sobre las cuestiones relacionadas con la salud ha de ser de la más alta calidad, libremente disponible sobre bases no discriminatorias, accesible de acuerdo con las necesidades de comunicación particulares de la persona (incluidas las circunstancias especiales físicas o culturales) y presentada de una manera aceptable desde un punto de vista cultural o de otra índole para la persona que ha de otorgar el consentimiento (*ibid.*, párr. 23). El consentimiento informado requiere que la comunicación se adapte a los distintos niveles de comprensión y no sea demasiado técnica, compleja, precipitada o se realice en un idioma, una forma o un contexto que sea incomprensible para el paciente. Ello es particularmente cierto y necesario en el caso de los grupos de población vulnerables, como las personas mayores, que pueden requerir atención, explicaciones o asistencia adicionales cuando reciban información sobre salud de las personas que las cuiden como pacientes antes del tratamiento, para entender esa información adecuadamente.

63. En las evaluaciones realizadas se ha comprobado que hay un déficit en la información que se facilita a las personas mayores para ayudarlas a tomar una decisión informada, sobre todo a aquellas cuya educación es menos académica³⁷. Algunos trabajadores de la salud pueden hacer caso omiso de la especial vulnerabilidad de las personas mayores y no obtener el consentimiento informado adecuadamente, pues ello puede resultar más complicado de lo habitual. La aplicación de un enfoque uniforme a las personas mayores suele ser inadecuada. Se requiere un enfoque más personalizado e individualizado, en el que se tengan en cuenta consideraciones de edad, para atender mejor las necesidades de ese grupo. Ello implica no limitarse a impartir a esas personas unos conocimientos básicos sobre la salud, que no garantizan debidamente su derecho a la salud, y proporcionarles, en cambio, una información, un concienciamiento y una educación sanitarios mucho mayores, quizá por medio de redes de compañeros.

64. Además del desequilibrio de poder, experiencia y confianza que se da intrínsecamente en la relación entre el médico y el paciente, las desigualdades estructurales pueden hacer peligrar gravemente el carácter voluntario o informado del consentimiento (*ibid.*, párr. 45). A fin de proteger los derechos de las personas mayores, los Estados deben establecer mecanismos de apoyo adecuados que ayuden a superar las dificultades para lograr el consentimiento informado, entre ellos mecanismos participativos y de asesoramiento exhaustivo.

65. El papel de los profesionales de la salud es fundamental para garantizar el consentimiento informado. En muchos casos, los trabajadores de la salud carecen de formación sobre cómo comunicar información sanitaria a las personas mayores, que pueden tener necesidades especiales que muchas veces quedan insatisfechas. Las instituciones de enseñanza y capacitación médicas deben incorporar, en sus programas de estudios, la educación sobre el consentimiento informado de las poblaciones vulnerables y sus necesidades particulares. Los problemas estructurales, como la cantidad de tiempo de que disponen los médicos y los trabajadores de la salud para consultar con los pacientes, también frustran los esfuerzos encaminados a obtener el consentimiento informado. Las

³⁷ Sugarman y otros, "Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 46, Nº 4 (abril de 1998).

personas mayores pueden necesitar más atención y asistencia para entender plenamente las consecuencias de la información sobre salud que se les expone, lo que puede hacer que se vean especialmente afectadas por la escasez de tiempo de consulta. En general, toda persona debería recibir un tratamiento individualizado y debería revisarse periódicamente su estado de salud, incluida su medicación.

66. La denegación persistente del derecho al consentimiento informado podría constituir una forma de maltrato físico y psicológico de las personas mayores, que están mucho más expuestas a recibir tratamiento y atención sin su consentimiento. Esta situación se ve agravada por la discriminación dirigida contra esas personas, que en algunos casos pueden tener disminuida la capacidad de dar su consentimiento al tratamiento. El Relator Especial ha indicado anteriormente que se abusa de los ancianos por la ignorancia y el desamparo que se piensa que padecen y por su fragilidad física o mental real, como la que causan enfermedades degenerativas que disminuyen su capacidad para dar un consentimiento informado (A/64/272, párr. 51). También afrontan, más frecuentemente, situaciones en las que se requiere su consentimiento informado y, en las que, por lo tanto, la posibilidad de que se cometan infracciones y abusos es mayor.

67. Las autoridades nacionales no suelen promulgar leyes ni formular políticas para intentar resolver los problemas particulares relativos al consentimiento informado y las personas mayores. El problema de la legislación sobre las personas mayores y el derecho a la salud es particularmente agudo en los países en desarrollo, que suelen carecer de una normativa adecuada con respecto a la tutela o el consentimiento. En algunos países, el requisito legal del consentimiento informado se elude recurriendo a los procedimientos de tutela incluso en casos de incapacidad parcial y sustituyendo el consentimiento del paciente por el de su tutor. El derecho a la salud exige que los Estados respeten, protejan y satisfagan ese derecho, y a ellos les corresponde elaborar políticas y marcos por medio de los cuales puedan cumplirse los requisitos de ese derecho en el caso de las personas mayores. Es importante establecer salvaguardias para garantizar el consentimiento informado de esas personas en el ámbito de la tutela y fortalecer capacidad que tienen de comprender y hacer uso, de manera plena, de la información sobre la salud³⁸.

68. El Relator Especial considera que la cuestión del consentimiento informado de las personas mayores es cada vez más importante, dado el envejecimiento mundial y los consiguientes problemas sociales. Considera también que deberían elaborarse directrices internacionales y regímenes nacionales para regular las prácticas y garantizar que se apoye a las personas mayores para que tomen decisiones informadas en materia de atención de la salud. Además, convendría crear grupos de compañeros que proporcionen a las personas mayores información antes de su visita a un médico o a otro profesional de la medicina para que las trate, lo que podría ayudar a superar los problemas más urgentes, como la falta de formación.

69. El Relator Especial señala la importancia de sensibilizar y empoderar a las personas mayores, a fin de fortalecer su participación en la formulación de las políticas de salud y en la creación de redes por medio de las cuales esas personas puedan acceder a información sobre la salud más fácilmente. También es importante que esas personas estén en condiciones de comprender plenamente la información sobre su salud y de tomar decisiones voluntarias e informadas a partir de esa información. Es deber del Estado encontrar y aplicar fórmulas nuevas e innovadoras para atender a las personas mayores, idear fórmulas sensibles a la edad para facilitarles información relacionada con la salud y fomentar la participación de esas personas.

³⁸ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 12 3) y 4).

V. Conclusiones y recomendaciones

70. En un informe de esta extensión, es imposible tratar todas las cuestiones importantes, pero el Relator Especial observa que los actuales cambios demográficos, que conducen a un rápido aumento del número de personas mayores, merecen atención urgente. La sociedad debe dejar de limitarse a procurar un envejecimiento saludable a sus ciudadanos y comenzar a promover el envejecimiento activo y digno, que debe planificarse y recibir apoyo al igual que cualquier otra etapa de la vida del individuo. La planificación para la vejez implica poner en marcha servicios de prevención y diagnóstico en el ámbito de la atención primaria de la salud mucho antes de que comience el envejecimiento. La aspiración a un envejecimiento activo y digno para las personas mayores obliga a reformular el concepto de "envejecimiento" que tiene la sociedad, para insistir en la participación continua de las personas mayores en los ámbitos social, económico, cultural y cívico, así como en su contribución continua a la sociedad durante un período más prolongado de su vida. La promoción y protección de los derechos humanos de esas personas debe ser una preocupación para todos, porque el envejecimiento es un proceso que todos experimentaremos. Las personas mayores son especialmente vulnerables como grupo, debido a las ideas estereotipadas de que son un segmento "caducado" de la sociedad. Sin embargo, como la esperanza de vida aumenta y la medicina mejora, esas personas permanecen activas durante más tiempo que nunca, tanto en términos de actividades profesionales como no profesionales. El alentar a las personas mayores a mantenerse activas física, social y económicamente durante el mayor tiempo posible tendrá beneficios no solo para ellas personalmente, sino también para la sociedad en su conjunto.

71. El Relator Especial recomienda que:

a) Se reconozca el envejecimiento como un proceso que se desarrolla durante toda la vida, una realidad que debería reflejarse en la política, la legislación y la asignación de recursos del Estado, para que las personas dispongan antes de envejecer de servicios de atención de la salud incluidos los de diagnóstico y prevención, que les sean accesibles, y que les permitan un envejecimiento sano.

b) Se garantice que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud configure las políticas nacionales e internacionales relacionadas con el envejecimiento y las personas mayores y esté integrado en ellas. Las instalaciones, los productos y los servicios de salud deben estar disponibles, ser accesibles, asequibles y aceptables para las personas mayores y ser de buena calidad.

c) Se implante un marco relacionado con el derecho a la salud, a fin de modificar el discurso sobre las personas mayores, pasando de un enfoque basado en las necesidades a otro basado en los derechos, lo que permitirá lograr una mayor efectividad en el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores.

d) Se fomente la creación y el apoyo de las redes de personas mayores, a fin de garantizar su participación en el desarrollo y la mejora de la protección social y la atención de la salud de manera que se reconozca y garantice el disfrute del derecho a la salud.

e) Se instituya un régimen de protección social que brinde a las personas mayores acceso a los cuidados a largo plazo, ya sean residenciales o domiciliarios, lo que garantizará que no haya maltrato ni violaciones de derechos.

f) Se apliquen políticas y procedimientos para denunciar, combatir y prevenir el maltrato de las personas mayores.

g) Se instauren mecanismos para sensibilizar y capacitar a los profesionales de la medicina, a los cuidadores que no sean médicos y a la sociedad en general en lo que respecta al tratamiento de las personas mayores, y para prevenir y combatir el maltrato de estas personas.

h) Se elaboren directrices internacionales y regímenes nacionales para regular y vigilar las prácticas de atención residencial, a fin de garantizar que las personas mayores reciban apoyo cuando hayan de tomar decisiones informadas en materia de atención de la salud y que su dignidad humana y autonomía no se pasen por alto debido a su vulnerabilidad.

i) Se instituyan y apliquen salvaguardias para garantizar que se exija el consentimiento libre e informado para cualquier tratamiento o cualquier otra intervención médica y que se garantice ese derecho a todos los pacientes, con independencia de su edad, de su condición y del tratamiento previsto; y

j) Se elaboren y apliquen mecanismos para proteger los derechos de las personas mayores cuando se las considere incapaces de prestar consentimiento informado a cualquier tratamiento o a cualquier otra intervención médica, debido a lesiones, enfermedades o dolencias crónicas como la demencia.
