Organización Mundial de la Salud

INFORME MUNDIAL SOBRE **EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD**

Organización Mundial de la Salud

INFORME MUNDIAL SOBRE **EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

1.Envejecimiento. 2.Esperanza de Vida. 3.Anciano. 4.Servicios de Salud para Ancianos.
5.Salud Global. 6.Dinámica de Población. 7.Prestación de Atención de Salud I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 356504 0 (Clasificación NLM: WT 104)
ISBN 978 92 4 069485 9 (ePub)
ISBN 978 92 4 069486 6 (Daisy)
ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF)

© Organización Mundial de la Salud, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Portada: La pintura que ilustra la portada del Informe es PV Windows and Floorboards (Ventanas fotovoltaicas y pisos de tablones), de Rose Wiley. A los 81 años, Rose Wiley tiene un estilo fresco, impredecible y vanguardista. Este cuadro obtuvo en 2014 el Premio de Pintura John Moores, entre más de 2.500 obras participantes. Con el doble de edad que los ganadores anteriores, Rose Wiley demostró que la edad avanzada no tiene por qué ser un obstáculo para el éxito. El Premio de Pintura John Moores, a diferencia de muchos otros prestigiosos galardones artísticos, no pone límites de edad para presentar obras contemporáneas. Los derechos de autor sobre esta pintura pertenecen a la artista.

Impreso en Estados Unidos de América

Índice

Prefacio vii

Agradecimientos ix

1. Agregar salud a los años 3

Introducción 3
El contexto para la acción 4
Los marcos jurídicos y normativos internacionales 4
La respuesta actual de salud pública: más de lo mismo no es suficiente 6
Los desafíos al formular las políticas 7
La diversidad en la vejez 7
El impacto de la inequidad 9
Estereotipos anticuados y nuevas expectativas 9
El mundo está cambiando también 13
¿Por qué actuar en materia de envejecimiento y salud? 14
Los derechos de las personas mayores 14
Envejecimiento, salud y desarrollo 17
El imperativo económico 18
Conclusión 20

2. *Envejecimiento Saludable* 27

¿Qué es el envejecimiento? 27
El envejecimiento, la salud y el funcionamiento 28
Un marco para la acción sobre el envejecimiento y la salud 29
Envejecimiento Saludable 30
Trayectorias de *Envejecimiento Saludable* 33
Un marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable* 35
Cuestiones clave para la acción de salud pública 37
Tener en cuenta la diversidad 37
Reducir la inequidad 38
Garantizar el derecho a elegir 38
Propiciar el envejecimiento en la comunidad 39

3. La salud en la vejez **45**

Cambios demográficos y epidemiológicos 45
El envejecimiento de la población 45
¿Por qué las poblaciones están envejeciendo? 45
¿Son los años añadidos a la vejez años que se viven en buena salud? 51
Las características de la salud en la vejez 54
Cambios fundamentales 54
Las afecciones en la vejez 60
Otros problemas de salud complejos en la vejez 66
La capacidad intrínseca y la capacidad funcional 68
La capacidad intrínseca en el curso de la vida 69
Perfiles de funcionamiento en países con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico 71
Pérdida considerable de la capacidad funcional y dependencia de cuidados 72
Hábitos clave que influyen en el *Envejecimiento Saludable* 74
La actividad física 74
La nutrición 76
Riesgos clave del entorno 78
Situaciones de emergencia 78
El maltrato a las personas mayores 79

4. Sistemas de salud **93**

Introducción 93
Mayor demanda, obstáculos para el uso y mala adaptación de los servicios 93
Demanda de servicios de salud 93
Obstáculos para el uso 95
Sistemas diseñados para otros problemas 97
El impacto económico del envejecimiento de la población en los sistemas de salud 100
Respuestas 104
Objetivo: optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca 104
Adaptación de las intervenciones a las personas y sus niveles de capacidad 105
Implementación de una atención integrada y centrada en las personas mayores 109
Adaptación de los sistemas de salud 113
Conclusión 122

5. Sistemas de cuidados a largo plazo **135**

Introducción 135
La creciente necesidad de cuidados a largo plazo 137
Enfoques actuales de cuidados a largo plazo 137
El personal de los cuidados a largo plazo: subestimado y carente de apoyo y capacitación 138
El financiamiento de los cuidados a largo plazo siempre tiene un costo 140
Una atención anticuada y fragmentada 142

Respuesta al desafío de los cuidados a largo plazo 143
Avance hacia un sistema integrado: una agenda revolucionaria 143
Principios generales de un sistema integrado de cuidados a largo plazo 144
Propiciar el envejecimiento en el lugar adecuado 145
Mejora de la capacidad del personal y apoyo a los cuidadores 146
Promoción de la atención integrada mediante la gestión de casos y mayor colaboración 152
Garantizar un financiamiento equitativo y sostenible 155
Cambio de actitud respecto a los cuidados a largo plazo: un desafío político y social 157
Conclusión 159

6. Hacia un mundo amigable con las personas mayores 171

Introducción 171
Capacidad para satisfacer las necesidades básicas 173
Seguridad económica, vivienda y seguridad personal 174
¿Qué se puede hacer para mejorar la seguridad económica? 176
¿Qué se puede hacer para asegurar una vivienda adecuada? 178
¿Qué se puede hacer para satisfacer la necesidad de seguridad personal? 183
Capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones 188
¿Qué se puede hacer para promover las capacidades de aprender, crecer y tomar decisiones? 189
Movilidad 195
¿Qué se puede hacer para mantener la movilidad en la edad avanzada? 195
Capacidad para crear y mantener relaciones 199
¿Qué se puede hacer para crear y mantener relaciones? 202
Capacidad para contribuir 203
¿Qué se puede hacer para facilitar la capacidad para contribuir? 206
El futuro 212

7. Los próximos pasos 229

Introducción 229
Esferas de acción prioritarias en materia de *Envejecimiento Saludable* 232
Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente 232
Crear sistemas de cuidados a largo plazo 233
Crear entornos amigables con las personas mayores 237
Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión 239
Conclusiones 242

Glosario 245

Índice 253

Prefacio

En tiempos de retos impredecibles para la salud, ya sea a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas o de la próxima bacteria que se haga resistente a los antibióticos, una tendencia es segura: el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto.

El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* responde a estos desafíos recomendando cambios igualmente profundos en la manera de formular las políticas para las poblaciones que envejecen y de prestarles servicios. Estas recomendaciones se basan en un examen de los datos más recientes sobre el proceso de envejecimiento. Muchas percepciones y suposiciones comunes acerca de las personas mayores se basan en estereotipos obsoletos, señala el informe.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. No existe una persona mayor "típica". La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida. Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.

Guiado por estos datos, el informe pretende trasladar a un territorio nuevo y mucho más amplio el debate acerca de cuál es la respuesta de salud pública más apropiada al envejecimiento de la población. El mensaje general es optimista: con las políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades. El marco resultante para adoptar medidas de salud pública ofrece

una serie de acciones concretas que pueden adaptarse para usar en países de todos los niveles de desarrollo económico.

Al esbozar este marco, el informe hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores.

Las recomendaciones del informe se basan en pruebas completas y prospectivas, pero eminentemente prácticas. A lo largo del informe se utilizan ejemplos de experiencias de diferentes países para ejemplificar cómo se puede dar respuesta a problemas específicos por medio de soluciones innovadoras. Los temas explorados varían desde estrategias para prestar a las poblaciones de edad servicios integrales y centrados en la persona hasta políticas que permitan a los adultos mayores vivir cómodos y seguros y formas de corregir los problemas y las injusticias inherentes a los sistemas actuales, tendiendo a los cuidados a largo plazo.

Considero que el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* puede transformar la forma en que los encargados de formular políticas y los prestadores de servicios perciben el envejecimiento de la población, además de ayudarlos a hacer planes para sacarle el máximo provecho.

Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Este informe fue preparado por un equipo editorial integrado por John Beard, Alana Officer y Andrew Cassels, con la orientación general de Flavia Bustreo, Subdirectora General para la Salud de la Familia, la Mujer y el Niño; Anne Marie Worning, y Anarfi Asamoa-Baah, Director General Adjunto. Muchos otros funcionarios de oficinas regionales y de varios departamentos de la OMS contribuyeron tanto a secciones específicas del informe relacionadas con sus esferas de trabajo como a la creación del marco conceptual en general. Sin su dedicación, apoyo y conocimiento especializado, este informe no habría sido posible.

El grupo básico responsable de elaborar el marco conceptual y de redactar el informe estuvo integrado por Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Somnath Chatterji, JoAnne Epping Jordan, Alison Harvey, Norah Keating, Aki Kuroda, Wahyu Retno Mahanani, Jean-Pierre Michel, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Ritu Sadana, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan y Lisa Warth. La elaboración de los capítulos estuvo a cargo de John Beard y Ritu Sadana (capítulo 1), John Beard y Jean-Pierre Michel (capítulo 2), John Beard y Somnath Chatterji (capítulo 3), Islene Araujo de Carvalho y JoAnne Epping Jordan (capítulo 4), Anne Margriet Pot y Peter Lloyd-Sherlock (capítulo 5) y Alana Officer y John Beard (capítulo 6).

Meredith Newlin, Jannis Pähler vor der Holte y Harleen Rai brindaron apoyo general de investigación, y Colin Mathers, Nirmala Naidoo, Gretchen Stevens y Emese Verdes hicieron el análisis de datos. Los datos sobre voluntariado se obtuvieron de The Gallup World Poll, proporcionados por Gallup, Inc. HelpAge International suministró las fotografías.

El informe contó con los valiosos aportes de varios expertos y académicos. También se basó en documentos de antecedentes proporcionados por muchas personas de distintas instituciones, que fueron coordinados por Catherine d'Arcangues. Sus nombres figuran entre los colaboradores.

El informe también contó con los esfuerzos de muchas otras personas, en particular de Miriam Pinchuk, quien editó el texto final.

Cabe agradecer también a las siguientes personas: a Christopher Black, Alison Brunier, Anna Gruending, Giles Reboux, Sarah Russell, Marta Seoane Aguilo y Sari Setiogi, por sus servicios de medios y comunicación; a Amanda Milligan por la corrección de pruebas y a Laurence Errington por la indización; a Eddie Hill y Sue Hobbs por el diseño gráfico; a Christelle Cazabat y Melanie Lauckner por la producción del informe en formatos alternativos; a Mira Schneiders por la coor-

dinación de la traducción y la impresión, y a Charlotte Wristberg por su apoyo administrativo.

La Organización Mundial de la Salud también desea agradecer a los Gobiernos de Japón y Holanda por su generoso apoyo financiero para la elaboración, la traducción y la publicación del informe. Para la elaboración del informe se contó con el apoyo de contribuciones voluntarias básicas.

Colaboradores

Colaboradores adicionales

Sharon Anderson, Yumiko Arai, Alanna Armitage, Marie-Charlotte Bouesseau, Francesco Branca, Mathias Braubach, David Burnes, Esteban Calvo, James Campbell, Matteo Cesari, Shelly Chadha, Hannie Comijs, Catherine d'Arcangues, Adrian Davis, Jens Deerberg, Joan Dzenowagis, Robert Enderbeek, Laura Ferguson, Ruth Finkelstein, Kelly Fitzgerald, Pascale Fritsch, Loic Garçon, Francisco Javier Gomez Batiste-Alentorn, Mike Hodin, Manfred Huber, Elif Islek, Josephine Jackisch, Matthew Jowett, Rania Kawar, Ed Kelley, Silvio Mariotti, Mike Martin, Hernan Montenegro, John Morris, Wendy Moyle, Karl Pillemer, Alex Ross, Martin Smalbrugge, Nuria Toro Polanco, Bill Reichman, Kelly Tremblay, Bruno Vellas, Armin Von Gunten, Robert Wallace, Huali Wang, Martin Webber.

Participantes de la reunión de examen global

Isabella Aboderin, Maysoon Al-Amoud, George Alleyne, Yumiko Arai, Alanna Armitage, Said Arnaout, Senarath Attanayake, Julie Byles, Matteo Cesari, Heung Cha, Shelly Chadha, Sung Choi, Alexandre Cote, June Crown, Joan Dzenowagis, Robert Eendebak, Ruth Finkelstein, Loic Garçon, Emmanuel Gonzalez-Bautista, Gustavo Gonzalez-Canali, Sally Greengross, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Anna Howe, Manfred Huber, Alexandre Kalache, Rania Kawar, Rajat Khosla, Michael Kidd, Hyo Jeong Kim, Tom Kirkwood, Hans-Horst Konkolewsky, Nabil Kronfol, Ritchard Ledgerd, Bengt Lindstom, Stephen Lungaro-Mifsud, John McCallum, Roar Maagaard, Melissa Medich, Verena Menec, Juan Mezzich, Tim Muir, Leendert Nederveen, Triphonie Nkurunziza, S.Jay Olshansky, Desmond O'Neill, Paul Ong, Du Peng, Silvia Perel-Levin, Poul Erik Petersen, Toby Porter, Vinayak Mohan Prasad, Thomas Prohaska, Parminder Raina, Glenn Rees, William Reichman, Andreas Alois Reis, Nathalie Roebbel, Perminder Sachdev, Xenia Scheil-Adlung, Dorothea Schmidt, Shoji Shinkai, Alan Sinclair, Martin Smalbrugge, Mike Splaine, Victor Tabbush, Virpi Timonen, Andreas Ullrich, Enrique Vega, Adriana Velazquez Berumen, Armin von Gunten, Huali Wang, Ruth Warick, Jennifer Wenborn, Anthony Woolf, Tom Wright, Tuohong Zhang.

Autores de los textos de los recuadros

John Beard y Laura Ferguson (1.1); Michael Marmot (1.2); Paul Nash (1.3); David Phillips (1.4); Ursula Staudinger (3.1); Tarun Dua y Shekhar Saxena (3.2, 3.3); Hiroshi Ogawa y Poul Erik Petersen (3.4); Ebtisam Alhuwaidi (4.1); Islene Araujo de Carvalho (4.2); Kiran Iyer, Nandita Kshetrimayum y Ganesh Shenoy Panchmal (4.3); Islene Araujo de Carvalho (4.4, 4.5); Silvia Costa, Alexandre Kalache e Ina Voelcker (4.6); Islene Araujo de Carvalho (4.7); Islene Araujo de Carvalho, Luc Besançon y Alison Roberts (4.8); Eduardo Augusto Duque Bezerra (4.9); Loic Garçon (5.1); Amit Dias (5.2); Anne Margriet Pot (5.3); John Beard (5.4); Anne Margriet Pot (5.5); Dawn Brooker (5.6); Hussain Jafri y Theresa Lee (5.7); Marie-Charlotte Bouesseau, Xavier Gómez y Nuria Toro (5.8); Elif Islek (5.9); Fred Lafeber (5.10); Anne Margriet Pot (5.11); Jim Pearson (5.12); Lindsey Goldman y Lisa Warth (6.1); Laura Fergusen (6.2); HelpAge International (6.3); Lindy Clemson, Monica R Perracini, Vicky Scott, Catherine Sherrington, Anne Tiedemann y Sebastiana Zimba Kalula (6.4); Frances Heywood (6.5); Bobby Grewal (6.6); Jannis Pahler vor der Holte (6.7); David Hutton (6.8); Alana Officer (6.9); Thuy Bich Tran y Quyen Ngoc Tran (6.10); Adrian Bauman, David Buchner, Fiona Bull, Maria Fiatarone Singh, Alison Harvey y Dafna Merom (6.11); Jaclyn Kelly, Anne Berit Rafoss y Lisa Warth (6.12); Senarath Attanayake (6.13); Alana Officer y Lisa Warth (6.14); Lisa Warth (6.15); Jaclyn Kelly y Lisa Warth (6.16); Alana Officer y Lisa Warth (6.17); Stéphane Birchmeier (6.18); Islene Araujo de Carvalho y JoAnne Epping Jordan (7.1); Mitch Besser y Sarah Rohde (7.2); Jaclyn Kelly y Lisa Warth (7.3); Suzanne Garon (7.4); Tine Buffel (7.5).

Autores de los documentos de antecedentes

- *Age-associated skin conditions and diseases*: *current perspectives and future options*. Ulrike Blume-Peytavi, Jan Kottner, Wolfram Sterry, Michael W. Hodin, Tamara W. Griffiths, Rachel E. B. Watson, Roderick J. Hay, Christopher E. M. Griffiths.
- *Ageing and hearing health*. Adrian Davis, Catherine McMahon, Kathleen Pichora-Fuller, Shirley Russ, Frank Lin, Bolajoko Olusanya, Shelly Chadha, Kelly Tremblay.
- *Ageing, work, and health*. Ursula. Staudinger, Ruth Finkelstein, Esteban Calvo, Kavita Sivaramakrishnan.
- *Developmental aspects of a life course approach to healthy ageing*. Mark Hanson, Cyrus Cooper, Avan Aihie-Sayer, John Beard.
- *Elder abuse*. Karl Pillemer, David Burnes, Catherine Riffin, Mark S. Lachs.
- *Ethics and older people*. Julian C. Hughes.
- *Falls in older adults*: *current evidence gaps and priority challenges*. Monica. Perracini, Lindy Clemson, Anne Tiedemann, Sebastiana Zimba Kalula, Vicky Scott, Catherine Sherrington.

- *Frailty: an emerging public health priority*. Matteo Cesari, Martin Prince, Roberto Bernabei, Piu Chan, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, Jean-Pierre Michel, John E. Morley, Paul Ong, Leocadio Rodríguez Manas, Alan Sinclair, Chang Won Won, Bruno Vellas.
- *Gender and ageing*. Julie Byles, Cate D'Este, Paul Kowal, Cassie Curryer, Louise Thomas, Adam Yates, Britta Baer, Anjana Bhushan, Joanna Vogel, Lilia Jara.
- *Genetic influences on functional capacities in ageing*. Andrea D. Foebel, Nancy L. Pedersen.
- *Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity*. Ritu Sadana, Erik Blas, Suman Budhwani, Theadora Koller, Guillermo Paraje.
- *Investing in health to create a third demographic dividend*. Linda P. Fried.
- *Medical and assistive health technologies*: *meeting the needs of ageing populations in low- and middle-income countries*. Chapal Khasnabis, Loic Garçon, Lloyd Walker, Yukiko Nakatani, Jostacio Lapitan, Alex Ross, Adriana Velázquez Berumen, Johan Borg.
- *Musculoskeletal (MSK) health and the impact of MSK disorders in the elderly*. Anthony Woolf, Lyn March, Alana Officer, Marita J. Cross, Andrew M. Briggs, Damian Hoy, Lidia Sánchez Riera, Fiona Blyth.
- *Older people as a resource for their own health*. Paul Ong.
- *Older people in humanitarian contexts: the impact of disaster on older people and the means of addressing their needs*. Hyo-Jeong Kim, Pascale Fritsch.
- *Physical activity in older adults*. Adrian Bauman, Maria Fiatarone Singh, David Buchner, Dafna Merom, Fiona Bull.
- *The right to health of older people*. Britta Baer, Anjana Bhushan, Hala Abou Taleb, Javier Vásquez, Rebekah Thomas.
- *What does rehabilitation offer to an ageing population?* Alarcos Cieza Moreno, Marta Imamura.

Conflictos de intereses

Ninguno de los expertos que participaron en la elaboración de este informe declaró tener algún conflicto de intereses.

Capítulo 1
Agregar salud a los años

Yolande, 56 años, Haití

Yolande es la única proveedora de sus hijos, dos nietos y un niño pequeño que tomó a su cargo porque no tenía quién lo cuidara. Yolande perdió su casa en el terremoto que asoló Puerto Príncipe en 2011 y vive en una vivienda transitoria en el mismo lugar. Vende dulces y otros productos en un puesto callejero que instaló gracias a un préstamo con interés bajo. "Uno de mis sueños es poder mandar a los niños a la escuela", dice.

© Frederic Dupoux / HelpAge International 2011

1

Agregar salud a los años

Introducción

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años (*1*). En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas (*2*). En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (*3*).

Estos cambios son imponentes. Un niño nacido en Brasil o en Myanmar en 2015 puede aspirar a vivir 20 años más que uno nacido hace apenas 50 años. Estas tendencias, combinadas con las caídas importantes en la fecundidad que se registran en casi todos los países, comienzan a repercutir considerablemente en la estructura de las poblaciones. En la República Islámica del Irán, en 2015, aproximadamente el 10 % de la población es mayor de 60 años. En apenas 35 años, el 33 % de la población lo será.

Los años de vida adicionales y los cambios demográficos que estos generan tienen profundas repercusiones para cada uno de nosotros y para las sociedades en que vivimos. Otorgan oportunidades sin precedentes, y es probable que tengan efectos fundamentales en la forma en que vivimos nuestras vidas, las cosas a que las aspiramos y las maneras en que nos relacionamos con los demás (*4*). Y, a diferencia de la mayoría de los cambios que experimentarán las sociedades durante los próximos 50 años, estas tendencias fundamentales son, en gran medida, previsibles. Sabemos que se producirá una transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad, y podemos hacer planes para aprovechar al máximo esta situación.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

Aunque se suele suponer que el aumento de la longevidad viene acompañado de un período prolongado de buena salud, no hay pruebas sólidas de que las personas mayores en la actualidad gocen de mejor salud que sus padres a la misma edad (capítulo 3). Algunos estudios longitudinales indican una posible disminución de la prevalencia de la discapacidad grave en los países ricos, pero esta tendencia no parece extenderse a la discapacidad menos grave e incluso puede haberse estancado (*5–9*). El panorama en los países de ingresos bajos y medianos es aún menos claro (*10*).

Pero la mala salud no tiene que ser la característica predominante y limitante de las poblaciones de edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar. Otros problemas de salud en muchos casos se tratan con eficacia, sobre todo si se los detecta a tiempo. E incluso las personas con deterioro de la capacidad pueden ir adonde necesitan ir y hacer lo que necesitan hacer si cuentan con los entornos favorables adecuados. Los cuidados a largo plazo y el apoyo pueden asegurarles una vida digna, con oportunidades para el crecimiento personal sostenido. Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores; los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente; en muchas partes del mundo es peligroso y poco práctico que una persona mayor salga de su hogar; los cuidadores suelen no estar capacitados, y al menos una de cada diez personas mayores es víctima de alguna forma de maltrato (capítulo 3).

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. Sin embargo, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esto implica (*11*). En muchas esferas, se sabe muy poco acerca de las estrategias que dan resultado (*12*).

El contexto para la acción

Los marcos jurídicos y normativos internacionales

Dos instrumentos internacionales de política han guiado la acción sobre el envejecimiento desde 2002: la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (*13*) y *Envejecimiento activo: un marco político,* de la Organización Mundial de la Salud (recuadro 1.1) (*14*). Estos documentos se inscriben en el marco jurídico internacional conformado por las normas internacionales de derechos humanos. Celebran el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad como recursos importantes para el desarrollo futuro (recuadro 1.1). Destacan las habilidades, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, así como las contribuciones que hacen. Indican una amplia variedad de ámbitos en que las políticas pueden favorecer estas contribuciones y garantizar la seguridad en la edad avanzada. Ambos documentos subrayan la importancia de la salud en esta etapa de la vida, tanto por el bien de la propia persona como por los beneficios instrumentales de propiciar la participación de las personas mayores (y los beneficios que esto, a su vez, puede tener sobre la salud) (*14*). Sin embargo, no explican en detalle cuáles son los cambios sistémicos necesarios para lograr estos objetivos.

Sin embargo, en un estudio reciente sobre los progresos realizados a nivel mundial desde 2002, que abarcó más de 130 países, se señaló que "en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene prioridad baja"; "se registran bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores"; y "la atención y el apoyo a los cuidadores [...] no es un objetivo prioritario de la acción gubernamental sobre el envejecimiento" (*17*).

Recuadro 1.1. Marcos jurídicos y normativos internacionales sobre el envejecimiento

Normas internacionales de derechos humanos

Los derechos humanos son las libertades y derechos universales, de individuos y grupos, que están consagrados por la ley. Comprenden derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, y derechos sociales, económicos y culturales, como el derecho a la salud, a la seguridad social y a la vivienda. Todos los derechos están relacionados entre sí y son interdependientes e inalienables. No es posible privar a una persona de sus derechos humanos en razón de su edad o estado de salud. El artículo 1 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* prohíbe la discriminación fundada en la condición de una persona, y esta prohibición abarca la edad (*15*). Por definición, los derechos humanos se aplican a todas las personas, incluidas las personas mayores, aunque no se haga referencia expresa en el texto a los grupos de edad más avanzada o al envejecimiento.

Durante los últimos dos decenios, se ha avanzado mucho en los esfuerzos para promover los derechos humanos, incluidos los de las personas mayores. Varios tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos hacen referencia al envejecimiento o a las personas mayores y consagran a las personas mayores que son mujeres, migrantes o personas con discapacidad el derecho a no ser discriminadas; hacen referencia al derecho de las personas mayores a la salud, la seguridad social y un nivel de vida adecuado, y defienden su derecho a no ser objeto de explotación, violencia ni abuso.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

En 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (*13*). En sus recomendaciones, se reconocen tres prioridades para la acción: las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores.

En el Plan se señalan varias cuestiones clave que siguen siendo pertinentes en 2015 y en las que se hace hincapié en este informe. Se trata de cuestiones como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; prestar los servicios adecuados a las personas mayores con discapacidad (un tema tratado en la orientación prioritaria relativa a la salud); proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores (tema tratado en la orientación prioritaria relativa al entorno). El Plan también hace hincapié en la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido.

Envejecimiento activo

La idea del envejecimiento activo surgió en un intento de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados (*16*). En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento *Envejecimiento activo: un marco político* (*14*). En este marco se define el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen". Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

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

- prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;
- reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;
- desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen;
- proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Esta falta de progreso, a pesar de las claras oportunidades que hay para la acción, es doblemente importante porque el envejecimiento de la población está indisolublemente vinculado con muchos otros planes de salud pública a nivel mundial, sobre todo en relación con la cobertura sanitaria universal, las enfermedades no transmisibles y la discapacidad, así como la agenda para el desarrollo después de 2015 y, en particular, los objetivos de desarrollo sostenible (*18*). Muchos de estos programas no tienen sentido o simplemente son inalcanzables si no tienen en cuenta la salud y el bienestar de los adultos mayores.

La respuesta actual de salud pública: más de lo mismo no es suficiente

Para lograr los objetivos planteados en la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* y en *Envejecimiento activo: un marco político* no basta simplemente con hacer más de lo que ya se está haciendo o con hacerlo mejor. Se necesita un cambio sistémico. En los países de ingresos altos, los sistemas de salud suelen estar mejor diseñados para curar enfermedades agudas que para gestionar y reducir al mínimo las consecuencias de los estados crónicos prevalentes en la vejez (*19–21*). Además, en estos sistemas frecuentemente se trabaja de manera compartimentada, por lo que se abordan cada una de estas cuestiones por separado. Esta situación puede conducir a la polifarmacia, intervenciones innecesarias y una atención inferior a la adecuada (*22, 23*).

Por ejemplo, en 2015 se determinó que, en uno de los mayores hospitales de Francia, el 20 % de todos los pacientes mayores de 70 años presentaba considerablemente más dificultades para realizar las tareas básicas de la vida cotidiana en el momento del alta que al ingresar al hospital. Sin embargo, la afección que presentaban era responsable de la limitación en la capacidad en menos de la mitad de estos casos. En los demás casos, la disminución de la capacidad funcional se debía a las carencias en la atención que los pacientes habían recibido. En el 80 % de las situaciones, el problema era evitable, por lo general mediante el uso de otros modelos de atención fáciles y asequibles, tales como alentar al paciente a moverse o manejar mejor la incontinencia (*24*).

Los servicios de salud en los países de ingresos altos tampoco están adecuadamente integrados con los sistemas de cuidados a largo plazo. Por este motivo, se suelen utilizar los costosos servicios de atención de casos agudos para atender cuadros crónicos y no se logra fomentar plenamente el funcionamiento de las personas mayores que reciben cuidados a largo plazo (*23, 25*).

En los países de ingresos bajos o en los entornos de escasos recursos de todo el mundo, el acceso a los servicios de salud suele ser limitado. Es posible que los trabajadores sanitarios no tengan la formación suficiente para hacer frente a los problemas comunes de la vejez, como la demencia o la fragilidad, y que se pierdan oportunidades para el diagnóstico temprano y el control de algunas afecciones, como la hipertensión arterial (un factor de riesgo clave para las principales causas de muerte de las personas mayores: las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares).

Esta situación se observa en los resultados del *Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo* (SAGE), que se basa en muestras representativas a nivel nacional de personas mayores de China, la Federación de Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica (*26*). Según el estudio SAGE, la cobertura de salud efectiva en los países analizados iba desde el 21 % de los pacientes en México al 48 % en Sudáfrica. Esto indica que un gran número de adultos mayores se privan de los servicios de salud o los subutilizan, o bien terminan empobrecidos al tener que pagar por servicios de salud que pueden, o no, proporcionarles la atención que necesitan (*27*). Así, mientras que alrededor del 53 % de los adultos mayores incluidos en el estudio SAGE presentaban hipertensión arterial, solamente entre el 4 % y el 14 % de ellos recibían tratamiento

eficaz (*28*). El gasto catastrófico en salud también es muy alto, ya que va desde aproximadamente el 8 % de los ingresos al 46 %, incluso entre las personas mayores que tienen seguro (*27*).

Estas carencias en la asistencia sanitaria en los países de ingresos bajos y medianos son la causa de que haya un gran número de personas mayores con limitaciones en su funcionalidad (capítulo 3). Debido a que se trata con frecuencia de entornos con infraestructura limitada —cuando no inexistente— para los cuidados a largo plazo, esta responsabilidad recae en las familias, que por lo general carecen de capacitación o apoyo para proporcionar la atención necesaria. Esta situación puede requerir que otro miembro de la familia, por lo general una mujer, renuncie a trabajar.

Por consiguiente, un abordaje integral de salud pública al envejecimiento de la población deberá transformar sistemas que ya no responden a las nuevas características de las poblaciones que atienden. Para que respondan, es preciso saber más sobre la salud en la edad avanzada y definir concretamente qué se puede hacer para mejorarla. Además, se necesita integrar en estos esfuerzos a todos los sectores, ya que en la salud de las personas mayores no solo influyen los sistemas de salud y atención a largo plazo, sino también el entorno en el que viven y han vivido toda su vida.

Con miras a hacer realidad esta aspiración, este informe procura reunir lo que se sabe actualmente sobre el envejecimiento y la salud y traza un marco para la acción de salud pública que sea pertinente para los países en todos los niveles de desarrollo. Así, puede considerarse que el informe da contenido a las prioridades de salud establecidas hace más de 10 años en la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* y en *Envejecimiento activo: un marco político*. Sin embargo, dada la importancia de esta tarea, la falta de acción hasta la fecha y la necesidad de estimular una respuesta de salud pública mundial, recomendamos un doble enfoque de la elaboración de políticas que haga hincapié en la necesidad de un envejecimiento tanto saludable como activo, de acuerdo con las recientes iniciativas emprendidas en la Unión Europea (*29*). Debido a que los determinantes de la salud en la vejez se establecen incluso antes de nacer, en este informe se aplica un enfoque basado en el curso de la vida (*30, 31*), pero con especial atención a la segunda mitad de la vida.

Los desafíos al formular las políticas

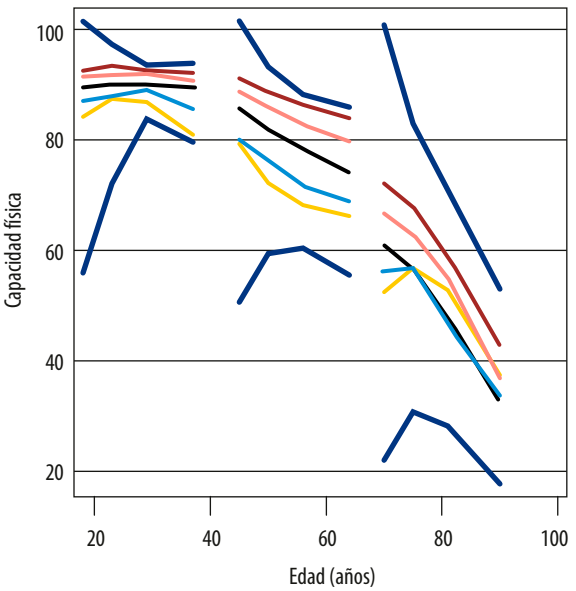
Es preciso superar cuatro desafíos clave para lograr buenos resultados en la respuesta integral de salud pública al envejecimiento.

La diversidad en la vejez

Un desafío importante es la enorme diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presentan las personas mayores. Esta diversidad refleja los cambios fisiológicos sutiles que se producen con el tiempo, pero que solo se asocian vagamente con la edad cronológica.

Por ejemplo, la figura 1.1 ilustra distintas trayectorias de capacidad física a lo largo de la vida a partir de datos del *Estudio longitudinal australiano sobre la salud de las mujeres* (*32*). El espectro de funcionamiento físico (indicado por las líneas oscuras en la parte superior e inferior de la figura 1.1) es mucho más amplio en la vejez que en edades más jóvenes. Esta diversidad es una característica distintiva de la edad avanzada. Significa que algunas personas de 80 años tienen niveles de capacidad tanto física como mental similares a los de muchos jóvenes de 20 años. La política de salud pública debe orientarse a aumentar al máximo el número de personas que presentan estas trayectorias positivas de envejecimiento. Y debe servir para eliminar muchos de los obstáculos que impiden que las personas mayores sigan teniendo participación social y haciendo contribuciones. Pero la figura 1.1 también muestra que muchas personas presentan una disminución considerable

Figura 1.1. Capacidad física a lo largo del curso de la vida, estratificada de acuerdo con la capacidad de vivir con el ingreso actual



Fuente: G. Peeters, J. Beard, D. Deeg, L. Tooth, W. J. Brown, A. Dobson; análisis inédito sobre el *Estudio longitudinal australiano sobre la salud de la mujer.*

de sus capacidades a edades mucho menores. Algunas personas de 60 o 70 años requieren la ayuda de terceros para realizar las actividades básicas. Una respuesta integral de salud pública al envejecimiento de la población también debe ocuparse de sus necesidades.

Lo más acertado es ver las necesidades diversas de las personas mayores como un espectro de grados de funcionamiento. Sin embargo, las respuestas normativas a menudo parecen inconexas, al centrarse en uno u otro de los extremos del espectro. Esto refleja un discurso público más general que a menudo se polariza en dos puntos de vista muy diferentes acerca del envejecimiento.

Por un lado, el modelo centrado en las carencias considera la vejez como un período de vulnerabilidad y desconexión (*33*). Desde esta perspectiva, el deterioro y la irrelevancia progresiva parecen inevitables, y los responsables de tomar decisiones se centran en el "cuidado de las personas mayores" y se preocupan más de lo que se representa como dependencia y mayores demandas a los sistemas de salud, jubilación y servicios sociales.

Por otro lado, están los modelos que hacen hincapié en la importancia de la participación social en la edad avanzada, la contribución que las personas mayores pueden hacer en todos los niveles de la sociedad y el potencial para que esto sea lo normal y no una excepción (*16, 33–37*). Desde este punto de vista, los 70 se convierten en los nuevos 60 y los responsables de tomar decisiones procuran superar los estereotipos anticuados y fomentar el envejecimiento activo o pleno, con el fin de crear una sociedad donde las contribuciones de las personas mayores superen de modo general las inversiones sociales (*38*).

Estos modelos pueden suscitar debates bastante acalorados. Por ejemplo, mientras que la perspectiva más optimista puede ser vista como un "intento de establecer algo positivo contra los estereotipos sociales negativos acerca del envejecimiento", también se la ha criticado como una "nueva ortodoxia", con defectos fundamentales que probablemente tengan consecuencias negativas para los miembros más vulnerables de la población de mayor edad (*39*). Otros han planteado que posiblemente estos enfoques hayan contribuido a empeorar la percepción pública y política acerca de las personas mayores, que pasó de un grupo homogéneo de "'pobres que merecen ayuda' *incapaces* de trabajar" a incluso "una imagen más negativa de 'viejos avaros' *reacios* a trabajar" (*40*).

En 1961, Robert J. Havighurst, uno de los padres de la gerontología moderna, planteó que cada posición en este debate polarizado era "una afirmación de determinados valores" (*35*). Hasta cierto punto, esta observación aún tiene vigencia. Además, la gran diversidad de experiencias de la edad avanzada plantea que hay algo de verdad en cada una de estas perspectivas. Aunque muchas personas continúan su crecimiento personal

en la edad avanzada, otras se repliegan. Algunas gozan de buena salud, otras presentan una pérdida significativa de la capacidad y requieren atención considerable. Las políticas no pueden centrarse solo en un extremo de este espectro.

Por consiguiente, uno de los objetivos de este informe es fomentar un marco para la acción de salud pública sobre el envejecimiento que sea aplicable a todas las personas mayores.

El impacto de la inequidad

La diversidad en la vejez no es casual. Aunque parte de la diversidad se debe a la herencia genética (*41*) o a las decisiones tomadas por las personas durante su vida, la mayor parte es el resultado de influencias que a menudo están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición, dado que los entornos físicos y sociales que las personas habitan pueden influir en la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que afectan las oportunidades, las decisiones y el comportamiento (capítulo 6).

Además, la relación que tenemos con nuestro entorno depende de varias características personales, como la familia en la que nacimos, nuestro sexo y nuestro origen étnico. La influencia del entorno a menudo se ve alterada esencialmente por estas características, lo que produce desigualdades en materia de salud, y cuando estas son injustas y evitables, se generan inequidades en este ámbito (*42*). De hecho, una parte importante de la gran diversidad en la capacidad y las circunstancias que se observan en la edad avanzada probablemente se deba al efecto acumulativo de estas inequidades en salud a largo de toda la vida. A esto se lo conoce a veces como *ventaja* o *desventaja acumulativa* (*43*).

Así, en la figura 1.2, las líneas entre los límites más oscuros de funcionamiento físico muestran la cohorte dividida en quintiles según la adecuación de los ingresos. Las personas con el nivel más bajo de adecuación de los ingresos al inicio presentan un máximo de capacidad física más bajo, y esta disparidad suele persistir toda la vida. Como en general hay acuerdo en que las diferencias en el funcionamiento físico no deberían estar correlacionadas con los ingresos, en este informe se considera que tales diferencias y su persistencia no son equitativas.

Estas influencias son importantes para los responsables de formular políticas por dos razones. En primer lugar, tienen que saber que las personas que experimentan mayores necesidades de salud en algún momento de la vida también pueden ser las que tengan menos recursos para afrontarlas. En segundo lugar, las políticas de salud pública deben formularse de manera tal de superar, en lugar de reforzar, esas inequidades (recuadro 1.2). Estos temas son recurrentes en gran parte de este informe.

Estereotipos anticuados y nuevas expectativas

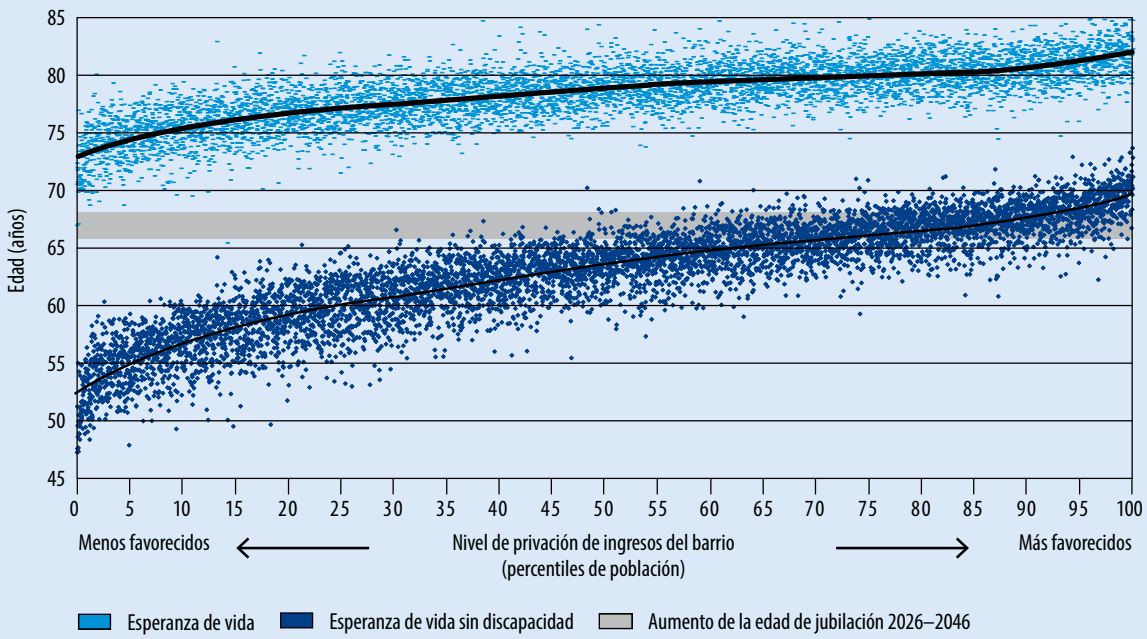
Algunos de los obstáculos más importantes para formular una buena política de salud pública sobre el envejecimiento son los conceptos, actitudes y suposiciones erróneos y generalizados acerca de las personas mayores (*45, 46*). Aunque hay pruebas considerables de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos, a menudo se los ve de manera estereotipada como una carga o como personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes (*47*). La discriminación por motivos de edad que encierran estas actitudes (recuadro 1.3) limita la forma en que se conceptualizan los problemas, las preguntas que se hacen y la capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras (*46*). Si se parte de estas actitudes para formular las políticas, la consecuencia suele ser un fuerte énfasis en la contención del gasto.

Estos estereotipos obsoletos se extienden a la forma en la que habitualmente se concibe el curso de la vida, ya que se supone que está circunscrito a una serie rígida de etapas. En los contextos de ingresos altos, estas etapas suelen ser la primera infancia, los años de estudio, un período definido de años de trabajo y, después, la jubilación. Sin embargo, se trata de constructos

Recuadro 1.2. Desigualdades en salud y jubilaciones

Un estudio de las desigualdades en salud desde 2010 en el Reino Unido reveló que, a pesar de que en promedio las personas podían aspirar a vivir hasta los 77 años, 15 de esos años los vivían con algún tipo de discapacidad. Además, tanto la esperanza de vida en general como la esperanza de vida sin discapacidad varían en función del lugar en el que se vivió. En promedio, las personas que viven en los barrios más ricos de Inglaterra mueren aproximadamente seis años más tarde que las que viven en los barrios más pobres. La diferencia en la esperanza de vida sin discapacidad es aún mayor: 13 años. Así, las personas que viven en las zonas más pobres no solo mueren antes, sino que también pasan más tiempo de sus vidas más cortas con limitaciones de capacidad (*44*). Asimismo, las zonas más pobres a menudo carecen de la infraestructura y los recursos que podrían permitir a una persona con capacidad limitada hacer lo que necesita hacer.

Figura 1.2. Esperanza de vida en general y esperanza de vida sin discapacidad al nacer, por nivel de ingresos del barrio, Inglaterra (1999-2003)



El análisis también comparó la esperanza de vida sin discapacidad con la edad prevista de jubilación en el Reino Unido, que es 68 años. Más de tres cuartas partes de las personas presentaban algún tipo de discapacidad a los 68 años de edad, y la mayoría de ellas vivía en los barrios más pobres. Además, es probable que el tiempo que una persona con discapacidad puede aspirar a vivir después de los 68 años (y, por lo tanto, aspirar a recibir una jubilación) sea considerablemente menor que el de una persona en buen estado de salud. Por consiguiente, las políticas que limitan los recursos estrictamente en función de la edad cronológica en muchos casos refuerzan y amplían la inequidad, negando recursos a quienes más los necesitan y, al mismo tiempo, proporcionándoselos por más tiempo a quienes menos los necesitan.

sociales que tienen poco fundamento fisiológico. La noción de jubilación es relativamente nueva, y para muchas personas que viven en países de ingresos bajos y medianos sigue siendo un concepto abstracto. La idea de que el aprendizaje debe ocurrir solo durante las primeras etapas

Recuadro 1.3. La discriminación por motivos de edad

La discriminación por motivos de edad abarca los estereotipos y la discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. Puede tomar muchas formas, por ejemplo actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan las creencias estereotipadas (*46*).

Las actitudes discriminatorias por motivos de edad se dan de forma generalizada en todas las sociedades, y no se limitan a un grupo social o un grupo étnico. Algunas investigaciones indican que es posible que la discriminación por motivos de edad actualmente sea una forma más generalizada de discriminación que el sexismo o el racismo (*48, 49*). Esto tiene graves consecuencias tanto para las personas mayores como para la sociedad en general. Puede ser un gran obstáculo para formular buenas políticas, ya que limita las opciones. También puede tener efectos graves en la calidad de la atención sanitaria y social que las personas mayores reciben.

Los estereotipos negativos están tan generalizados que incluso a quienes manifiestan públicamente las mejores intenciones les puede resultar difícil abstenerse de actuar y expresarse en forma negativa. Además, las actitudes discriminatorias por motivos de edad suelen verse como humorísticas y, en cierto grado, basadas en la realidad, por lo que a menudo se piensa equivocadamente que el humor contrarresta todo efecto negativo en la persona mayor. Sin embargo, existen pruebas de que la discriminación por motivos de edad provoca menores niveles de autonomía, menor productividad y mayor estrés cardiovascular (*50*). Así pues, esos estereotipos pueden convertirse en realidad, lo que refuerza la inacción y el deterioro que se produce al interiorizar esas ideas. Las actitudes negativas también son muy comunes incluso en los centros de salud y asistencia social, entornos donde los adultos mayores están en la situación más vulnerable.

Algunos de estos prejuicios se basan en el deterioro biológico observable. Es posible que este punto de partida supuestamente objetivo para el estereotipo de la vejez esté distorsionado por las ideas acerca de trastornos como la demencia, que a veces se consideran erróneamente como expresiones del envejecimiento normal. Además, debido a que se supone que la discriminación por motivos de edad está basada en estos presuntos hechos fisiológicos y psicológicos, poco o nada se tienen en cuenta las adaptaciones menos obvias hechas por las personas mayores para reducir al mínimo los efectos de las pérdidas relacionadas con la edad, ni los aspectos positivos del envejecimiento, el crecimiento personal que puede ocurrir durante este período de la vida y las contribuciones realizadas por las personas mayores.

La discriminación por motivos de edad está arraigada en la sociedad y puede convertirse en realidad al promover en las personas mayores los estereotipos del aislamiento social, el deterioro físico y cognitivo, la falta de actividad física y la idea de que son una carga económica (*51*).

de la vida refleja modelos obsoletos del empleo en los que una persona capacitada para una función, con suerte, la desempeñaba durante toda la vida, a veces con un solo empleador (*52*).

Una consecuencia de este encuadre rígido del curso de la vida es que los años adicionales que trae consigo el aumento de la longevidad a menudo se consideran una simple ampliación del período de jubilación. Sin embargo, si estos años adicionales pueden vivirse en buen estado de salud, entonces, ese enfoque sobre la manera en la que deberían vivirse resulta muy limitador. Por ejemplo, la idea de vivir más tiempo podría permitir a las personas criar a sus hijos y luego comenzar una carrera a los 40 años o incluso a los 60, cambiar de trayectoria profesional en cualquier etapa de la vida o, tal vez, elegir retirarse durante un tiempo a los 35 y luego reincorporarse al mercado laboral. La propia jubilación puede evolucionar a opciones menos rígidas.

Por lo tanto, si las políticas lo permiten, la combinación de una mayor longevidad con una buena salud puede posibilitar un sinfín de variaciones en las etapas tradicionales del curso de la vida. Estos cambios pueden beneficiar no solo a los individuos, sino también a la sociedad en general, al ofrecer mayores oportunidades de que las personas mayores contribuyan con su

participación en el mercado laboral y en otras actividades sociales.

Algunos estudios indican que, al menos en ciertos países de ingresos altos, las personas mayores están buscando alternativas innovadoras a la estructura tradicional de la vida (*53*). En Estados Unidos, por ejemplo, las encuestas señalan que la mayoría de las personas cercanas a la edad tradicional de jubilación, en realidad, no quieren jubilarse (*53*). En algunos casos, esto se debe al impacto de la pobreza y a la necesidad de continuar trabajando, pero en la mayoría de los casos parece haber un mayor interés en permanecer como participantes activos en la sociedad. Sin embargo, las personas encuestadas no dijeron querer más de lo mismo. Quieren flexibilidad y la posibilidad de cambiar de carrera, trabajar a tiempo parcial o iniciar un negocio. De hecho, hay indicios de que las personas mayores persiguen estos objetivos y afrontan bien estas transiciones. En Estados Unidos, el 23 % de los nuevos emprendedores durante 2011-2012 tenían de 55 a 64 años de edad (*54*), y entre los empresarios de éxito había el doble de mayores de 50 años que de menores de 25 años (*55*).

En los países de ingresos bajos y medianos, tal vez el curso de la vida esté delimitado con menos claridad, en particular para las personas pobres, que probablemente hayan tenido oportunidades educativas limitadas en su juventud y tengan que trabajar para ganarse la vida hasta la vejez, a menos que cuenten con familiares que las ayuden (*56*).

Sin embargo, sería erróneo estereotipar la situación de los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, el desarrollo socioeconómico permite a muchos de ellos incorporar jubilaciones mínimas financiadas con impuestos. Esto es vital para la seguridad financiera de las poblaciones de edad avanzada (*57*), pero también es especialmente importante para los trabajadores informales (por ejemplo, las mujeres que se desempeñaron como cuidadoras durante toda su vida o los trabajadores agrícolas) y para quienes no tuvieron la oportunidad de generar derechos para recibir pensiones o seguros de salud.

Sin embargo, algunas de las limitaciones y actitudes hacia el curso de la vida que prevalecen en los países de ingresos altos también se observan en países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, es posible que algunos subsectores privilegiados de la población, como los trabajadores del sector público, tengan acceso a jubilaciones generosas, similares a las observadas en los países de ingresos altos y, a veces, incluso más restrictivas (*58*). Alcanzar estos beneficios puede llegar a ser una aspiración para otros sectores de la comunidad, y los supuestos dentro de estos objetivos muchas veces influyen en la formulación de políticas en general.

Uno de los principales desafíos para todos los gobiernos en el siglo XXI será crear políticas financieramente sostenibles y justas que permitan garantizar la seguridad financiera esencial para el bienestar en la vejez y, a la vez, otorguen flexibilidad para integrar enfoques innovadores sobre el curso de la vida. La solución a este desafío trasciende el alcance de este informe. No obstante, asegurar la salud de las poblaciones de mayor edad y la distribución equitativa de este beneficio es un requisito para formular políticas eficaces en esta esfera.

Para lograr estos objetivos, la política de salud pública tendrá que tener en cuenta el profundo replanteo actual acerca de lo que es la vejez y lo que podría ser. Sin embargo, aunque las políticas de respuesta no pueden basarse en estereotipos anticuados, es arriesgado predecir los cambios de actitudes y comportamientos futuros. En lugar de encaminar a las personas mayores hacia fines sociales predeterminados, sería más conveniente que la política de salud pública se centrara en empoderar a las personas mayores para que logren cosas que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado.

El mundo está cambiando también

No se trata solo de que las personas mayores puedan aspirar a vivir mucho más que antes, sino de que el mundo que las rodea ha cambiado (*59*). Por ejemplo, en los últimos 50 años se ha registrado un movimiento demográfico masivo desde las zonas rurales hacia las urbanas. Ahora, por primera vez, la mayoría de la población mundial vive en ciudades (*60*). El mundo también se ha hecho mucho más rico gracias al desarrollo socioeconómico casi global, aunque en muchos lugares esto ha traído consigo un aumento de la disparidad, en gran medida evitable. Los avances en el transporte y las comunicaciones han permitido la rápida globalización de las actividades económicas y culturales, junto con el aumento de la migración, la desregulación de los mercados laborales y el cambio de los puestos de trabajo que ocuparon tradicionalmente muchas de las personas ahora de edad avanzada hacia nuevos sectores de la economía (*61, 62*).

Para algunas personas mayores, particularmente aquellas que tienen conocimientos y habilidades deseables y flexibilidad financiera, estos cambios crean nuevas oportunidades. Para otras, puede que estos cambios supriman las redes de seguridad social que, de otra manera, hubieran tenido a disposición. Por ejemplo, mientras que la globalización y la conectividad mundial pueden hacer que sea más fácil para las generaciones más jóvenes migrar a zonas de crecimiento, también pueden hacer que los familiares de edad avanzada queden en las zonas rurales pobres sin las estructuras tradicionales de la familia a las que, de otro modo, hubieran podido recurrir en busca de apoyo.

También están ocurriendo otros cambios en las familias. Algunos se deben a normas culturales locales, a respuestas a acontecimientos externos o a factores específicos de la familia (*63*). En Zambia, por ejemplo, debido a la migración interna y al impacto del SIDA, el 30 % de las mujeres de edad son cabeza de familia en hogares donde falta una generación, y tienen la responsabilidad de criar al menos a un nieto sin la presencia de familiares de la generación intermedia (*64*).

Pero también se registran tendencias más generales. A medida que aumenta la esperanza de vida, también lo hacen las probabilidades de que diferentes generaciones de una familia estén vivas al mismo tiempo. Sin embargo, aunque pueda haber aumentado el número de generaciones sobrevivientes en una familia, en la actualidad estas generaciones tienen más probabilidades que antes de vivir por separado. En efecto, en muchos países la proporción de personas mayores que viven solas aumenta en forma notable. Por ejemplo, en algunos países europeos, más del 40 % de las mujeres mayores de 65 años actualmente viven solas (*65*).

En las sociedades con tradiciones arraigadas donde se acostumbra que los padres de edad avanzada vivan con sus hijos, como en Japón, las modalidades de convivencia tradicionales y multigeneracionales también son cada vez menos comunes (*66*). Incluso en India, un país donde se supone que se preservan los lazos familiares fuertes, solo el 20 % de los hogares corresponden a familias conjuntas o extensas (*67*).

La reducción del tamaño de la familia a veces limita las oportunidades de disfrutar de atención recíproca o compartir los bienes que suelen estar disponibles en hogares más grandes, y esto también puede aumentar el riesgo de pobreza (*68*). Además, las personas mayores que viven solas pueden estar en mayor riesgo de aislamiento y suicidio (*69*). Sin embargo, como se presenta en próximos capítulos de este informe, muchas personas mayores de todos modos prefieren vivir en su propio hogar y comunidad el mayor tiempo que sea posible (*70*).

Otras dos tendencias importantes refuerzan estos cambios en la estructura familiar. Las marcadas caídas de la fecundidad en muchas partes del mundo indican que el número relativo de personas más jóvenes en una familia es mucho menor de lo que solía ser (figura 3.8). Al mismo tiempo, se han producido importantes cambios en las normas de género y en las oportunida-

des para las mujeres. En el pasado, las mujeres desempeñaban la función esencial de cuidadoras, tanto de los niños como de los familiares de edad. Esta función restringía la participación de las mujeres en la fuerza laboral remunerada, lo que tuvo muchas consecuencias negativas para ellas, como un mayor riesgo de pobreza, menor acceso a servicios de salud y seguridad social de calidad, mayor riesgo de abuso, mala salud y menor probabilidad de acceder a una jubilación. En la actualidad, las mujeres cada vez más desempeñan otras funciones, lo que les proporciona mayor seguridad en la vejez. Pero estos cambios también limitan la capacidad de las mujeres y las familias para cuidar a las personas mayores que lo necesitan. Es improbable que los antiguos modelos de atención de la familia sean sostenibles.

Otros cambios sociales también influirán en lo que significa ser viejo en el siglo XXI. Por ejemplo, en muchos lugares del mundo, se está debilitando o, al menos, transformando la posición tradicional de las personas mayores como seres respetados en la familia o la sociedad (recuadro 1.4). Sin embargo, los nuevos dispositivos de apoyo y los entornos favorables posibilitan en muchos casos que las personas mayores hagan las cosas que son importantes para ellas, a pesar de tener limitaciones considerables en la capacidad; por ejemplo, Internet puede proporcionar contacto por video con la familia a pesar de la distancia y oportunidades de aprendizaje en línea. Además, en un contexto de escasez de mano de obra, con el estímulo del gobierno y el cambio de las actitudes, las oportunidades de empleo en algunas áreas están aumentando.

Es dentro de este mundo dinámico que cada vez más personas viven la vejez.

¿Por qué actuar en materia de envejecimiento y salud?

Los derechos de las personas mayores

Hay muchas justificaciones para destinar recursos públicos a mejorar la salud de las poblaciones de edad avanzada (*4*). La primera es el derecho humano que las personas mayores tienen al más alto nivel de salud posible (*75*). Este derecho está consagrado en el derecho internacional. Sin embargo, las personas a menudo sufren estigma y discriminación, así como la violación de sus derechos a nivel individual, comunitario e institucional, simplemente debido a su edad. Un enfoque basado en los derechos para promover el envejecimiento saludable puede ayudar a superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores, y aclarar las obligaciones jurídicas de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos (*76, 77*).

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos establece que el derecho a la salud "abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano" (*78*). Por lo tanto, se requiere un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para ayudar a crear las condiciones apropiadas que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible. En efecto, en virtud del derecho a la salud, los Estados están obligados a ofrecer, sin discriminación de ningún tipo, centros de salud, bienes y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Los Estados partes deben proceder de conformidad con el principio

Recuadro 1.4. El cambio social, la piedad filial y el envejecimiento en la región de Asia y el Pacífico

La zona de Asia y el Pacífico actualmente define muchas de las tendencias demográficas mundiales. Muchos países de esta región han registrado un enorme desarrollo económico e industrial y un alto nivel de urbanización. Al mismo tiempo, la región ha presentado y seguirá presentado grandes transformaciones en el tamaño y la composición de la familia. Esto ha traído consigo cambios en las relaciones intergeneracionales en casi todos los países, particularmente en China, Japón, la República de Corea, Singapur y Tailandia (*71*).

En toda la región, se percibe que los atributos tradicionales, como la piedad filial, se han debilitado o están cambiando. La piedad filial (孝, xiào) abarca un conjunto complejo de relaciones y deberes emocionales y prácticos recíprocos entre un progenitor y su hijo. El respeto, la obediencia, la lealtad y el apoyo práctico son componentes importantes y pueden extenderse más allá de las generaciones inmediatas hasta abarcar la reverencia a los antepasados (por ejemplo, a través del culto a los antepasados y la limpieza de las tumbas) (*71, 72*).

En muchos países, las tensiones aumentan a medida que las generaciones más jóvenes no se sienten tan comprometidas a cumplir sus deberes o tienen menos capacidad para hacerlo. Las familias menos numerosas y el aumento de la migración para trabajar a menudo hacen que haya menos hijos en el hogar para compartir las responsabilidades físicas, emocionales y financieras de los padres y abuelos al envejecer. Esto puede conducir a la exclusión social, el aislamiento, la pobreza e incluso el maltrato de las personas mayores, así como a un desajuste cada vez mayor entre las expectativas de las distintas generaciones (*72*).

Ante esta situación, algunos países han incorporado leyes, o han ampliado la legislación existente, para obligar a los hijos a apoyar, visitar o atender a los padres ancianos, aunque se cuestiona si se trata de soluciones equitativas y ejecutables. Por ejemplo, algunos grupos —como las personas mayores que no tienen hijos, las que tienen hijos que han migrado y no están en contacto o las que viven en familias con divorcios y nuevos matrimonios— no tienen en la práctica apoyo filial, por lo que corren riesgo de abandono (*72*).

Sin embargo, las tradiciones de piedad filial parecen seguir fuertes, a pesar de que las expresiones prácticas de la piedad filial estén tomando formas mucho más variadas que la atención personal directa. Las personas mayores, los hijos y, en muchos lugares, los Estados están comenzando a aceptar esta realidad. Uno de estos cambios es que el contacto directo se ha sustituido por las llamadas telefónicas y los mensajes electrónicos. En muchos casos, las remesas de fondos y el pago de la atención, cuyo costo a veces se comparte entre los hijos con diferentes recursos, se han convertido en las principales expresiones modernas del deber filial.

Además, las tendencias observadas en otros lugares son cada vez más comunes, como recurrir a la asistencia institucional para las personas mayores y delegar la atención personal, social y sanitaria a fuentes públicas y privadas. En China, por ejemplo, algunos padres consideran una muestra de éxito que sus hijos puedan pagarles una residencia para ancianos cara o un cuidador doméstico residente (*73, 74*).

Es preciso debatir sobre el futuro de la dependencia de las familias, el Estado o el sector privado para atender a las personas mayores. En muchos lugares, se supone que lo normal es la atención a cargo de la familia, pero muchas sociedades ahora reconocen que confiar demasiado la atención a la familia puede ser perjudicial para el bienestar de los adultos mayores, además de suponer una carga para las mujeres por ser las cuidadoras tradicionales. Asimismo, muchas personas mayores quieren trabajar o cuidar de sí mismas, o las dos cosas. Algunas personas mayores, sin duda, sienten que pueden ser una carga para sus hijos y optan por vivir en hogares separados. Es fundamental comprender mejor el impacto de estos cambios y el aislamiento social que pueden desencadenar para formular políticas adecuadas.

de realización progresiva, que establece la obligación de tomar medidas, hasta el máximo de los recursos de que disponen, para garantizar progresivamente el pleno disfrute del derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con las personas mayores.

Tener disponibilidad significa contar con un número suficiente de instalaciones, bienes,

servicios y programas de salud pública y asistencia sanitaria eficaces. En el contexto del envejecimiento, la disponibilidad implica tener en cuenta el grado en que los centros de salud, los bienes y los servicios satisfacen las necesidades de salud específicas de las personas mayores. En este informe se dejará claro que estos servicios son muy diferentes de los que a menudo ofrecen los sistemas de salud.

La accesibilidad de las instalaciones, los bienes y los servicios de salud abarca cuatro subdimensiones: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (o la asequibilidad) y la accesibilidad de la información. Todas son particularmente pertinentes para las personas mayores, que a veces padecen el racionamiento de servicios por motivos de edad, algunas limitaciones físicas que hacen particularmente difícil el acceso, la inseguridad financiera debido a su edad y ciertos obstáculos para la información que van desde el analfabetismo hasta la imposibilidad de usar materiales en la web, una modalidad con la que tal vez no estén familiarizadas o a la que no tengan acceso.

El derecho de las personas mayores a la salud también reivindica el elemento de la aceptabilidad de los servicios, bienes y servicios de salud, de acuerdo con las normas de la ética médica y el uso de enfoques culturalmente apropiados y con perspectiva de género. Por ejemplo, al evaluar la aceptabilidad, es preciso considerar si los servicios están adaptados a las personas mayores o son sensibles a sus necesidades y tener en cuenta que estas personas no son un grupo homogéneo, sino que enfrentan diversos riesgos y circunstancias de salud. En algunos países de ingresos bajos, aunque hay servicios, para acceder a ellos hay que hacer fila durante muchas horas, lo que puede resultar difícil para algunas personas mayores debido a limitaciones físicas o a la necesidad de ir al baño con frecuencia. Algunos países han tomado medidas para dar respuesta a estas necesidades, como asignar ciertos horarios para atender solo a adultos mayores, proporcionarles sillas para sentarse y permitirles ir al baño sin perder su lugar en la fila.

El cuarto elemento del derecho a la salud pone de relieve la importancia de las instalaciones, los bienes y los servicios de buena calidad. Cuando los servicios se reestructuran para satisfacer mejor las necesidades de las personas mayores, los sistemas deben velar por que estas mejoras se mantengan. Además, un enfoque basado en los derechos humanos exige que los Estados controlen el acceso de las personas mayores a los servicios de conformidad con estos criterios, lo que subraya una vez más la importancia de contar con datos sólidos y sistemáticos.

En términos más generales, el derecho a la no discriminación abarca el derecho a no ser discriminado por motivos de edad. Esto no solo significa que las personas mayores tienen los mismos derechos que las demás, sino también que los Estados tienen la obligación de hacer un esfuerzo especial para llegar a todos los grupos de personas mayores desfavorecidas o vulnerables y orientar los recursos a estos grupos con el fin de promover la igualdad.

Un enfoque basado en los derechos humanos requiere integrar la idea central de que las personas mayores participen activamente y tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar, un concepto que también es fundamental para el enfoque de salud pública centrado en la persona. Las políticas y los programas deben empoderar a las personas mayores para que contribuyan a la sociedad y sigan siendo miembros activos de sus comunidades durante el mayor tiempo posible, en función de su capacidad (*79*). Sin embargo, para garantizar una participación provechosa y un liderazgo sostenido en la comunidad se precisa apoyo financiero y técnico adecuado. Al velar por el respeto a los derechos humanos, también se añade valor a los esfuerzos para mejorar el envejecimiento y la salud porque se reconoce la importancia de rendir cuentas. La rendición de cuentas permite a las personas hacer valer sus derechos. En materia de salud, es posible mejorar la rendición de cuentas por distintos medios, como los mecanismos de derechos humanos en los planos internacional, regional y nacional, la

creación de comités nacionales sobre el envejecimiento, u otros procesos de vigilancia, denuncia y reparación que pueden ayudar a detectar problemas ocultos, como la violencia contra las personas mayores. Por ejemplo, el Foro Asia-Pacífico de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos ha ayudado a llamar la atención sobre la vulnerabilidad de las personas mayores a la discriminación y el maltrato en la atención institucional, al destacar su "carácter sistémico más que individual", lo que requiere una acción en todos los sectores y ámbitos, incluidos los defensores de los derechos humanos, la salud pública y las personas mayores (*80*).

Envejecimiento, salud y desarrollo

La segunda razón clave para actuar en materia de envejecimiento y salud es fomentar el desarrollo sostenible (*81*). En la actualidad, la mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores. Si queremos construir sociedades cohesivas, pacíficas, equitativas y seguras, el desarrollo tendrá que tener en cuenta esta transición demográfica y las iniciativas tendrán que aprovechar la contribución que las personas mayores hacen al desarrollo y, al mismo tiempo, garantizar que no se las excluya (*13*).

Las personas mayores contribuyen al desarrollo de muchas maneras, por ejemplo en la producción de alimentos y en la crianza de las generaciones futuras (*82*). Incluirlas en los procesos de desarrollo no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, sino que probablemente refuerce el desarrollo al apoyar estas contribuciones. Excluir a las personas mayores de estos procesos, además de socavar su bienestar y sus contribuciones, puede repercutir gravemente en el bienestar y en la productividad de otras generaciones. Por ejemplo, puede que una persona mayor no reciba tratamiento para la hipertensión arterial por falta de asistencia sanitaria accesible o asequible, lo que tal vez le ocasione un accidente cerebrovascular. Esto no solo podría poner en peligro su futura contribución a la seguridad de la familia, sino que podría hacer necesario que otros miembros de la familia, generalmente mujeres y niñas, se hagan cargo de su atención, y entonces ellas mismas no puedan ir a trabajar o a estudiar. El descuido de las necesidades de las personas mayores tiene consecuencias para el desarrollo que se extienden mucho más allá de los individuos.

Dado que a menudo se ve a las personas mayores de forma estereotipada como parte del pasado, es posible que se les pase por alto en el vértigo con que encaramos el futuro. Para tener un desarrollo sostenible, debemos ocuparnos del número inaceptable de personas mayores que viven en la pobreza, carecen de la adecuada seguridad de los ingresos, sufren amenazas a la seguridad personal (a través de maltrato a las personas mayores o las necesidades no satisfechas en los desastres, por ejemplo) y tienen acceso limitado a la atención sanitaria y la asistencia social (*81*). Para asegurar un "desarrollo para todos", es preciso afrontar las causas profundas de la inequidad y garantizar que todas las generaciones tengan acceso equitativo a asistencia sanitaria y social, aprendizaje permanente y oportunidades de contribuir. Se deberán considerar específicamente las necesidades de las personas mayores para que los diferentes entornos sean accesibles, incluidos los espacios y edificios públicos, las viviendas, los lugares de trabajo y el transporte.

Una evaluación atenta del efecto de las políticas en los adultos mayores de diferentes grupos de edad, sexo, nivel socioeconómico, lugar geográfico y origen étnico puede ayudar a reconocer las políticas que podrían mejorar la equidad y las que podrían dejar a las personas mayores en peor situación. Por ejemplo, en muchos países de ingresos altos se ha considerado aumentar los pagos directos realizados por los servicios de salud recibidos, como una manera de reducir el gasto en salud y disminuir la sobreutilización de los servicios. Sin embargo, una investigación realizada en Alemania sobre los gastos por cuenta

propia de los adultos mayores en salud reveló que esos gastos representaban una carga financiera considerablemente menor en el quintil más rico de la población en comparación con el más pobre (*83*). Ya sea que los objetivos de las políticas de desarrollo procuren contener el gasto o ampliar la cobertura, tal información es crucial cuando se analizan las opciones para mejorar la equidad dentro de los grupos de edad y entre ellos. La participación de las personas mayores en las decisiones sobre los asuntos que les conciernen a ellas y a sus familias puede hacer que las respuestas sean más pertinentes.

El imperativo económico

Una tercera razón para actuar es el imperativo económico de adaptarse a los cambios en la estructura de la edad, de manera tal de reducir al mínimo los gastos asociados con el envejecimiento de la población y aumentar al máximo las múltiples contribuciones que realizan las personas mayores mediante la participación directa en la fuerza de trabajo formal o informal, los impuestos y el consumo, las transferencias de dinero en efectivo y bienes a las generaciones más jóvenes y las numerosas prestaciones menos tangibles que hacen a sus familias y comunidades.

Sin embargo, los análisis económicos de las consecuencias del envejecimiento de la población están cambiando, y los modelos que se utilizan con frecuencia hoy en día pueden provocar respuestas inapropiadas. Por ejemplo, uno de los indicadores económicos más utilizados es el que se conoce como la *relación de dependencia de las personas mayores*, definida como la proporción de personas mayores dependientes (de 65 años o más) con respecto a la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años) (*84*). Como punto de partida para formular políticas, esto provoca que se haga hincapié en los gastos que puedan derivarse de apoyar a poblaciones supuestamente dependientes.

Además, hay muchas fallas en este indicador, sobre todo porque supone que la edad cronológica es un marcador válido del comportamiento. Una de las características de la vejez es la diversidad, y la edad cronológica solo se asocia vagamente con los niveles de funcionamiento. Sin embargo, la relación de dependencia supone que todas las personas de entre 15 y 65 años trabajan (aunque, en 2009, más de un tercio de lo que se considera la población en edad de trabajar en la Unión Europea en realidad no trabajaba) y que todos los mayores de 64 años son dependientes (aunque muchas personas mayores de 64 años son participantes activos en la fuerza laboral formal) (*85*). También ignora la influencia que las políticas y otros factores externos pueden tener en la proporción de personas mayores que participa en la fuerza laboral formal.

Además, este uso generalizado de la palabra *dependencia* se basa en supuestos discriminatorios por motivos de edad. Muchas personas mayores, aunque ya no formen parte de la población activa, pueden tener seguridad financiera independiente gracias a los activos acumulados durante su vida o los aportes realizados a fondos de pensiones. Los análisis detallados dentro de las familias muestran que, contrariamente a la previsión de dependencia, en muchos países se registran corrientes de efectivo de los miembros mayores de la familia a los miembros más jóvenes hasta bien entrados los 80 años (*86*). Además, las personas mayores hacen grandes contribuciones económicas a la sociedad mediante el consumo. En Estados Unidos, los mayores de 55 años controlarán el 70 % de todos los ingresos disponibles en 2017 (*87*). En Francia, los mayores de 55 serán responsables de dos tercios de todo el aumento del consumo entre 2015 y 2030 (*88*).

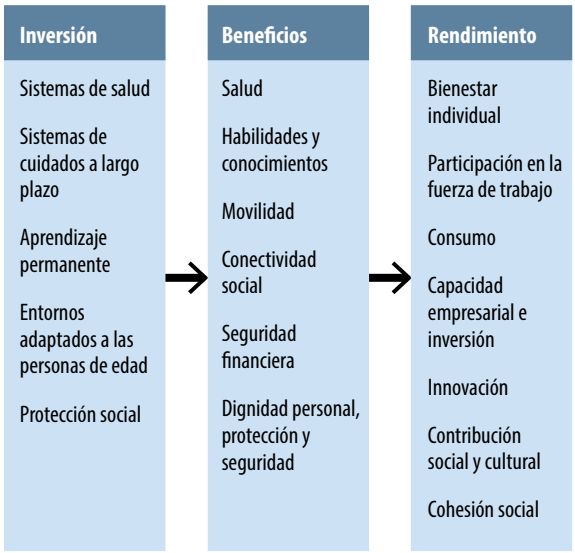
Una investigación realizada en 2010 en el Reino Unido revela cuán diferente puede parecer el panorama económico en relación con la población de edad si se tienen en cuenta estas diversas contribuciones. El estudio mostró que el gasto público en las personas mayores (debido a jubilaciones y otras prestaciones de bienestar social y asistencia sanitaria) era de 136.000 millones de libras en total. A cambio, las personas mayores habían hecho contribuciones tributarias por un

total de 45.000 millones de libras y otras contribuciones financieras directas por valor de 10.000 millones de libras. También aportaron otros 76.000 millones a la economía nacional a través de sus gastos y 44.000 millones por medio de beneficios económicos menos tangibles, como la prestación de atención social y el voluntariado. De hecho, tras contabilizar tanto el gasto en las personas mayores como sus contribuciones, se determinó que las personas mayores habían hecho un aporte neto a la sociedad de casi 40.000 millones de libras, una cifra que será de 77.000 millones de libras en 2030 (*47*).

Las investigaciones en los países de ingresos bajos, aunque más limitadas, destacan las contribuciones a veces sorprendentes que hacen las personas mayores. Por ejemplo, el promedio de edad de los agricultores en Kenya es 60 años (*82*), lo que los convierte en actores cruciales en la seguridad alimentaria. Muchas otras personas mayores que viven en países de ingresos bajos cumplen una función importante en la crianza de la siguiente generación.

Este informe, por lo tanto, adopta un enfoque diferente acerca de las implicaciones económicas del envejecimiento de la población. En lugar de presentar los gastos en las personas mayores como un costo, los considera inversiones que facilitan el bienestar y las diversas contribuciones de las personas mayores (figura 1.3). Estas inversiones comprenden los gastos en los sistemas de salud, los cuidados a largo plazo y los entornos favorables en términos más generales. El rendimiento de algunas de estas inversiones es evidente (por ejemplo, un mejor estado de salud debido a la inversión adecuada en los sistemas sanitarios motiva una mayor participación en la sociedad). En otros casos, tal vez el rendimiento sea menos directo y menos obvio, pero requiere la misma consideración: por ejemplo, la inversión en los cuidados a largo plazo no solo beneficiará a las personas mayores con pérdidas significativas de la capacidad, sino que también permitirá en muchos casos que las mujeres permanezcan en la fuerza laboral en lugar de quedarse en casa al cuidado de familiares de edad; además, los servicios de cuidados a largo plazo también pueden fomentar la cohesión social al compartirse los riesgos dentro de la comunidad. Cuantificar y considerar cabalmente la magnitud de los dividendos de las inversiones en el envejecimiento será crucial para que los responsables de tomar decisiones conciban políticas bien fundadas.

Figura 1.3. Inversión y rendimiento de la inversión en el envejecimiento de la población



Fuente: Adaptado de información no publicada del Consejo del Programa Mundial sobre el Envejecimiento del Foro Económico Mundial, 2013.

Asimismo, en este informe se consideran las inversiones desde la perspectiva del curso de la vida y con el objetivo de garantizar una distribución justa de los recursos de la sociedad. Esto no implica que se trate a las personas de distintos grupos de edad exactamente igual (dadas sus diferentes necesidades), sino que se les trate bien a lo largo de toda la vida (*89*).

Al replantear las cuestiones económicas de esta manera, desplazamos el debate desde el enfoque de minimizar los llamados costos hacia

un análisis que tiene en cuenta los beneficios que tal vez se pierdan si las sociedades no logran hacer las adaptaciones y las inversiones adecuadas. En los próximos capítulos de este informe presentaremos recomendaciones para dar prioridad a algunas de estas inversiones.

Conclusión

Las estrategias de salud pública que se han adoptado frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces. La salud de las personas mayores no acompaña el ritmo con el que aumenta la longevidad (*5, 9*); las marcadas inequidades en salud son evidentes en el estado de salud de las personas mayores; los sistemas de salud actuales no están adaptados a la atención que necesita la población de edad avanzada, incluso en los países de ingresos altos (*17–21*); los modelos de cuidados a largo plazo son a la vez inadecuados e insostenibles (capítulo 5); y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos y carecen de incentivos para la salud y la participación (capítulo 6) (*90*).

Es necesario un nuevo marco de acción global, que tenga en cuenta la gran diversidad de la población de edad avanzada y encare las desigualdades de fondo. Este marco de acción debe impulsar la creación de nuevos sistemas de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo más acordes con las necesidades de las personas mayores, y velar por que todos los sectores se centren en objetivos comunes para que las iniciativas sean coordinadas y equilibradas. Ante todo, es preciso superar las formas obsoletas de concebir la vejez, fomentar un cambio importante en la forma de entender el envejecimiento y la salud e inspirar la creación de enfoques transformadores. Dado que el cambio social es constante e impredecible, estas medidas no pueden ser prescriptivas, sino, por el contrario, deben tratar de fortalecer la capacidad de las personas mayores de prosperar en el entorno turbulento en que probablemente vivan.

Este informe proporciona un marco para esta respuesta. En el capítulo 2 se estudia lo que significa la salud en una persona mayor y cómo formular una estrategia de salud pública para fomentarla. En el capítulo 3 se utiliza este modelo como base para evaluar las tendencias y prioridades de salud en la edad avanzada. En los capítulos finales se proponen medidas que tomar en sectores clave: en el capítulo 4 se analizan los sistemas de salud, en el capítulo 5 los sistemas de cuidados a largo plazo, y en el capítulo 6 el papel de otros sectores. Sin embargo, a lo largo de este informe se hace hincapié en que todos estos aspectos del entorno de una persona mayor tienen que funcionar de manera integrada para hacer posible el envejecimiento saludable. En el capítulo 7, el capítulo final, se señalan las medidas clave que deben adoptarse.

Referencias bibliográficas

1. World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations Department of Social and Economic Affairs; 2007 (Report No. E/2007/50/Rev.1 ST/ESA/314; http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 4 June 2015).
2. Bloom DE. 7 billion and counting. Science. 2011 Jul 29;333(6042):562–9.doi: http://dx.doi.org/10.1126/science.1209290 PMID: 21798935
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4 PMID: 19801098
4. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012:4–13. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 24 July 2015).
5. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011 Jan;66(1):75–86.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088 PMID: 21135070
6. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. Proc Natl Acad Sci U S A. 2006 Nov 28;103(48):18374–9.doi: http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103 PMID: 17101963
7. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. Am J Public Health. 2012 Nov;102(11):2157–63.doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602 PMID: 22994192
8. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. Lancet. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9 PMID: 19010526
9. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults–present status and future implications. Lancet. 2015 Feb 7;385(9967):563–75.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8 PMID: 25468158
10. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. Bull World Health Organ. 2011 Nov 1;89(11):788–97. PMID: 22084524
11. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. Lancet. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4 PMID: 22480756
12. Smith A. Grand challenges of our aging society. Washington DC: National Academies Press; 2010.
13. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015).
14. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8; http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 4 June 2015).
15. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1966 (http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf, accessed 7 June 2015).
16. Walker A. A strategy for active ageing. Int Soc Secur Rev. 2002;55(1):121–39. doi: http://dx.doi.org/10.1111/1468-246X.00118
17. Overview of available policies and legislation, data and research, and institutional arrangements relating to older persons – progress since Madrid. New York: United Nations Population Fund, Help Age International; 2011 (http://www.ctc-health.org.cn/file/Older_Persons_Report.pdf, accessed 4 June 2015).
18. Sustainable development. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (https://sustainabledevelopment.un.org/index.html, accessed 17 June 2015).
19. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 4 June 2015).
20. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. Age Ageing. 2014 Sep;43(5):731.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105 PMID: 25074536
21. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ. 2012;345:e5205.doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5205 PMID: 22945950
22. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother. 2011 Dec;9(6):378–91.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.10.002 PMID: 22057096
23. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):93.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93 PMID: 21549010

24. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):674–81. PMID: 25922117
25. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447–58.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x PMID: 19245421
26. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al.; SAGE Collaborators. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). Int J Epidemiol. 2012 Dec;41(6):1639–49.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys210 PMID: 23283715
27. Goeppel C, Frenz P, Tinnemann P, Grabenhenrich L. Universal health coverage for elderly people with non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: a cross-sectional analysis. Lancet. 2014 Oct;384:S6. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61869-9
28. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. Int J Epidemiol. 2014 Feb;43(1):116–28.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215 PMID: 24505082
29. Stegeman I, Otte-Trojel T, Costongs C, Considine J. Healthy and active ageing. Brussels: EuroHealthNet and Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklaerung (BZgA); 2012 (http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf, accessed 4 June 2015).
30. Alwin DF. Integrating varieties of life course concepts. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2012 Mar;67(2):206–20.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr146 PMID: 22399576
31. Liu S, Jones RN, Glymour MM. Implications of lifecourse epidemiology for research on determinants of adult disease. Public Health Rev. 2010 Nov;32(2):489–511. PMID: 24639598
32. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. Int J Epidemiol. 2005 Oct;34(5):987–91.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098 PMID: 15894591
33. Cumming E, Henry W. Growing old, the process of disengagement. New York: Arno; 1979.
34. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. J Gerontol. 1972 Oct;27(4):511–23.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronj/27.4.511 PMID: 5075497
35. Havighurst RJ. Successful aging. Gerontologist. 1961;1(1):8–13. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/1.1.8
36. Butler RN. The study of productive aging. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2002 Nov;57(6):S323.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/57.6.S323 PMID: 12426440
37. Knapp MR. The activity theory of aging: an examination in the English context. Gerontologist. 1977 Dec;17(6):553–9.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/17.6.553 PMID: 924178
38. Steverink N. Successful development and ageing: theory and intervention. In: Pachana N, Laidlaw K, editors. Oxford handbook of geropsychology. Oxford: Oxford University Press; 2014:84–103.
39. Schroeter KR. [The Doxa of the social-gerontological field: successful and productive aging-orthodoxy, heterodoxy or allodoxy?]. Z Gerontol Geriatr. 2004 Feb;37(1):51–5.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00391-004-0163-z PMID: 14991297
40. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. J Appl Gerontol. 2009;28(6):702–22. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882
41. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. Age Ageing. 2012 Sep;41(5):581–6.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097 PMID: 22826292
42. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).
43. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003 Nov;58(6):S327–37.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327 PMID: 14614120
44. Fair society. Healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: UCL Institute of Health Equity; 2010 (The Marmot Review; http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review, accessed 4 June 2015).
45. Tam T, Hewstone M, Harwood J, Voci A, Kenworthy J. Intergroup contact and grandparent–grandchild communication: the effects of self-disclosure on implicit and explicit biases against older people. Group Process Intergroup Relat. 2006;9(3):413–29. doi: http://dx.doi.org/10.1177/1368430206064642
46. Butler RN. Ageism: a foreword. J Soc Issues. 1980;36(2):8–11. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x
47. Cook J. The socioeconomic contribution of older people in the UK. Working Older People. 2011;15(4):141–6 doi: http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257

48. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson TD, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:127–8.
49. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson TD, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.
50. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. Omega (Westport). 1999-2000;40(3):409–20.doi: http://dx.doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR PMID: 12557880
51. Angus J, Reeve P. Ageism: a threat to "aging well" in the 21st century. J Appl Gerontol. 2006;25(2):137–52. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0733464805285745
52. Guillemard A-M. The advent of a flexible life course and the reconfigurations of welfare. In: Goul Andersen J, Guillemard A-M, Jensen PH, Pfau-Effinger B, editors. The changing face of welfare: consequences and outcomes from a citizenship perspective. Bristol: Policy Press Scholarship Online; 2005:55–73. doi: http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781861345929.003.0004
53. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf, accessed 4 June 2015).
54. Lin LP, Hsia YC, Hsu SW, Loh CH, Wu CL, Lin JD. Caregivers' reported functional limitations in activities of daily living among middle-aged adults with intellectual disabilities. Res Dev Disabil. 2013 Dec;34(12):4559–64.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.038 PMID: 24139711
55. Holly K. Why great entrepreneurs are older than you think. In: Forbes Tech [website]. 2014 (http://www.forbes.com/sites/krisztinaholly/2014/01/15/why-great-entrepreneurs-are-older-than-you-think/, accessed 4 June 2015).
56. Lloyd-Sherlock P. Population ageing and international development: from generalisation to evidence. Bristol: Policy Press; 2010.
57. Palacios R, Knox-Vydmanov C. The growing role of social pensions: history, taxonomy and key performance indicators. Public Adm Dev. 2014;34(4):251–64. doi: http://dx.doi.org/10.1002/pad.1682
58. Palacios R, Whitehouse E. Civil-service pension schemes around the world. Washington (DC): World Bank; 2006.
59. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 4 June 2015).
60. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Kobe: World Health Organization, WHO Centre for Health Development, United Nations Human Settlements Programme; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf, accessed 4 June 2015).
61. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. J Aging Identity. 2001;6(3):147–63. doi: http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122
62. Arxer SL, Murphy JW. The symbolism of globalization, development, and aging. Dordrecht: Springer; 2012. (http://www.springer.com/us/book/9781461445074, accessed 17 June 2015).
63. Suzman R, Beard J. Global health and ageing. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, World Health Organization; 2011 (NIH Publication no. 11-7737; http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, accessed 4 June 2015).
64. Living arrangements of older persons around the world. New York: United Nations; 2005 (http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm, accessed 4 June 2015).
65. Ageing in Ireland. 2007. Dublin: Central Statistics Office; 2007. (http://www.cso.ie/en/media/csoie/releasespublications/documents/otherreleases/2007/ageinginireland.pdf, accessed 17 June 2015).
66. Household projections for Japan 2010–2035. Tokyo: National Institute of Population and Social Security Research; 2013 (http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/e/hhprj2013/t-page_e.asp, accessed 4 June 2015).
67. National Family Health Survey Mumbai. India: International Institute of Population Sciences and ORC Macro; 2007.
68. Casey B, Yamada A. Getting older, getting poorer? A study of the earnings, pensions, assets and living arrangements of older people in nine countries. Paris: OECD Publishing; 2002 (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 60; http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/getting-older-getting-poorer_345816633534, accessed 4 June 2015).
69. Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al.; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Differences in suicide risk according to living arrangements in Japanese men and women–the Japan Public Health Center-based (JPHC) prospective study. J Affect Disord. 2011 Jun;131(1-3):113–9.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.027 PMID: 21168916
70. Healthy aging & the built environment. In: Centers for Disease Control and Prevention [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyaging.htm, accessed 17 June 2015).

71. Phillips DR. Overview of health and ageing issues in the Asia-Pacific region. In: Chan W, editor. Singapore's ageing population: managing healthcare and end of life decisions. Abingdon, Oxford: Routledge; 2011:13–39.
72. Phillips DR, Cheng KHC. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating NC, editors. From exclusion to inclusion in old age. Bristol: Policy Press; 2012:109–24. doi: http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007
73. Phillips DR, Cheng KHC. Challenges for the ageing family in the People's Republic of China. Can J Aging. 2015;34(3):1–15. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=25511315&dopt=Abstractdoi: http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000203 PMID: 25511315
74. Yeh KH, Yi CC, Tsao WC, Wan PS. Filial piety in contemporary Chinese societies: a comparative study of Taiwan, Hong Kong, and China. Int Sociol. 2013;28(3):277–96. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0268580913484345
75. Baera B, Bhushan A, Abou Taleb H, Vasquez J, Thomas R, Fergusen L. The right to health of older people. Gerontologist. 2016 (In press).
76. Doron I, Apter I. The debate around the need for an international convention on the rights of older persons. Gerontologist. 2010 Oct;50(5):586–93.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq016 PMID: 20185521
77. Kalache A. Human rights in older age. In: Beard JS, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012: 89–92. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 4 June 2015).
78. The right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations; 2000 (E/C.12/2000/4, General Comments; http://www.nesri.org/sites/default/files/Right_to_health_Comment_14.pdf, accessed 4 June 2015).
79. Kornfeld-Matte R, editor. United Nations Office of the High Commisioner for Human Rights. [website]. New York: United Nations; 2014. (http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15148&LangID=E, accessed 4 June 2015).
80. Open-ended working group on ageing for the purpose of strengthening the protection of the human rights of older persons: General Assembly resolution 65/182. New York: United Nations; 2011 (http://social.un.org/ageing-working-group/documents/Chair_summary_2nd_session_OEWG_final.pdf, accessed 4 June 2015).
81. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf, accessed 20 July 2015).
82. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. Lancet. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0 PMID: 25468150
83. Bock J-O, Matschinger H, Brenner H, Wild B, Haefeli WE, Quinzler R, et al. Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans–results of a population-based cross-sectional study. Int J Equity Health. 2014;13(1):3. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-13-3 PMID: 24397544
84. World population prospects: the 2012 revision. Methodology of the United Nations population estimates and projections. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014. (http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Methodology.pdf, accessed 4 June 2015).
85. Wöss J, Türk E. Dependency ratios and demographic change. The labour market as a key element. Brussels: European Trade Union Institute; 2011.
86. Lee R, Mason A. Population aging and the generational economy. a global perspective. Cheltenham: Edward Elgar; 2011. doi: http://dx.doi.org/10.4337/9780857930583
87. Introducing boomers: marketing's most valuable generation. New York: Nielsen; 2012 (http://www.nielsen.com/us/en/reports/2012/introducing-boomers--marketing-s-most-valuable-generation.html, accessed 4 June 2015).
88. Desvaux G, Regout B. Older, smarter, more value conscious: the French consumer transformation. McKinsey Quarterly. 2010 Jun; (http://www.mckinsey.com/insights/consumer_and_retail/older_smarter_more_value_conscious_the_french_consumer_transformation, accessed 4 June 2015).
89. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press; 2007. doi: http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511809514
90. Beard JR, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? Public Health Rev. 2011;32(2):427–50.

Capítulo 2
Envejecimiento Saludable

Moon, 88 años, Tailandia

Moon lleva una vida activa. Alegre y enérgico, disfruta de ayudar a su comunidad. "Me gusta mantenerme activo, y me traslado en bicicleta", explica." La tristeza no es una buena cosa", agrega. Moon espera seguir invirtiendo su energía en hacer lo que puede por su comunidad.

© Robin Wyatt / HelpAge International 2013

2

Envejecimiento Saludable

¿Qué es el envejecimiento?

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos (*1*). En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares (*2*, *3*). Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años (*2*). Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona (capítulo 1).

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrase en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (*4*). Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar (*5*); hay quienes plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes (*6*, *7*). Aunque quizá algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con "la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados" (*4*, *8*). Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo elevado (*9*).

Al elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante no solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la recuperación, la adaptación y el

crecimiento psicosocial. Estas fortalezas pueden ser particularmente importantes para ayudar a las personas a desenvolverse en los sistemas y reunir los recursos que les permitan hacer frente a los problemas de salud que a menudo se presentan en la vejez (*10*).

El envejecimiento, la salud y el funcionamiento

La dinámica de la salud en la vejez es compleja, como se describe más detalladamente en el capítulo siguiente. Los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor.

Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia (capítulo 3). No se trata de problemas exclusivos de los países de mayores ingresos. De hecho, la carga asociada con estas afecciones en las personas mayores generalmente es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos.

Sin embargo, la presencia de estas afecciones no dice nada sobre el impacto que pueden tener en la vida de una persona mayor (*11*). En algunas personas mayores, es posible controlar fácilmente la hipertensión arterial con medicamentos, mientras que en otras hacen falta múltiples tratamientos, con efectos secundarios considerables. Del mismo modo, las personas mayores que padecen deficiencias visuales relacionadas con la edad pueden conservar el pleno funcionamiento con la ayuda de lentes, pero sin ellos tal vez sean incapaces de realizar tareas sencillas, como leer o preparar alimentos.

Dado que el envejecimiento también se asocia con un mayor riesgo de presentar más de una afección crónica al mismo tiempo (lo que se conoce como *multimorbilidad*), sería simplista considerar el impacto de cada afección por separado. Por ejemplo, en Alemania, se estima que el 24 % de las personas de entre 70 y 85 años presentan cinco enfermedades o más a la vez (*12*) (capítulo 3). El impacto de la multimorbilidad en la capacidad, en la utilización de los servicios de salud y en los gastos en salud de una persona mayor a menudo es considerablemente más alto de lo que se esperaría por los efectos sumados de cada afección (*13*).

Además, la dinámica multifacética de la multimorbilidad, las enfermedades y los cambios fisiológicos fundamentales puede derivar en ciertos estados de salud en la vejez que no se captan en las clasificaciones tradicionales de las enfermedades. En algunos casos se trata de trastornos crónicos (por ejemplo, la fragilidad, que puede tener una prevalencia de alrededor del 10 % en las personas mayores de 65 años) (*14*) y, en otros trastornos agudos (por ejemplo, el síndrome confusional, que puede ser el resultado de determinantes tan diversos como una infección o los efectos secundarios de la medicación o una cirugía) (*15*).

Estos estados de salud complejos tampoco son estáticos. En una persona mayor, la insuficiencia cardíaca congestiva, por ejemplo, puede tomar distintas trayectorias típicas, y las necesidades de la persona y las de sus cuidadores pueden variar de manera predecible según la trayectoria de la enfermedad (*16*).

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad (*17*). Además, se ha demostrado que los sistemas

de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integrada son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado (*18–20*). Los enfoques basados en el funcionamiento también pueden ser útiles para elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento de la población.

Sin embargo, el nivel de funcionalidad se determina no solo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida (*21*). Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición. Se trata de influencias que definen las capacidades físicas y mentales que presentamos en cada momento (por ejemplo, al influir en nuestras opciones y nuestras decisiones relativas a la salud) y determinan, para un determinado nivel de capacidad, si podemos hacer las cosas que queremos (por ejemplo, si queremos ir a algún lugar, ¿tenemos transporte a disposición para llegar hasta allí?) (*22*). Para definir estrategias encaminadas a promover la salud en la edad avanzada, es fundamental comprender la función que desempeñan estos factores contextuales tan diversos.

Un marco para la acción sobre el envejecimiento y la salud

Como se describe en el capítulo 1, al formular el marco para la acción de salud pública sobre el envejecimiento que se presenta en este informe, la OMS se basó en la plataforma proporcionada por la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (*23*), *Envejecimiento activo: un marco político* de la OMS (*24*) y los principios y las normas internacionales de derechos humanos. El informe también se sustenta en la labor en curso —con la que espera contribuir— en otros marcos en ámbitos relacionados, como la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (*21*); la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (*25*); el *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020* (*26*); la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* para promover los derechos de las mujeres (*27*); y el informe final de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (*28*). Se prestó especial atención a las siguientes necesidades clave señaladas en el capítulo anterior:

- tener en cuenta la heterogeneidad de las experiencias en la vejez y asegurar la pertinencia de las estrategias para todas las personas mayores, independientemente de su estado de salud;
- ocuparse de las inequidades que subyacen a esta diversidad;
- evitar los estereotipos y preconceptos discriminatorios por motivos de edad;
- empoderar a las personas mayores para que se adapten a los desafíos que enfrentan y al cambio social que acompaña el envejecimiento de la población, y para que influyan en ellos;
- tener en cuenta los entornos en los que viven las personas mayores;
- tener en cuenta la salud desde la perspectiva de la trayectoria de funcionamiento de la persona mayor, en lugar de la enfermedad o la comorbilidad que presenta en un momento determinado de su vida.

Además, en este informe se trató de evitar las actitudes y normas negativas que a menudo influyen en la forma de concebir los desafíos derivados del envejecimiento de la población y las respuestas de la sociedad a ellos. En cambio, se

partió de la hipótesis de que el envejecimiento es un proceso valioso, aunque frecuentemente complejo, y que las personas mayores hacen muchas contribuciones fundamentales a la sociedad. En este informe se considera que es bueno envejecer y que las sociedades están mejor por tener a las personas mayores. Al mismo tiempo, se reconoce que muchas personas mayores sufren pérdidas significativas, ya sea en su capacidad física o cognitiva, o por la pérdida de familiares, de amigos y de roles que desempeñaban antes en la vida. Algunas de estas pérdidas pueden evitarse, y las personas y la sociedad deben trabajar para prevenirlas, pero otras son inevitables. Las respuestas de la sociedad al envejecimiento no deben negar estos problemas, sino tratar de fomentar la recuperación y la adaptación.

Se trata de consideraciones complejas que no pueden abordarse con la idea estrecha de que la salud en la vejez es solo la ausencia de enfermedad. En cambio, en este informe se considera la salud como un atributo fundamental e integral que permite a las personas mayores conseguir las cosas que creen importantes. Este concepto es compatible con el trabajo realizado en otras esferas acerca de las capacidades (*29–38*). Además, en lugar de concebir la salud en la vejez en un sentido estático, en el informe se la entiende en un sentido dinámico, ya que los cambios sutiles en la capacidad o el entorno pueden tener consecuencias considerables a largo plazo.

Por último, para proponer una respuesta de salud pública encaminada a fortalecer la capacidad de las personas de desenvolverse en estas dinámicas y adaptarse a ellas, y a las pérdidas que puedan sufrir, nos hemos basado en el concepto de *resiliencia*. Originalmente concebido en gerontología como un rasgo psicológico inherente de la persona, se lo entiende más recientemente como "un proceso dinámico de adaptación positiva frente a la adversidad" (*39*) o un proceso activado tanto por "rasgos internos, como la resistencia o la autonomía" como por "factores externos, como el apoyo social, que promueven la capacidad de enfrentar las situaciones" (*40*). Esta capacidad de adaptación es un recurso fundamental para las personas mayores y marca la diferencia entre personas que, en otros aspectos, tienen características similares. Hay cada vez más indicios de que la resiliencia no es estática, sino que varía a lo largo del curso de la vida de una persona, lo que la convierte en un objetivo potencial para las políticas de salud pública (*41*).

Envejecimiento Saludable

El término *Envejecimiento Saludable* se emplea mucho en círculos académicos y políticos; sin embargo, y sorprendentemente, no hay consenso sobre lo que ese concepto podría abarcar o cómo se lo podría definir o medir (*42–46*). A menudo se lo utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. Esta distinción es problemática en la vejez debido a que muchas personas presentan una o más afecciones que están bien controladas y tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Por lo tanto, al plantear la meta de una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento, la OMS considera el *Envejecimiento Saludable* en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales.

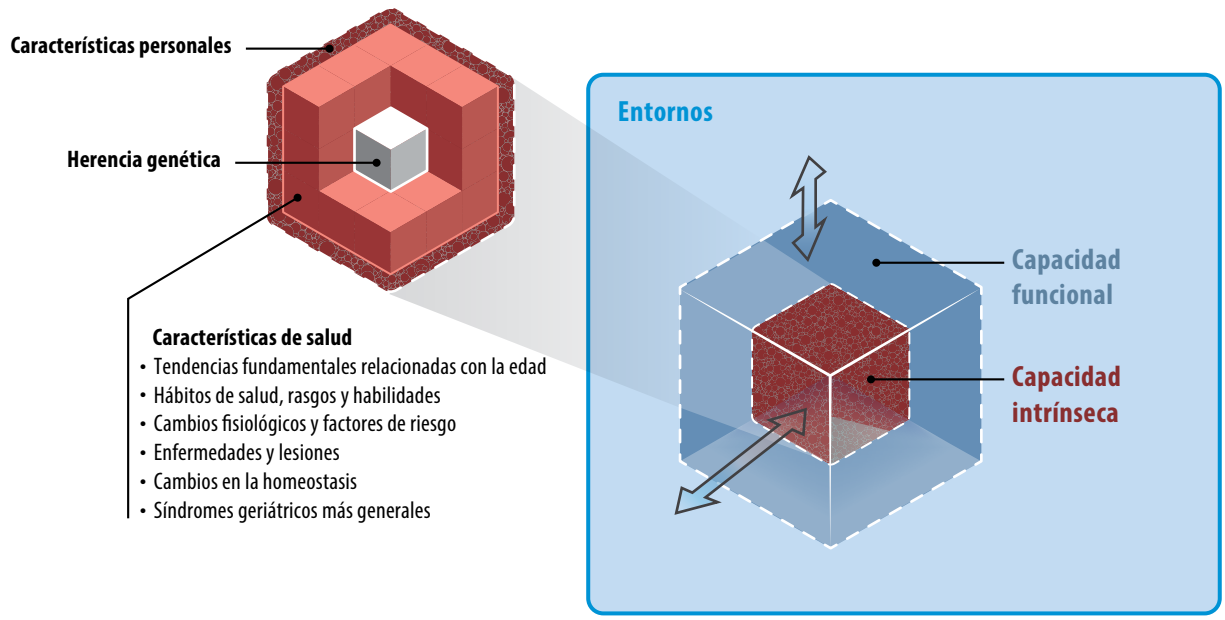
En este informe se define el ***Envejecimiento Saludable*** como **el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez** (figura 2.1).

La **capacidad funcional** comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La **capacidad intrínseca** es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El **entorno** comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida

Figura 2.1. ***Envejecimiento Saludable***



de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan (*21*).

El término **bienestar** se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización.

El proceso del *Envejecimiento Saludable* se ilustra en la figura 2.1. *El Envejecimiento Saludable* comienza al nacer con nuestra **herencia genética**. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores.

Pero todos también nacemos en un medio social. Entre las **características personales** se encuentran aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza. Estas características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos. Estas interacciones pueden ser injustas o inequitativas, ya que no siempre nuestras oportunidades y recursos se corresponden con nuestras necesidades o derechos, y sí con nuestra posición social o económica (*28*).

A medida que las personas envejecen, sufren una acumulación gradual de daños moleculares y celulares que ocasiona una disminución general de las reservas fisiológicas. Estos amplios cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras **características de salud**, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial), enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios.

La interacción entre estas características de salud, en última instancia, determina la **capacidad intrínseca** de la persona, esto es, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta.

Sin embargo, si las personas mayores pueden lograr o no las cosas que les importan dependerá no solo de esa capacidad, sino también de otras interacciones con el entorno que habitan en un momento determinado de su vida. Por ejemplo, las personas mayores con capacidad física limitada pueden conservar la movilidad que necesitan si utilizan un dispositivo de apoyo y viven cerca de un medio de transporte público con acceso para personas con discapacidad. A otras personas con las mismas limitaciones físicas pero que viven en entornos menos propicios les puede resultar mucho más difícil. Esta combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ellos, es lo que se conoce como la **capacidad funcional** del individuo.

En todo momento, puede que una persona tenga reservas de capacidad funcional que no aprovecha. Estas reservas contribuyen a la **resiliencia** de la persona mayor. Aunque esto no se muestra en la figura 2.1, el modelo del *Envejecimiento Saludable* concibe la resiliencia como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación). Esta capacidad comprende los componentes intrínsecos de cada persona (por ejemplo, los rasgos psicológicos que ayudan a afrontar los problemas individuales y resolverlos de manera positiva o las reservas fisiológicas que permiten a una persona mayor recuperarse rápidamente después de una caída) y los componentes del entorno que pueden mitigar las carencias (por ejemplo, redes sociales fuertes a las que recurrir en momentos de necesidad o buen acceso a asistencia sanitaria y social).

Los seres y las actividades que las personas valoran difieren entre los individuos y cambian a lo largo de la vida (*5*). Aunque hay pocos estudios al respecto, las personas mayores reconocen que es importante tener (*46–49*):

- **un rol o identidad;**
- **relaciones;**
- **la posibilidad de disfrutar;**
- **autonomía** (ser independientes y capaces de tomar sus propias decisiones);
- **seguridad**;
- **potencial de crecimiento personal**.

Más adelante en este informe se tratarán varios aspectos de la capacidad funcional que parecen cruciales para que las personas logren estos fines, en particular en el capítulo 6, que examina los efectos más amplios de los entornos que habita la persona mayor. Se trata de capacidad para:

- tener movilidad;
- crear y mantener relaciones;
- satisfacer sus necesidades básicas;
- aprender, crecer y tomar decisiones;
- contribuir.

Gran parte de la variabilidad que observamos tanto en la longevidad como en la capacidad intrínseca en la vejez se puede explicar por nuestra interacción con los entornos en los que hemos vivido (*50*, *51*). Estas experiencias pueden ser muy diferentes. Por ejemplo, los entornos seguros y transitables para caminar pueden fomentar la actividad física y tienen múltiples beneficios para la salud de las personas en casi todas las etapas de la vida. El acceso a servicios de prevención puede permitir el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión y la prevención de la cardiopatía isquémica. Si una persona mayor tiene un accidente cerebrovascular, su potencial para recuperar su capacidad intrínseca dependerá considerablemente de su posibilidad de acceder a servicios de rehabilitación.

El entorno puede ser una influencia aún más fuerte en la capacidad funcional, ya que determina si con un nivel dado de capacidad intrínseca podemos hacer, en definitiva, las cosas que son importantes para nosotros.

Una forma de evaluar la interacción de las personas con el entorno es a través de la noción de **ajuste entre la persona y su entorno**. Este indicador refleja la relación dinámica y recíproca entre los individuos y sus entornos (capítulo 6) (*52*). Cuando ese ajuste es bueno, la persona tiene mayores oportunidades de fomentar y mantener tanto su capacidad intrínseca como su capacidad funcional. El concepto de ajuste entre la persona y su entorno tiene en cuenta:

- a la persona y sus características de salud y capacidad;
- las necesidades y los recursos de la sociedad;
- la naturaleza dinámica e interactiva de la relación entre las personas mayores y los entornos que habitan;
- los cambios que se producen en las personas y en los lugares con el tiempo.

Sin embargo, los entornos no son neutros en su relación con los diferentes individuos. De hecho, el mismo entorno puede afectar a cada persona de manera muy diferente, debido en gran medida a la serie de características personales que contribuye a determinar la posición social de una persona. Estas características influyen no solo en el tipo de entorno que nos rodea (por ejemplo, si vivimos en una comunidad pobre o rica), sino también en nuestra relación con él (por ejemplo, puede que un hombre se sienta seguro en un entorno en el que una mujer no se sienta segura). Un resultado posible es la distribución sistemática y desigual del acceso a los recursos o de la exposición a las características negativas del entorno, o de ambos.

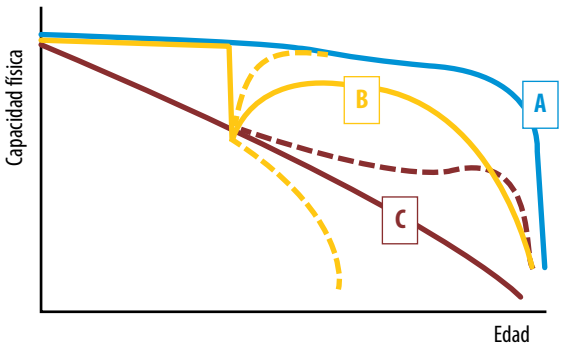
Cuando estas interacciones son injustas, dan lugar a inequidades en salud. El efecto acumulativo de estas inequidades en el curso de la vida influye considerablemente en el *Envejecimiento Saludable*. Por ejemplo, ser pobre puede tener muchas repercusiones durante toda la vida, como el acceso limitado a una alimentación saludable o a información importante para tomar decisiones acerca de la salud, lo que puede producir aterosclerosis y disminución de la capacidad intrínseca en una persona mayor. Además, si la persona sigue siendo pobre en la vejez, también es posible que solo consiga vivir en un barrio desfavorecido, con menos acceso a la comunidad y a los recursos personales de que dispone una persona con mayor seguridad financiera de la misma edad y con la misma capacidad. Es probable, por consiguiente, que la capacidad funcional y la resiliencia de la persona más pobre también sean comparativamente más bajas.

Trayectorias de *Envejecimiento Saludable*

El *Envejecimiento Saludable* refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan. Esta interacción se traduce en trayectorias de capacidad intrínseca y de capacidad funcional. Para ilustrar cómo se las debe interpretar y utilizar, la figura 2.2 muestra tres trayectorias hipotéticas de capacidad física de personas que comienzan en el mismo punto de partida en la mediana edad.

En la figura 2.2, puede considerarse que la persona A tiene una trayectoria óptima, en la que

Figura 2.2. Tres trayectorias hipotéticas de capacidad física



A. Trayectoria óptima: la capacidad intrínseca permanece alta hasta el final de la vida.
B. Trayectoria interrumpida: un acontecimiento provoca disminución de la capacidad, seguida de cierta recuperación.
C. Trayectoria con deterioro: la capacidad disminuye de forma constante hasta la muerte. Las líneas discontinuas representan trayectorias alternativas.

la capacidad intrínseca permanece alta hasta el final de la vida. La persona B tiene una trayectoria similar hasta el punto en que un acontecimiento provoca una caída repentina de la capacidad, seguida por cierta recuperación y luego un deterioro gradual. Y la persona C presenta un deterioro constante de la función. En las distintas trayectorias, las personas mueren aproximadamente a la misma edad, pero los niveles de capacidad física que disfrutan antes son muy diferentes.

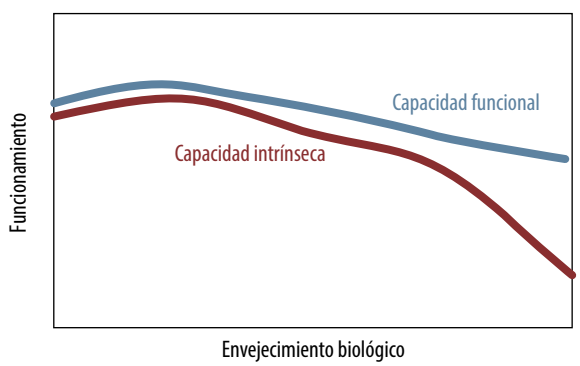
Desde el punto de partida original de la figura 2.2, el objetivo sería que cada persona presentara la misma trayectoria que la persona A. La experiencia de observar trayectorias de capacidad intrínseca permite afirmar que ya es posible evaluar a las personas y predecir sus posibles trayectorias futuras a partir de información sobre sus hábitos, características de salud, herencia genética y factores personales. Es posible que los modelos predictivos de este tipo sean cada vez más precisos y útiles a medida que se cuente con más datos. Estos modelos podrían dar la oportunidad de intervenir de manera específica para ayudar a lograr este objetivo ideal.

La figura 2.2 también muestra trayectorias alternativas para las personas B y C. En el caso de la persona B, se obtendría una trayectoria más positiva, por ejemplo, con el acceso a servicios de rehabilitación, mientras que la trayectoria sería negativa sin ese acceso (quizás debido al racionamiento en una comunidad pobre o dentro de un subgrupo de población excluido socialmente). En cuanto a la persona C, se obtendría una trayectoria más positiva con un cambio en las conductas relacionadas con la salud o con acceso a medicación. Por consiguiente, medir el nivel de funcionamiento en el tiempo, comprender cómo se ha configurado y evaluar la influencia de los acontecimientos en diferentes momentos puede ayudar a determinar las intervenciones que tendrán los efectos más importantes durante la vida de una persona.

Estas curvas hipotéticas muestran la diversidad en la vejez y reflejan la conexión débil, a nivel individual, entre la capacidad intrínseca y la edad cronológica. Sin embargo, a nivel de la población, es posible observar tendencias más generales como, por ejemplo, que la capacidad media a los 65 años es muy diferente que a los 80. Estos promedios de población pueden verse en la figura 3.16. Vale la pena señalar, sin embargo, que incluso al nivel de la población hay diferencias considerables en estas trayectorias medias de capacidad intrínseca. Al formular una respuesta específica para cada país al envejecimiento de la población, un primer paso podría ser determinar cuáles son estas diferencias y por qué existen.

Incluso si la capacidad intrínseca ha caído por debajo de su punto más alto, puede que la persona todavía sea capaz de hacer las cosas que son importantes para ella si vive en un entorno propicio. Esto refleja la capacidad funcional: el objetivo final del *Envejecimiento Saludable*. En este caso también se puede aplicar el concepto de *trayectorias*. Así, la figura 2.3 muestra las tendencias promedio que se registran desde la mediana edad en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. El funcionamiento adicional asociado con la capacidad funcional se debe a los beneficios netos acumulados gracias al entorno en el que la persona vive. La importancia de estos beneficios aumenta a medida que decrece la capacidad de la persona. Por supuesto, el entorno también contribuye al nivel de capacidad que la persona alcanza en un momento determinado de su vida.

Figura 2.3. Trayectorias de capacidad funcional y capacidad intrínseca

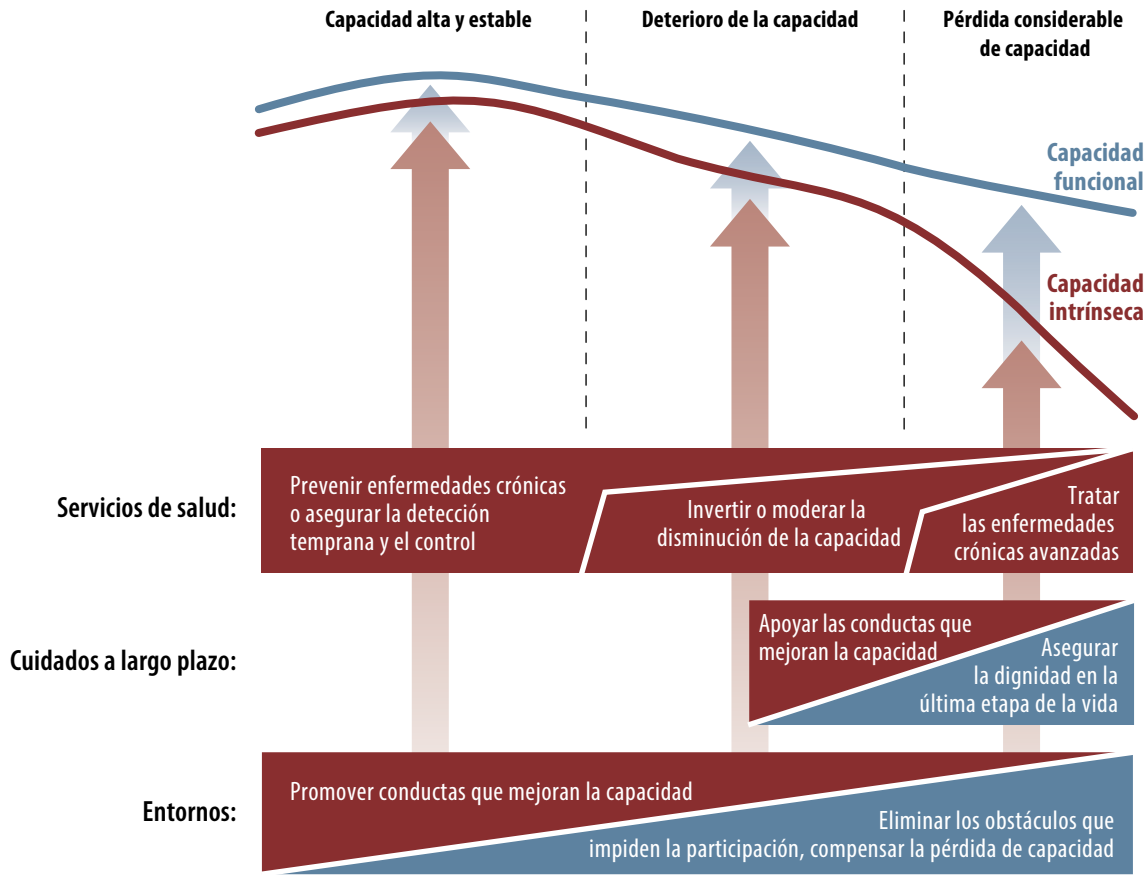


En la figura 2.3 se supone que el entorno siempre favorece que la capacidad funcional sea mayor de lo que sería posible solo con la capacidad intrínseca. Incluso en un país pobre, por ejemplo, una calle y una bicicleta aumentan la movilidad; además, la oportunidad de desempeñar una función puede mejorar el bienestar. Sin embargo, es posible que en algunos lugares los obstáculos que el entorno presenta a las personas mayores sean más que los beneficios que les proporcionan. Algunos ejemplos son las barreras a la educación que llevan al analfabetismo o las leyes que impiden a ciertos segmentos de la población participar en ciertas actividades fundamentales (por ejemplo, al imponer edades de jubilación obligatoria o excluir a un sexo del ejercicio de funciones clave).

Un marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable*

Hay diferentes maneras de promover el *Envejecimiento Saludable*, pero todas tendrán un objetivo: promover la capacidad funcional (figura 2.4). Este objetivo puede lograrse de dos formas: fomentar y mantener la capacidad intrínseca o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son importantes para ellas.

Figura 2.4. Un marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable*: oportunidades para la acción de salud pública en el curso de la vida



La figura 2.3 y la figura 2.4 muestran cómo y cuando se considera a la población en su conjunto, la capacidad funcional y la capacidad intrínseca pueden variar en la segunda mitad de la vida. Estas trayectorias generales se pueden dividir en tres períodos comunes: un período de capacidad relativamente alta y estable; un período de capacidad disminuida; y un período de pérdida significativa de la capacidad. Es importante señalar que estos períodos no dependen de la edad cronológica y no son necesariamente uniformes (es decir, no presentan un deterioro sostenido) y que las trayectorias difieren notablemente entre los individuos (y pueden alterarse por completo debido a un acontecimiento inesperado, como un accidente). Por ejemplo, algunas personas mueren repentinamente por cualquiera de las causas posibles, mientras que aún se encuentran en el período de capacidad alta y estable.

Sin embargo, es probable que una muestra aleatoria de personas mayores a una edad determinada incluya a personas en cada una de estas etapas, lo que refleja en gran parte la heterogeneidad que se observa en la vejez. Además, las necesidades de las personas en las diferentes etapas del curso de la vida son muy diferentes (capítulo 4). Por este motivo, en este informe se las utiliza para ayudar a definir acciones de salud pública que podrían aplicarse en la segunda mitad de la vida.

Las estrategias de salud pública dirigidas a las personas con niveles altos y estables de capacidad intrínseca deben centrarse en fomentar y mantener esta capacidad el mayor tiempo posible. Los sistemas de salud tendrán que detectar y controlar a tiempo las enfermedades y los factores de riesgo. Las estrategias relativas al entorno serán cruciales para alentar conductas saludables, ya que permitirán fomentar las habilidades y los conocimientos de las personas y poner en práctica iniciativas ambientales más amplias, como gravar el tabaco o proporcionar espacios seguros y agradables para la actividad física. Los entornos también contribuirán a la capacidad funcional durante este período, con especial énfasis en eliminar los obstáculos que impiden la expresión de esta capacidad.

Las intervenciones de salud pública dirigidas al segmento de la población que padece un deterioro de las capacidades requieren un enfoque diferente. En esta etapa, es posible que las enfermedades ya se hayan instalado, y los sistemas de salud en general no se centrarán en la prevención o la curación, sino en reducir al mínimo los efectos de estas afecciones en la capacidad general de la persona. Por lo tanto, se necesitan servicios para ayudar a detener, moderar o revertir el deterioro de la capacidad. Asimismo, se debe ampliar el papel del entorno en la facilitación de la capacidad funcional a medida que disminuye la capacidad, y las estrategias que ayuden a las personas a superar este deterioro deben cobrar cada vez más importancia. Por ejemplo, ante la capacidad física limitada, los asientos públicos ayudan a que las personas mayores puedan hacer compras, al proporcionarles un lugar para descansar, y la buena iluminación de las calles permite que las personas mayores con una leve deficiencia visual lleguen a sus hogares por la noche. La función del entorno como facilitador de conductas saludables continuará siendo importante para este segmento de la población de más edad, pero el enfoque puede cambiar. Por ejemplo, es posible promover la actividad física tanto para crear y mantener la masa muscular y el equilibrio como para reducir el riesgo de enfermedades.

Una respuesta de salud pública a las necesidades de las personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad —o tienen riesgo alto de presentarlas— se centrará en los cuidados a largo plazo (capítulo 5). Los sistemas de cuidados a largo plazo cumplen la función de posibilitar que las personas mayores mantengan un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana. Para este fin, es necesario asegurar la trayectoria óptima de capacidad intrínseca y permitir que las personas mayores lleven a cabo con dignidad las tareas básicas necesarias para su bienestar, lo que puede hacerse de muchas

formas. Por ejemplo, una forma de atención temprana para reducir el deterioro de la capacidad es que los miembros de la familia alienten a las personas mayores a ser más activas, y las ayuden a lograrlo, y las animen a alimentarse bien. La atención posterior puede incluir ayuda con las tareas básicas, tales como lavar y cocinar, pero también debe estar totalmente integrada con los sistemas de salud para optimizar las trayectorias de capacidad. Estas tareas resultarán más fáciles si las personas mayores viven en un entorno propicio (por ejemplo, en una vivienda totalmente accesible para sillas de ruedas o en una comunidad terapéutica para personas con demencia, en caso de deterioro cognitivo).

Aunque las estrategias de salud pública tendrán que estar diseñadas para satisfacer las necesidades propias de estas subpoblaciones típicas, y adaptadas a la estructura y las necesidades de la población en su conjunto, el *Envejecimiento Saludable* considera estas etapas de la vejez como parte de una trayectoria continua de habilidades y capacidades. Las intervenciones de salud pública deben ser igualmente continuas para acompañar a las personas mayores en su transición de una etapa a la otra.

Cuestiones clave para la acción de salud pública

Tener en cuenta la diversidad

Para definir políticas que fomenten el *Envejecimiento Saludable*, es preciso esforzarse por comprender mejor las necesidades diversas de las poblaciones de edad avanzada. Se podría comenzar por recoger más datos desglosados y detallados para ayudar a reconocer las necesidades y las carencias de las personas mayores en materia de servicios, con el fin de describir mejor el proceso del *Envejecimiento Saludable* y entender mejor los diversos mecanismos de los determinantes de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional.

Otro concepto que se utiliza cada vez más es el **enfoque centrado en la persona**. Este enfoque se desarrolló en la práctica de la psicoterapia, pero se ha extendido a los centros de salud y cuidados a largo plazo y es fundamental en la *Estrategia Mundial de la OMS de servicios de salud integrados y centrados en las personas* (*53*). La finalidad de esta estrategia es fomentar un cambio de paradigma fundamental en la forma en que se financian, gestionan y prestan los servicios de salud para que todas las personas tengan acceso a servicios que respondan a sus preferencias, se coordinen en torno a sus necesidades y sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de calidad aceptable.

También se puede aplicar esta estrategia a los cuidados a largo plazo. Por ejemplo, en 2003 el Gobierno de Japón incorporó el modelo de unidades de cuidados, con el fin de dejar de centrarse en las prácticas normalizadas de atención para centrarse en la estructura y el personal necesarios. Se ha demostrado que este modelo facilita la flexibilidad en la atención, por ejemplo, al proporcionar distintas opciones de comidas y actividades para el tiempo libre de los pacientes (*54*). Del mismo modo, en los Países Bajos se comprobó que la atención de personas con demencia en centros de pequeña escala, similares a hogares, está relacionada con una mayor participación de los residentes en las actividades generales y en sus actividades preferidas (*55*). En efecto, los principios de la atención centrada en las personas pueden aplicarse a todas las interacciones en una residencia de personas mayores, ya sea al ayudar a alguien a ir al baño o al pedirle una opinión.

Un enfoque centrado en las personas también puede resultar útil para ayudar a otros sectores a adaptar sus respuestas al envejecimiento de la población y establecer las prioridades correspondientes. Por ejemplo, la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables a las Personas Mayores reúne a autoridades municipales de todo el mundo comprometidas a hacer que sus jurisdicciones sean lugares mejores para que vivan las personas mayores. Uno de los elementos centrales de

esta iniciativa es alentar que las personas mayores participen en determinar cuáles son los problemas principales y las respuestas correspondientes. Se ha aplicado incluso en grandes ciudades, como Nueva York, que tienen poblaciones con características personales y socioeconómicas muy diversas (*56*).

Reducir la inequidad

Frente a las inequidades que a menudo subyacen a la diversidad en la edad avanzada, las estrategias deben centrarse no solo en mejorar las condiciones de los más favorecidos o de la persona mayor promedio. También deben prestar atención a nivelar la capacidad funcional y en general en todo el espectro social y reducir las desigualdades totales observadas entre las personas mayores, sobre todo ayudando a las que se encuentran en la parte inferior de ese espectro. Este tipo de acción refleja los principios de derechos humanos de igualdad y no discriminación, en particular porque requiere que los gobiernos hagan esfuerzos extraordinarios para llegar a los grupos particularmente desfavorecidos.

Entre las diversas medidas que pueden conducir a decisiones políticas que mejoren la equidad (*57*, *58*) se encuentran las siguientes:

- Comprometerse a que todas las personas mayores tengan las mismas oportunidades de mejorar o mantener su salud;
- Evaluar las políticas y los programas de salud en relación con las desigualdades, desde los insumos hasta los resultados, y estimar en qué medida estos son justos o injustos. Por ejemplo, cuando solo las personas más pobres no tienen acceso a un servicio, las políticas deben centrarse en ampliar la prestación de ese servicio a los grupos particularmente excluidos o marginados. Cuando casi nadie tiene acceso a un servicio, por lo general se requieren estrategias de mayor alcance. En muchos lugares se necesitará una combinación de estrategias (*52*);
- Incluir la participación de las personas mayores y otras partes interesadas para definir intervenciones que se basen en medidas que han dado resultado a nivel local y a otros niveles.

Las políticas encaminadas a nivelar todo el espectro social no solo son justas sino que, además, tienen beneficios importantes para la salud de los adultos mayores. Por ejemplo, se cree que alrededor de uno de cada cinco casos de la enfermedad de Alzheimer en todo el mundo se debe, en cierta medida, al bajo nivel educativo (riesgo atribuible poblacional igual a 19,1 %), con casi 6,5 millones de casos atribuibles a nivel mundial solo en 2010 (*59*). Se ha planteado que la incidencia podría reducirse considerablemente con un mejor acceso a la educación y con métodos eficaces para reducir la prevalencia de los factores de riesgo vascular y depresión (*60*).

Garantizar el derecho a elegir

Las personas mayores no son pasivas en la relación con su entorno. Por el contrario, las decisiones que toman debido a su situación o para cambiarla influyen en diversos grados en esta interacción. El mantenimiento de las habilidades y el derecho a elegir se encuentran estrechamente vinculados a las nociones de capacidad de acción y autonomía (*61*, *62*), que han demostrado tener gran influencia en la dignidad, la integridad, la libertad y la independencia de una persona mayor (*63*, *64*). Esto se cumple ya sea que la persona viva en la comunidad, en un centro de vida asistida o en una institución (*65*, *66*).

Una serie de recursos del entorno y personales influyen en nuestra capacidad de tomar las mejores decisiones en las diferentes etapas de la vida. Al igual que con la capacidad intrínseca de manera más general, es probable que las personas mayores que cuentan con seguridad económica, mejor educación y más conexiones sociales tengan mayor acceso a estos recursos. Es fundamental comprender esta asociación, ya

que significa que las personas mayores con los menores niveles de capacidad intrínseca y funcional a una edad determinada no solo suelen tener menor seguridad financiera y educación, sino también menores posibilidades de haber adquirido las habilidades y los conocimientos que les permitan tomar las decisiones que más les convengan. Por lo tanto, fomentar las capacidades para elegir y autogestionarse en este grupo puede ser una estrategia útil para superar algunas de las inequidades que se experimentan en la edad avanzada.

En el capítulo 6 se tratan en detalle las estrategias de salud pública que pueden empoderar a las personas mayores para que mantengan el control de sus vidas y tomen las decisiones que más les convengan, como parte de la capacidad funcional para aprender, crecer y tomar decisiones.

Propiciar el envejecimiento en el lugar

El deterioro de la capacidad a menudo requiere que las personas mayores cambien el entorno en el que viven, ya sea haciendo adaptaciones a su vivienda o mudándose a un entorno más favorable (*67*). Al decidir dónde vivir, las personas mayores con frecuencia consideran que su hogar o la comunidad en la que viven tienen la ventaja de permitirles mantener una sensación de conexión, seguridad y familiaridad, además de relacionarlos con su identidad y autonomía (*68*). En efecto, el derecho de todas las personas con algún tipo de limitación funcional a vivir y ser incluidas en la comunidad es un aspecto central de la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (*25*). Asimismo, a veces se considera que los centros de atención institucional son deshumanizadores y presentan obstáculos estructurales y culturales que impiden la interacción social (*69*).

Por lo tanto, una respuesta política común al envejecimiento de la población ha sido fomentar lo que se conoce como el *envejecimiento en el lugar (o en la comunidad donde se ha vivido)*, es decir, la posibilidad de que las personas mayores vivan en su propio hogar y comunidad de manera segura, independiente y cómoda, sin importar la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca (*70*). Se trata de un enfoque que generalmente se considera mejor para la persona mayor y que también puede presentar ventajas financieras considerables en términos del gasto en asistencia sanitaria (*71*).

Las nuevas tecnologías —en particular las que fomentan la comunicación y la integración, las que ofrecen oportunidades de aprender y las que permiten vigilar y garantizar la seguridad de una persona mayor— pueden hacer que este objetivo sea más fácil de alcanzar en el futuro. El envejecimiento en el lugar puede fomentarse aún más mediante la creación de entornos adaptados a las personas mayores que permitan la movilidad y la participación de las personas mayores en actividades básicas, como ir de compras.

Sin embargo, al igual que ocurre con otras políticas sobre el envejecimiento, no conviene centrarse muy rígidamente en una única solución para todos los casos. Por ejemplo, el envejecimiento en el lugar no puede ser el objetivo principal para las personas mayores que viven aisladas, no tienen la atención que necesitan, habitan viviendas inadecuadas o viven en barrios inseguros o no favorables (*72*). Además, no debe considerarse como una política que permite a los gobiernos simplemente reducir al mínimo los costos al no tener que proporcionar otras opciones más costosas. De hecho, se ha planteado que para hacer realidad el envejecimiento en el lugar hace falta una batería de cuidadores y atención médica adecuada (*73*).

Además, las personas mayores tienen en general una perspectiva matizada y realista sobre las decisiones que enfrentan en relación con la vivienda. Se han creado nuevas formas de vida asistida y atención residencial que representan alternativas a la idea estereotipada de tener que elegir entre vivir en el hogar o en un hogar (*73*). Gracias a estas opciones, muchas personas mayores pueden desarrollarse de una manera que no hubiera sido posible en su comunidad de origen.

Referencias bibliográficas

1. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. Nature. 2008 Feb 7;451(7179):644–7.doi: http://dx.doi.org/10.1038/451644a PMID: 18256658
2. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. Age Ageing. 2012 Sep;41(5):581–6.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097 PMID: 22826292
3. Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkes of aging. Front Biosci (Schol Ed). 2010;2(1):392–402.doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/ PMID: 20036955
4. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
5. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. Science. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5.doi: http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488 PMID: 16809530
6. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. Int J Aging Hum Dev. 2004;58(2):87–108.doi: http://dx.doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X PMID: 15259878
7. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. Psychol Aging. 2012 Mar;27(1):181–9.doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0023965 PMID: 21707177
8. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. J Appl Gerontol. 2009;28(6):702–22. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882
9. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. Lancet. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. PMID: 25468152
10. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163 PMID: 21791490
11. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. J Am Med Dir Assoc. 2009 Feb;10(2):87–92.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003 PMID: 19187875
12. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
13. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011 Sep;10(4):430–9.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003 PMID: 21402176
14. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2012 Aug;60(8):1487–92. PMID: 22881367
15. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. 2009 Apr;5(4):210–20. PMID: 19347026
16. Kheirbek RE, Alemi F, Citron BA, Afaq MA, Wu H, Fletcher RD. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure. J Palliat Med. 2013 May;16(5):478–84.doi: http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0510 PMID: 23545095
17. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczky M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. Rejuvenation Res. 2008 Aug;11(4):829–36. PMID: 18729815
18. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Econ Policy Law. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120 PMID: 19732475
19. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):93.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93 PMID: 21549010
20. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447–58.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x PMID: 19245421
21. The international classification of functioning. Disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
22. Beard J, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? Public Health Rev. 2011;32(2):427–50.
23. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 14 June 2015).
24. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 14 June 2015).
25. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf, accessed 14 June 2015).

26. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, accessed 14 June 2015).
27. Beijing declaration and platform for action: Beijing+5 political declaration and outcome. New York: United Nations; 1995. (http://beijing20.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf, accessed 14 June 2015).
28. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 14 June, 2015).
29. Venkatapuram S. Health justice: an argument from the capabilities approach. Hoboken (NJ): Wiley; 2013. (http://USYD.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1174277, accessed 23 April, 2015).
30. Nussbaum M. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. Fem Econ. 2003;9(2–3):33–59. doi: http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926
31. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2011. doi: http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674061200
32. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. J Int Dev. 1997;9(2):281–302. doi: http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1328(199703)9:2<281:AID-JID438>3.0.CO;2-K
33. Nussbaum M. Capabilities and social justice. Int Stud Rev. 2003;4(2):123–35. doi: http://dx.doi.org/10.1111/1521-9488.00258
34. Sen A. Capability and wellbeing. In: Nussbaum M, Sen A, editors. The quality of life. Oxford: Oxford University Press; 1993. doi: http://dx.doi.org/10.1093/0198287976.003.0003
35. Alkire S. Why the capability approach? J Hum Dev. 2005;6(1):115–35. doi: http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034275
36. Robeyns I. The capability approach: a theoretical survey. J Hum Dev. 2005;6(1):93–117. doi: http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034266
37. Gasper D. What is the capability approach? Its core, rationale, partners and dangers. J Socioecon. 2007;36(3):335–59. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socec.2006.12.001
38. Kimberly H, Gruhn R, Huggins S. Valuing capabilities in later life: the capability approach and the Brotherhood of St Laurence aged services. Fitzory, VIC: Brotherhood of St Laurence; 2012 (http://www.bsl.org.au/KimberleyGruhnHuggins_Valuing_capabilities_in_later_life_2012.pdf, accessed 14 June, 2015).
39. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2003 Oct;57(10):778–83.doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.10.778 PMID: 14573579
40. Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc. 2004 Feb;52(2):257–62.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x PMID: 14728637
41. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev. 2000 May-Jun;71(3):543–62.doi: http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164 PMID: 10953923
42. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? Australas J Ageing. 2004;23(3):115–9. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x
43. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, Riedel-Heller SG, et al. Indicators for healthy ageing–a debate. Int J Environ Res Public Health. 2013 Dec;10(12):6630–44.doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10126630 PMID: 24317381
44. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful aging as a continuum of functional independence: lessons from physical disability models of aging. Aging Dis. 2012 Feb;3(1):5–15. PMID: 22500268
45. Lara J, Godfrey A, Evans E, Heaven B, Brown LJ, Barron E, et al. Towards measurement of the Healthy Ageing Phenotype in lifestyle-based intervention studies. Maturitas. 2013 Oct;76(2):189–99.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.007 PMID: 23932426
46. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2012 Jun;67(7):783–9.doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glr234 PMID: 22367432
47. Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? Soc Sci Med. 2006 Apr;62(8):1891–901.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.023 PMID: 16168542
48. Ward L, Barnes M, Gahagan B. Well-being in old age: findings from participatory research. Brighton: University of Brighton, Age Concern Brighton, Hove and Portslade; 2012 (https://www.brighton.ac.uk/_pdf/research/ssparc/wellbeing-in-old-age-full-report.pdf, accessed 14 June 2015).
49. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? BMJ. 2005 Dec 24;331(7531):1548–51.doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548 PMID: 16373748

50. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. Hum Genet. 2013 Dec;132(12):1323–38.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z PMID: 23925498
51. Dato S, Montesanto A, Lagani V, Jeune B, Christensen K, Passarino G. Frailty phenotypes in the elderly based on cluster analysis: a longitudinal study of two Danish cohorts. Evidence for a genetic influence on frailty. Age (Dordr). 2012 Jun;34(3):571–82.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11357-011-9257-x PMID: 21567248
52. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing 'best-fit'. Can J Aging. 2013 Dec;32(4):319–32. PMID: 24128863
53. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/, accessed 14 June 2015).
54. Sawamura K, Nakashima T, Nakanishi M. Provision of individualized care and built environment of nursing homes in Japan. Arch Gerontol Geriatr. 2013 May-Jun;56(3):416–24.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.11.009 PMID: 23260333
55. Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM. The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. Int Psychogeriatr. 2012 May;24(5):722–32.doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211002377 PMID: 22221709
56. Age friendly NYC: a progress report. New York: City of New York, New York Academy of Medicine; 2011 (http://www.nyam.org/agefriendlynyc/Age-Friendly-NYC-Report-Final-High-Res2_new.pdf, accessed 14 June 2015).
57. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva, World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335, accessed 19 June 2015).
58. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? Public Health Rep. 2013 Nov;128(Suppl 3) Suppl 3:12–20. PMID: 24179274
59. Lee JT, Huang Z, Basu S, Millett C. The inverse equity hypothesis: does it apply to coverage of cancer screening in middle-income countries? J Epidemiol Community Health. 2015 Feb;69(2):149–55.doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204355 PMID: 25311479
60. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Lancet Neurol. 2014 Aug;13(8):788–94.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X PMID: 25030513
61. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. Psychol Health. 2014;30(6):715–31. PMID: 24678916
62. Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. J Adv Nurs. 1997 Aug;26(2):408–17.doi: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026408.x PMID: 9292377
63. Welford C, Murphy K, Rodgers V, Frauenlob T. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. Int J Older People Nurs. 2012 Mar;7(1):65–9.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x PMID: 22348264
64. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. J Adv Nurs. 2014 Oct;70(10):2208–21.doi: http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412 PMID: 25209751
65. Hillcoat-Nallétamby S. The meaning of "independence" for older people in different residential settings. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014 May;69(3):419–30.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbu008 PMID: 24578371
66. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. Health Soc Care Community. 2004 May;12(3):212–20.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x PMID: 19777711
67. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. Gerontologist. 2014 Feb;54(1):75–81.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070 PMID: 23840021
68. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RE. The meaning of "aging in place" to older people. Gerontologist. 2012 Jun;52(3):357–66.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098 PMID: 21983126
69. Bonifas RP, Simons K, Biel B, Kramer C. Aging and place in long-term care settings: influences on social relationships. J Aging Health. 2014 Dec;26(8):1320–39.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264314535632 PMID: 25502244
70. Healthy Ageing & the Built Environment [website]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyaging.htm, accessed 17 June 2015).
71. Marek KD, Stetzer F, Adams SJ, Popejoy LL, Rantz M. Aging in place versus nursing home care: comparison of costs to Medicare and Medicaid. Res Gerontol Nurs. 2012 Apr;5(2):123–9.doi: http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20110802-01 PMID: 21846081
72. Golant SM. Commentary: irrational exuberance for the aging in place of vulnerable low-income older homeowners. J Aging Soc Policy. 2008;20(4):379–97.doi: http://dx.doi.org/10.1080/08959420802131437 PMID: 19042553
73. Morley JE. Aging in place. J Am Med Dir Assoc. 2012 Jul;13(6):489–92.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011 PMID: 22682696

Capítulo 3
La salud en la vejez

Zenul, edad desconocida, Pakistán

Durante las inundaciones de 2011 en Pakistán, muchos aldeanos perdieron su ganado y la tierra cultivable se arruinó. Con un subsidio en efectivo que se distribuyó tras el desastre, Zenul pudo comprar una ternera.

"He sido viuda por diez años al menos. Tengo tres hijos y una hija y todos son agricultores aquí, pero ahora, claro, no pueden cultivar nada. Recibí 15.000 rupias... y las gasté en esta ternera, que algún día me dará leche. Parte la guardaré para mí y el resto la venderé a 40 rupias el litro. Con suerte, también tendré terneros para vender. Vivo en una tienda porque mi casa quedó inestable después de las inundaciones, y de hecho la semana pasada sentimos un terremoto. Normalmente, el barro con que cubrimos la casa la protege: resiste muy bien el calor extremo en verano y el frío en invierno. Pero el barro se desplomó con las inundaciones, y no sé cómo podré reconstruir la casa. Si tuviera dinero, compraríamos cemento. El barro es gratis, pero el cemento es caro. Tendré que esperar a que la ternera crezca".

© Rosaleen Cunningham / HelpAge International 2011

3

La salud en la vejez

Cambios demográficos y epidemiológicos

El envejecimiento de la población

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. La figura 3.1 y la figura 3.2 muestran la proporción por país de personas de 60 años o más en 2012 y las proyecciones para 2050. En la actualidad, solo un país tiene una proporción superior al 30 %: Japón. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se trata de países de Europa y América del Norte, pero también de Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, la República Islámica del Irán, Tailandia y Vietnam.

En la figura 3.1 y en la figura 3.2, el envejecimiento de la población parece menos importante en África Subsahariana. Sin embargo, aunque la estructura de la población en esa región permanecerá joven en términos relativos, ya cuenta con el doble de adultos mayores que el norte de Europa, y se calcula que esta cifra aumentará más rápido que en cualquier otro lugar, ya que pasará de 46 millones en 2015 a 157 millones en 2050 (*1*). Además, la esperanza de vida a los 60 años en África Subsahariana es 16 años para las mujeres y 14 años para los hombres, lo que indica que, para quienes sobreviven a los primeros peligros de la vida, vivir hasta la edad avanzada ya es una realidad. Las personas mayores en África Subsahariana también cumplen varias funciones fundamentales que contribuyen al desarrollo socioeconómico sostenido (*1*).

El ritmo de envejecimiento de la población en muchos países también es mucho mayor que en el pasado (figura 3.3). Por ejemplo, mientras que Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse al aumento del 10 % al 20 % en la proporción de la población mayor de 60 años, algunos países como Brasil, China e India tendrán un poco más de 20 años para hacer la misma adaptación. Esto significa que la adaptación en estos países deberá ser mucho más rápida que en el pasado.

¿Por qué las poblaciones están envejeciendo?

Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la población. El primero es el aumento de la esperanza de vida: en promedio, las personas de todo el mundo

Figura 3.1. **Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2015**

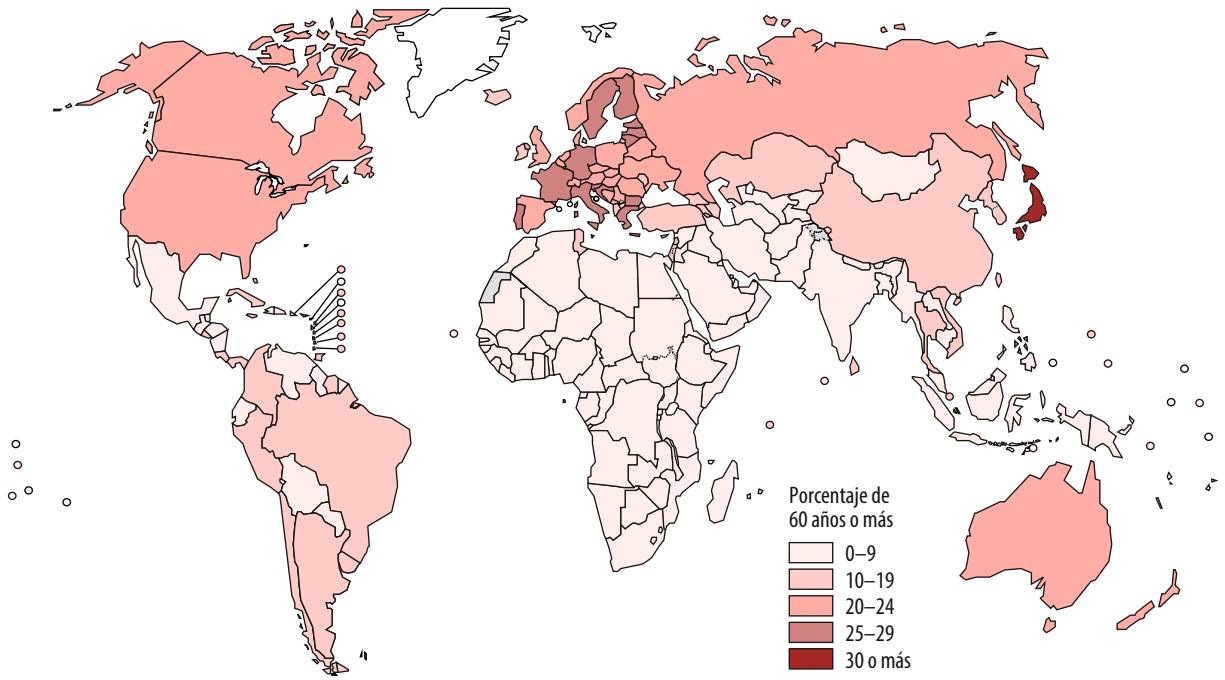


Figura 3.2. **Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050**

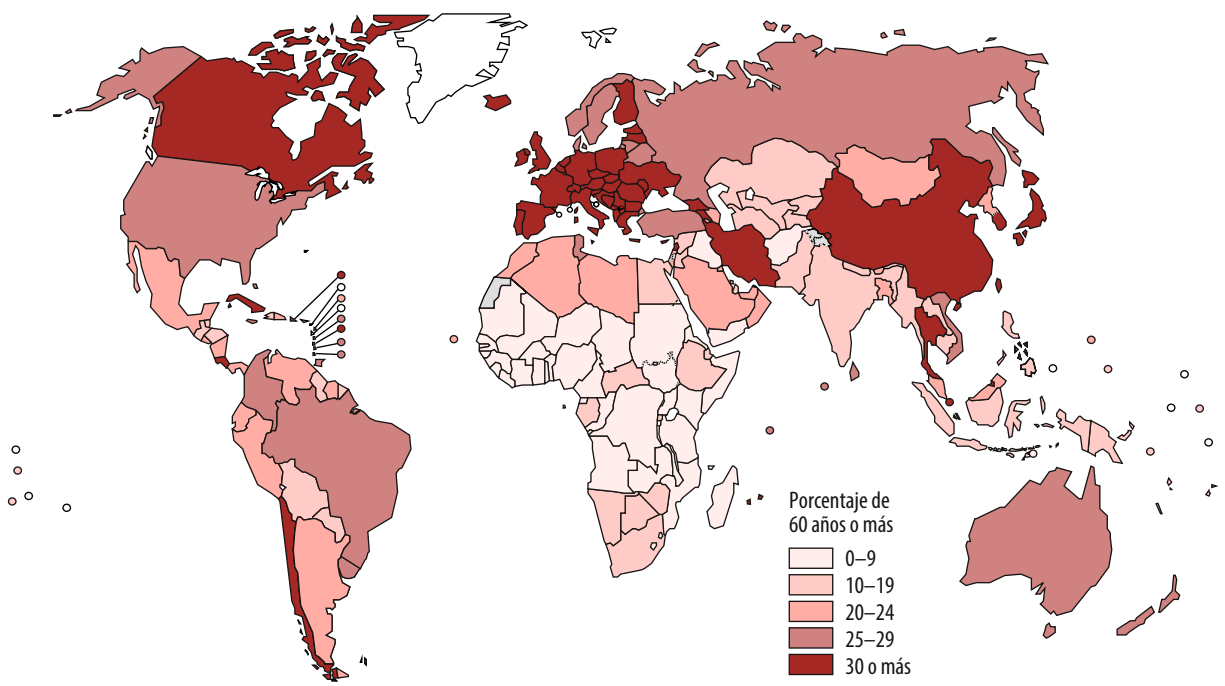
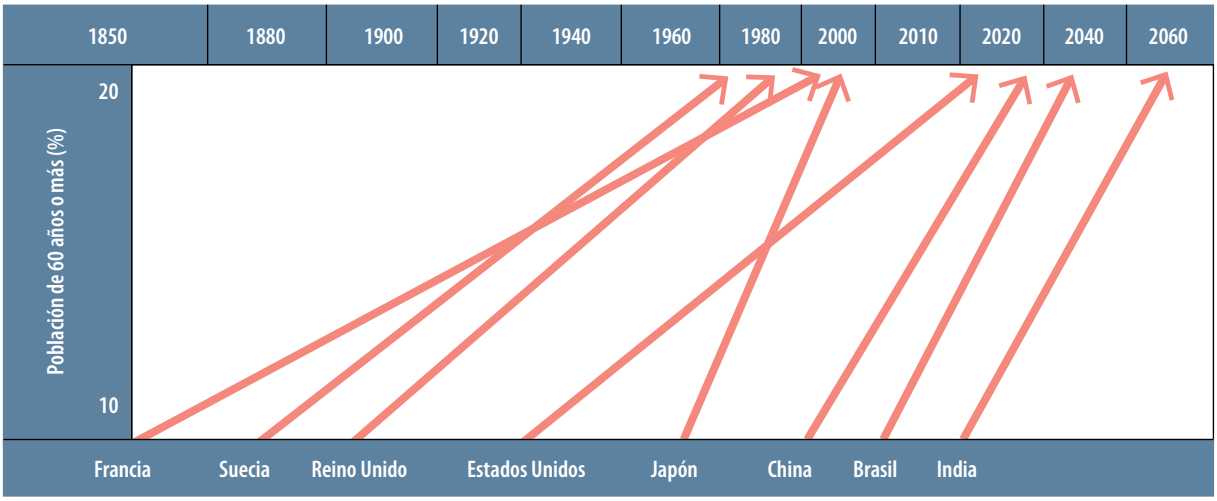


Figura 3.3. Período requerido o previsto para que el porcentaje de la población de 60 años o más aumente del 10 % al 20 %



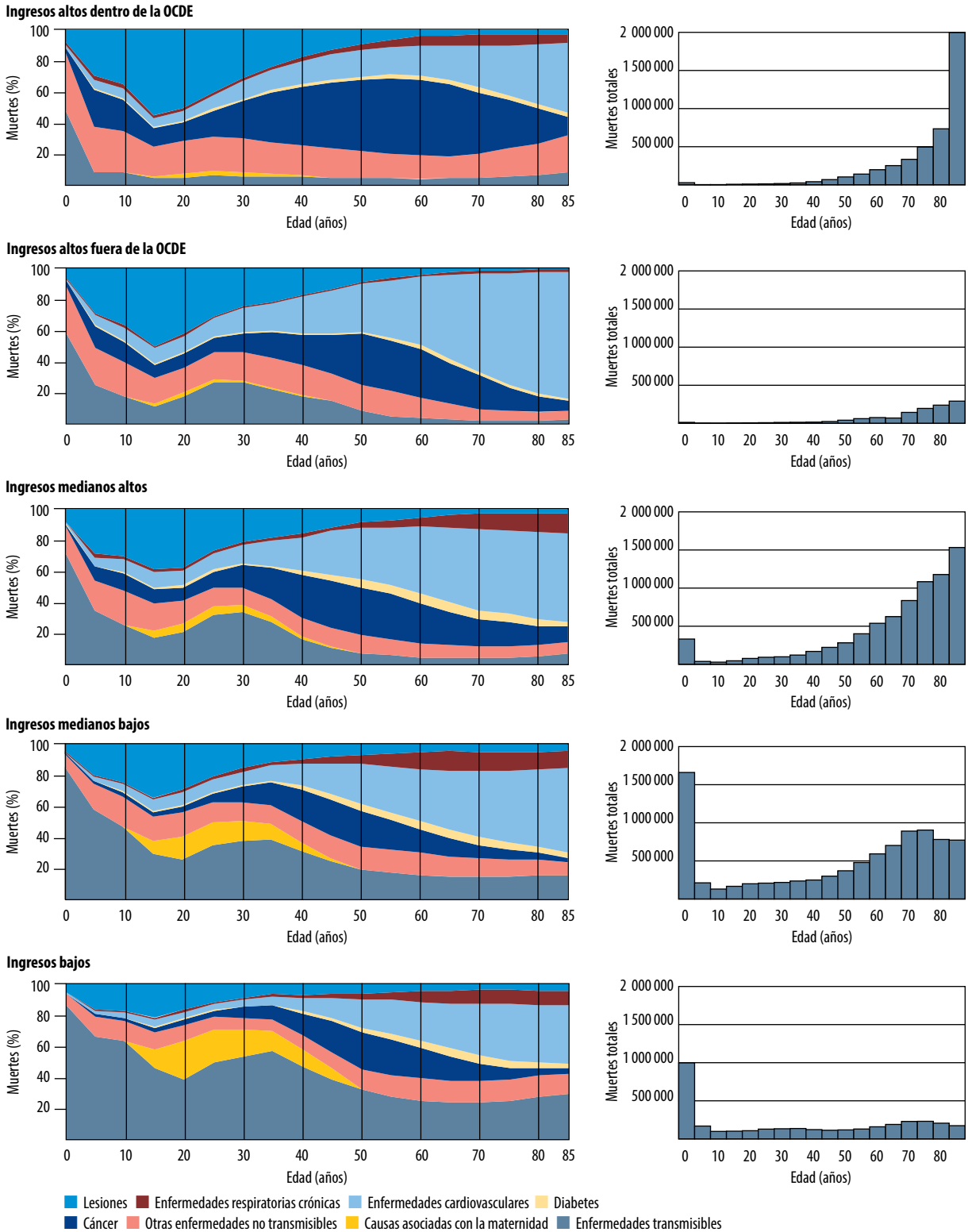
ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años.

La figura 3.4 y la figura 3.5 muestran la fuerte relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de un país y los patrones de mortalidad en el curso de la vida. Los gráficos en el lado derecho de la figura 3.4 y la figura 3.5 muestran las edades en las que sobreviene la muerte en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los países de ingresos altos que integran la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) se muestran por separado de otros países de ingresos altos porque su epidemiología es muy distinta. En los entornos de bajos recursos, es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia. Luego de esta etapa, las muertes se distribuyen uniformemente en el resto de la vida. Con el desarrollo, mejora la salud pública y más personas sobreviven a la infancia, por lo que se torna más probable que las personas mueran a una edad adulta. En los entornos de ingresos altos, los patrones de mortalidad cambian aún más hacia la vejez; por esta razón, la mayoría de las muertes ocurren en personas mayores de 70 años.

Es importante destacar que estos cambios vienen acompañados de una modificación en las causas de muerte (como se observa en el lado izquierdo de la figura 3.4 y la figura 3.5). En todos los contextos, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, aunque las muertes por estas causas suelen ocurrir a edades menores en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. Sin embargo, en los contextos de ingresos bajos y medianos, las enfermedades transmisibles son todavía responsables de un número considerable de muertes en el curso de la vida.

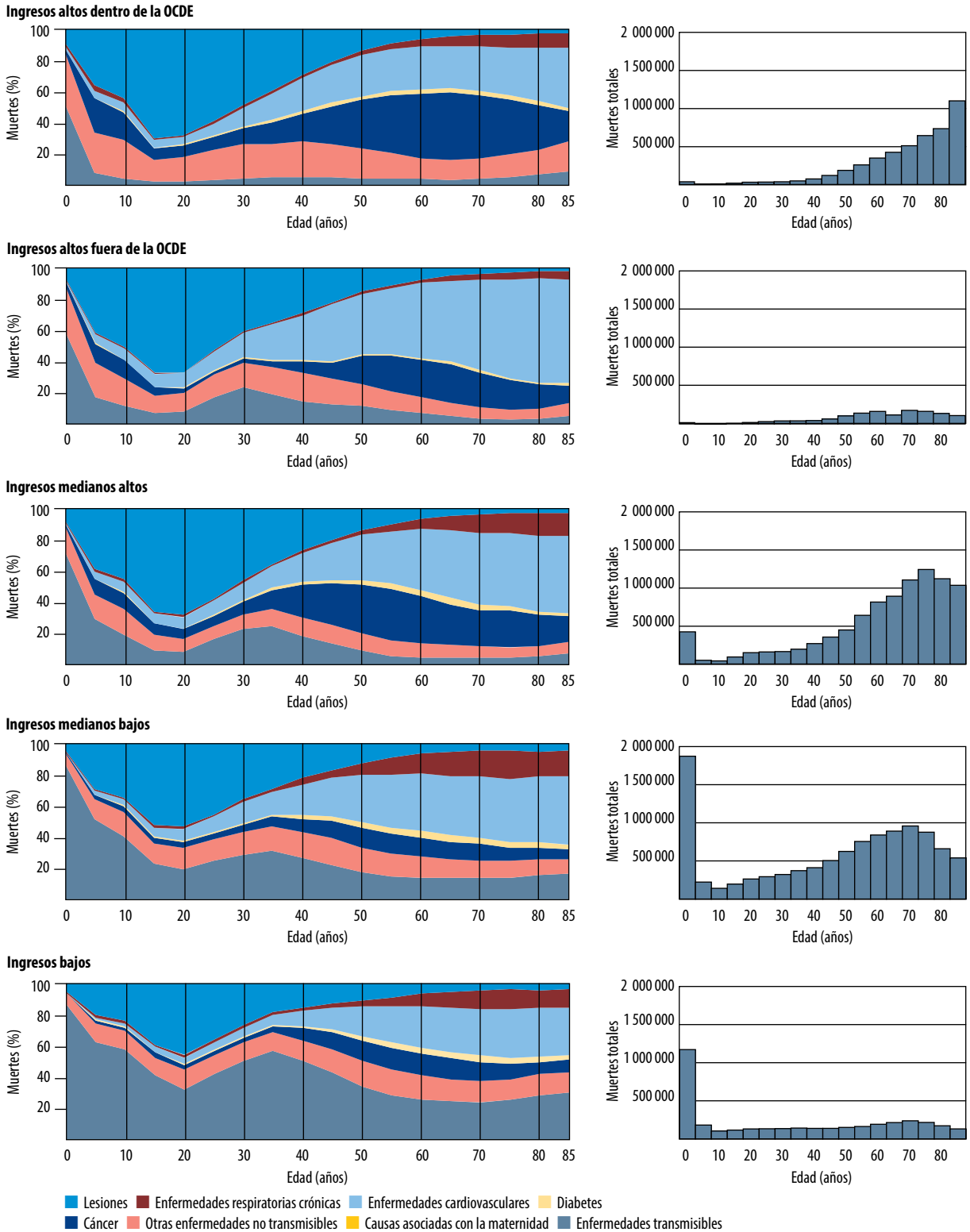
Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer. El crecimiento sostenido de la esperanza de vida registrado en todo el mundo durante los últimos 100 años (figura 3.6) se debe, en gran parte, a la reducción de la mortalidad en las personas más jóvenes, y no a que las personas mayores vivan más tiempo.

Figura 3.4. Muertes en las mujeres a diferentes edades en países de ingresos bajos, medianos y altos, 2012



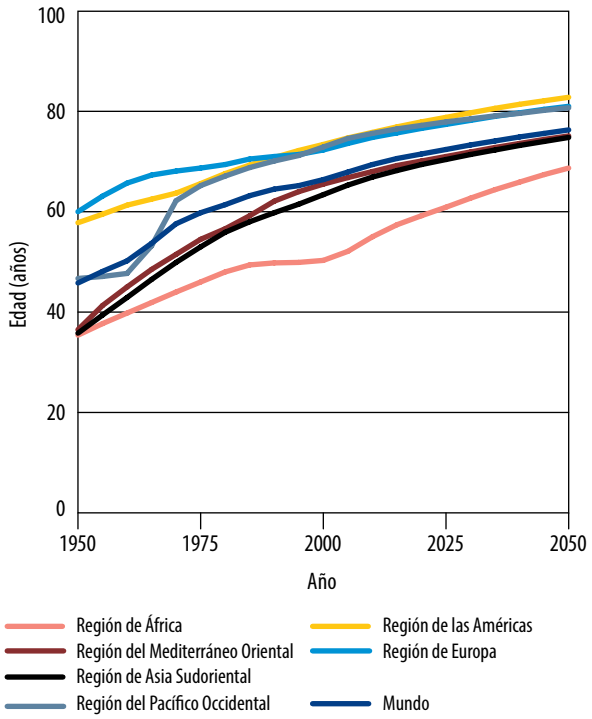
OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
Fuente: (*2*).

Figura 3.5. Muertes en los hombres a diferentes edades en países de ingresos bajos, medianos y altos, 2012



OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
Fuente: (*2*).

Figura 3.6. **Cambios en la esperanza de vida a partir de 1950, con proyecciones hasta el año 2050, por región de la OMS y en todo el mundo**

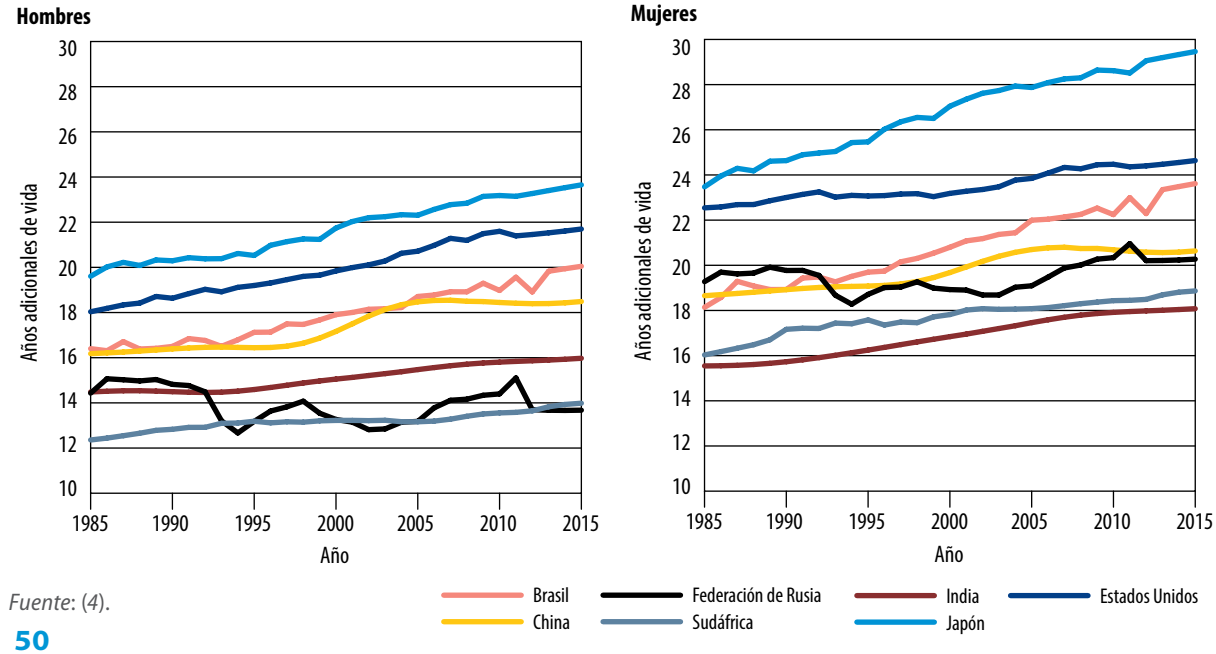


En tiempos más recientes, otra tendencia ha contribuido considerablemente al aumento de la esperanza de vida, en especial en entornos de ingresos altos: el aumento de la supervivencia en la vejez (*3*) (figura 3.7). Así, en 1985 una mujer de 60 años de edad residente en Japón podía aspirar a vivir otros 23 años. En 2015, esa expectativa ha aumentado a casi 30 años. Es posible que hayan contribuido a este aumento la mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y las diferencias en la vida que las personas llevaron en etapas anteriores.

Sin embargo, la tasa de estos incrementos no es la misma en todo el mundo. La esperanza de vida en la vejez aumenta a un ritmo mucho más rápido en los países de ingresos altos que en los contextos de menores recursos, aunque esto varía entre países específicos y entre hombres y mujeres.

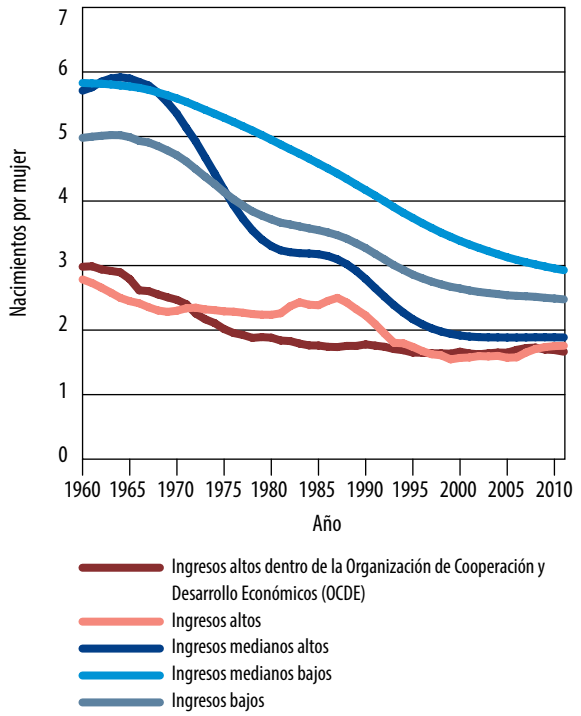
La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad (figura 3.8). Probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos ahora tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género. Antes de

Figura 3.7. **Esperanza de vida de hombres y mujeres a los 60 años, en países seleccionados, 1985-2015**



Fuente: (*4*).

Figura 3.8. Tasas de fecundidad en países de ingresos bajos, medios y altos, 1960-2011



Fuente: (*5*).

los avances recientes en el desarrollo socioeconómico, las tasas de fecundidad en muchas partes del mundo eran de cinco a siete nacimientos por mujer (aunque muchos de estos niños no sobrevivieran hasta la edad adulta). En 2015, estas tasas han tenido una caída vertiginosa e incluso han quedado por debajo del nivel necesario para mantener el tamaño actual de las poblaciones. La excepción clave a estas caídas notables en las tasas de fecundidad es África, donde se observa un descenso más lento de estas tasas, que en general se mantienen en más de cuatro nacimientos por mujer. En Oriente Medio también se registran caídas menos pronunciadas que en otras partes del mundo. Dado que la reducción de la fecundidad a menudo ha sido menor que la caída de la mortalidad infantil, con frecuencia esto se ha traducido en una explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes. En muchos países de ingresos altos, este incremento se produjo poco después de la Segunda Guerra Mundial, y al segmento de la población resultante comúnmente se lo conoce como *baby boomers*. A medida que la generación nacida durante esa explosión de la natalidad llega a la vejez, el envejecimiento de la población se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fecundidad sostenida.

¿Son los años añadidos a la vejez años que se viven en buena salud?

Para formular políticas, es fundamental determinar si las personas actualmente viven vidas más largas y saludables o si los años añadidos a la vejez se viven en general con mal estado de salud. Si los años adicionales se viven con buena salud, el envejecimiento de la población traerá consigo un aumento de los recursos humanos que puede contribuir a la sociedad de muchas maneras (por ejemplo, con una vida activa más larga). Esto puede resumirse en la expresión "los 70 son los nuevos 60". Sin embargo, si las personas viven más tiempo pero presentan limitaciones de la capacidad similares o mayores a las de sus padres a la misma edad, la demanda de asistencia sanitaria y social será considerablemente superior, y las contribuciones sociales de las personas mayores serán más restringidas.

Entender cuál de estas situaciones se presenta en la actualidad es crucial para determinar las esferas prioritarias en las que adoptar medidas y asegurarse políticas de respuesta justas. Por ejemplo, si todas las personas viven vidas largas y saludables, una forma de garantizar la sostenibilidad fiscal de los sistemas de protección social podría ser aumentar la edad para acceder a prestaciones como la jubilación. Pero, si los años adicionales se viven en malas condiciones de salud, esta solución posiblemente no sea la más adecuada, ya que obligaría a personas con limitaciones considerables de capacidad intrínseca a permanecer en la fuerza de trabajo,

una situación poco realista para la persona y nada ideal para el empleador. Además, si las personas de nivel socioeconómico alto viven más y en buenas condiciones de salud, mientras que las personas de nivel socioeconómico bajo viven más pero en malas condiciones de salud, las consecuencias negativas de una respuesta política genérica, como aumentar la edad de jubilación, se compartirían de manera inequitativa.

Lamentablemente, aunque hay pruebas sólidas de que las personas mayores viven hoy más tiempo, especialmente en los países de ingresos altos, no es tan clara la calidad de esos años adicionales (*6*). No se trata solo de falta de investigaciones al respecto. Aunque se han hecho pocos estudios en países de ingresos bajos y medianos, se han realizado bastantes análisis de los datos recogidos durante los últimos 30 años en Estados Unidos y otros contextos de ingresos altos. Sin embargo, las conclusiones de esta serie de investigaciones no son uniformes: en algunos estudios se plantea que los niveles de discapacidad grave en las personas mayores de 65 años están disminuyendo; en otros estudios del mismo grupo de edad se registra un aumento de las tasas de enfermedades crónicas y comorbilidad, aunque con tasas estables de discapacidad, y en otros estudios se advierte un aumento de la prevalencia de la discapacidad en el grupo de 60 a 70 años de edad (*7–10*). En un estudio en el que se cruzaron varias series de datos se detectó un aumento de la esperanza de vida ajustada en función de la calidad, aunque moderada debido a la obesidad y cierto deterioro de la capacidad, mientras que en otro se observó que las caídas de la prevalencia de la discapacidad en toda la cohorte se anularon después de ajustar las cifras por características como la raza, la educación, el estado civil, la situación laboral, los ingresos y el índice de masa corporal (*11, 12*).

Estas tendencias también pueden variar geográficamente. Algunos estudios realizados en Europa plantean que las expectativas relativas a la salud difieren considerablemente entre los países (*13*). Por ejemplo, una evaluación multinacional de la discapacidad leve en países de la OCDE reveló que había disminuido en algunos países, había aumentado en otros y había permanecido igual en el resto (*14*). Un análisis combinado de grandes estudios longitudinales realizados en países de ingresos altos, efectuado por la OMS en 2014, permitió determinar que, aunque la prevalencia de la discapacidad grave (en la que la persona requiere ayuda para realizar actividades básicas como comer y asearse) puede estar disminuyendo levemente, no se ha observado ningún cambio significativo en la discapacidad menos grave en los últimos 30 años (*15*) (figura 3.9 y figura 3.10). Por lo tanto, los datos actuales de los países de ingresos altos son confusos; si bien indican que puede haber una pequeña disminución de algunas formas de discapacidad a una edad determinada, es poco probable que esto vaya a la par con los años adicionales que las personas viven.

Esta falta de claridad se ve agravada por varias limitaciones metodológicas importantes. En primer lugar, generalmente se acepta que la discapacidad es un estado determinado tanto por las características fundamentales de las personas (es decir, la capacidad intrínseca) como por el entorno en el que viven (*17*). A menos que los investigadores tengan en cuenta los cambios en estos dos aspectos, no podrán distinguir entre ellos. Por ejemplo, en los años 1950, posiblemente la capacidad de las personas con artrosis de cadera para hacer lo que necesitaban hacer estuviera comprometida, porque no tenían opciones de transporte. En 2015, las personas con esta afección pueden usar el transporte público accesible para personas con discapacidad y, por lo tanto, constatar que su capacidad funcional es mucho mejor, aunque su capacidad intrínseca sea la misma. Para medir mejor la capacidad funcional, es preciso distinguir entre las tendencias de la capacidad intrínseca y los cambios en el entorno, y para ello se necesitan preguntas específicas; sin embargo, los instrumentos generalmente empleados no hacen esta distinción.

Figura 3.9. **Prevalencia de las limitaciones para realizar actividades instrumentales de la vida diaria por año de nacimiento, 1916-1958 (después de ajustar por edad y período) (*16*)**

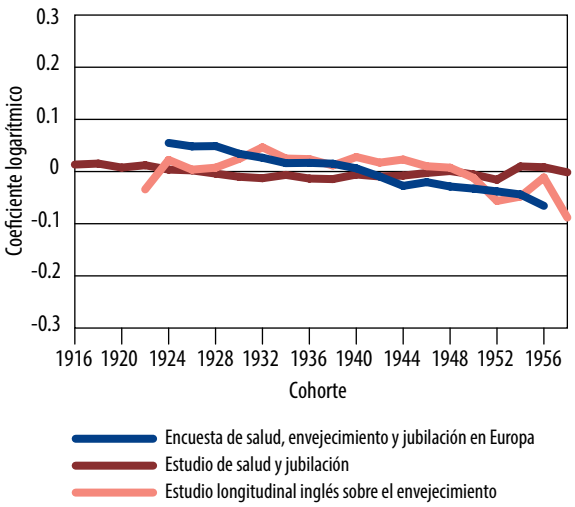
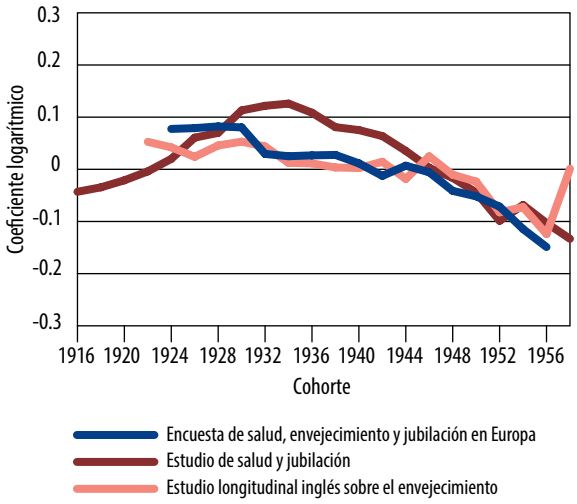


Figura 3.10. **Prevalencia de las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria por año de nacimiento, 1916-1958 (después de ajustar por edad y período) (*16*)**



Además, la mayoría de los datos solo tiene en cuenta la discapacidad en el extremo más grave del espectro, que ocurre comúnmente durante los últimos años de vida. La capacidad intrínseca, por lo general, comienza a deteriorarse antes y, con frecuencia, al principio lo hace sutilmente. Aunque la mayoría de las personas mayores experimenta estos cambios pequeños y sutiles, la información sobre las tendencias de la capacidad durante esta etapa de la vida es muy limitada.

También, en los países de ingresos altos, muchos estudios se han basado únicamente en datos relativamente recientes, en gran parte limitados a un período en el que la transición epidemiológica indicada en la figura 3.4 y en la figura 3.5 ya se había producido. El aumento de la esperanza de vida en estos contextos actualmente se debe en gran medida al aumento de la supervivencia en la vejez, lo que puede ser el resultado de la prolongación de la etapa final de la vida mediante tratamientos médicos, no de los avances generales en la salud pública que probablemente hayan impulsado los cambios epidemiológicos anteriores. Estos resultados permiten realizar una buena comparación entre nuestra salud y la de nuestros padres, aunque es posible que la tendencia registrada entre nuestros padres y sus padres haya sido completamente diferente. Un estudio que sí capta las tendencias durante este período anterior muestra que la salud de las personas mayores en la actualidad es considerablemente mejor que la de sus abuelos y bisabuelos (*18*). En este estudio se detectó una prevalencia menor de enfermedades crónicas propias de la edad en los reclutas del ejército de Estados Unidos en todo el siglo XX que en los reclutas de la Guerra Civil (*18*).

Finalmente, las poblaciones de edad avanzada se caracterizan por una gran diversidad. Las tendencias en los diferentes subgrupos de una población pueden ser muy distintas. En Estados Unidos, por ejemplo, es posible que la esperanza de vida de los adultos afroamericanos con bajo nivel de educación haya cambiado poco desde los años 1950 (*19, 20*).

Mientras que la información de los países de ingresos altos es confusa, apenas existen datos de los países de ingresos bajos y medianos. Una excepción es China, donde una comparación de grandes encuestas representativas realizadas en 1987 y 2006 reveló aumentos importantes de las limitaciones tanto físicas como mentales durante los últimos dos decenios, aunque disminuciones considerables de las limitaciones en la visión, la audición, el habla y el intelecto (*21*).

Los países de ingresos bajos y medianos atraviesan actualmente la transición epidemiológica que se muestra en la figura 3.4 y la figura 3.5. Algunos países, como China, se encuentran cerca del final de esa transición, lo que se refleja en la evolución de las tasas de la discapacidad normalizada según la edad que se describen en este estudio, ya que cae la discapacidad relacionada con las enfermedades infecciosas y aumenta considerablemente la relacionada con la enfermedad cerebrovascular y la artrosis (incluidas en la categoría de discapacidades físicas) (*21*). La diversidad de la población también es evidente en estos resultados, al caer las discapacidades observadas principalmente en las zonas urbanas.

Los países de ingresos bajos y medianos que se encuentran en etapas anteriores de esta transición continúan padeciendo una doble carga de morbilidad, con altas tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles; además, muchas personas en estos países están expuestas a niveles mucho más altos de sustancias tóxicas en el ambiente y en el trabajo y a factores de estrés que las personas que viven en contextos de ingresos altos. Es posible que esta combinación de enfermedades y factores de estrés ambientales repercuta de manera impredecible en la morbilidad posterior de los adultos mayores. Podría tener consecuencias, por ejemplo, si estas exposiciones aumentan lo que se conoce como "envejecimiento de origen inflamatorio", un posible factor desencadenante de enfermedades cardiovasculares (*22, 23*). Por lo tanto, no es apropiado extrapolar simplemente las tendencias de morbilidad observadas en los países de ingresos altos a los contextos de ingresos bajos.

Las características de salud en la vejez

En el resto de este capítulo se analizan en mayor detalle algunas de las características relacionadas con la salud en la segunda mitad de la vida y el impacto que tienen, en última instancia, en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. Dada la complejidad de estos cambios, no se procura resumir todas las afecciones y tendencias, sino poner de relieve cuestiones clave que pueden proporcionar un marco para comprender las tendencias de salud en la vejez.

Cambios fundamentales

Como se explica en el capítulo 1, a nivel biológico, el envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte (*24*). Esto trae consigo una amplia variedad de cambios psicosociales.

A continuación se presentan algunos de los cambios fundamentales que suelen ocurrir en algún grado en todos los seres humanos a medida que envejecen. Aunque existe una diversidad notable en cómo se viven estos cambios a nivel individual, se observan tendencias generales cuando se considera la población en su conjunto (*25*). Sin embargo, estas pérdidas en la capacidad intrínseca pueden compensarse mediante la adaptación, y a menudo traen consigo ganancias de experiencia y conocimientos. Esto podría explicar por qué la productividad laboral no parece disminuir con la edad (recuadro 3.1).

Además, es difícil separar el impacto de estos cambios fundamentales en el funcionamiento, de las consecuencias de las enfermeda-

Recuadro 3.1. El envejecimiento y la productividad

Los efectos de los cambios fundamentales relacionados con la edad en la capacidad intrínseca respecto de la productividad laboral apenas comienzan a estudiarse. Una de las razones por las que la productividad es difícil de medir objetivamente es que las calificaciones de los colegas y los supervisores a menudo representan concepciones estereotipadas más que el desempeño real de los trabajadores de edad avanzada (*26*). Además, no todas las ocupaciones se prestan a que se mida objetivamente la productividad. Debido a esto, las pocas investigaciones que se han hecho al respecto con frecuencia se han limitado a los lugares de trabajo que hacen mediciones objetivas, tales como el número de errores o el monto de las ventas.

En general, la productividad no parece disminuir con la edad, aunque puede caer a medida que aumenta el tiempo trabajado en determinado empleo, debido a que la rutina reduce la motivación o a que los movimientos repetitivos producen daño físico (*27*). Así, un estudio reveló que el número de errores cometidos por los equipos en la línea de montaje en una fábrica de automóviles se redujo levemente con la edad después de revisar la selectividad descendente (es decir, jubilación anticipada, discapacidad) y la selectividad ascendente (es decir, ascensos). Los autores concluyeron que "los trabajadores mayores son especialmente capaces de comprender situaciones difíciles y luego concentrarse en tareas vitales" (*28*).

Esta conclusión pone de relieve que las pérdidas asociadas con la edad, tales como la disminución de la velocidad de procesamiento de la información o la pérdida de la capacidad de hacer tareas múltiples, no necesariamente tienen impactos negativos en la productividad laboral, porque hasta cierto punto pueden compensarse con la experiencia de vida y de trabajo de las personas mayores. Además, parte del deterioro de la capacidad física puede retrasarse por medio de la ocupación. Por ejemplo, es posible que la disminución de la fuerza de prensión que se observa a nivel de la población no se registre en las subpoblaciones que tienen que usar las manos para el trabajo diario, aunque esta diferencia puede invertirse posteriormente en la vida. Así, después de los 80 años de edad, los trabajadores manuales tienen niveles más bajos de fuerza física que los empleados de oficina (*29*), quizá a causa de la acumulación de daños físicos en estas ocupaciones.

La diversidad de edades en los equipos de trabajo también puede ser un factor determinante de la productividad. Una diversidad intermedia de edades se ha relacionado positivamente con la productividad, tal vez porque tiene tanto costos (en términos de comunicación e integración social) como beneficios (por tener una base de conocimientos más grande para encontrar soluciones). Este efecto también se ve moderado por el tipo de tarea laboral más común en una empresa. Las empresas centradas en el trabajo creativo se benefician con la diversidad de edades, pero este no es el caso de las empresas centradas en tareas rutinarias (*30*).

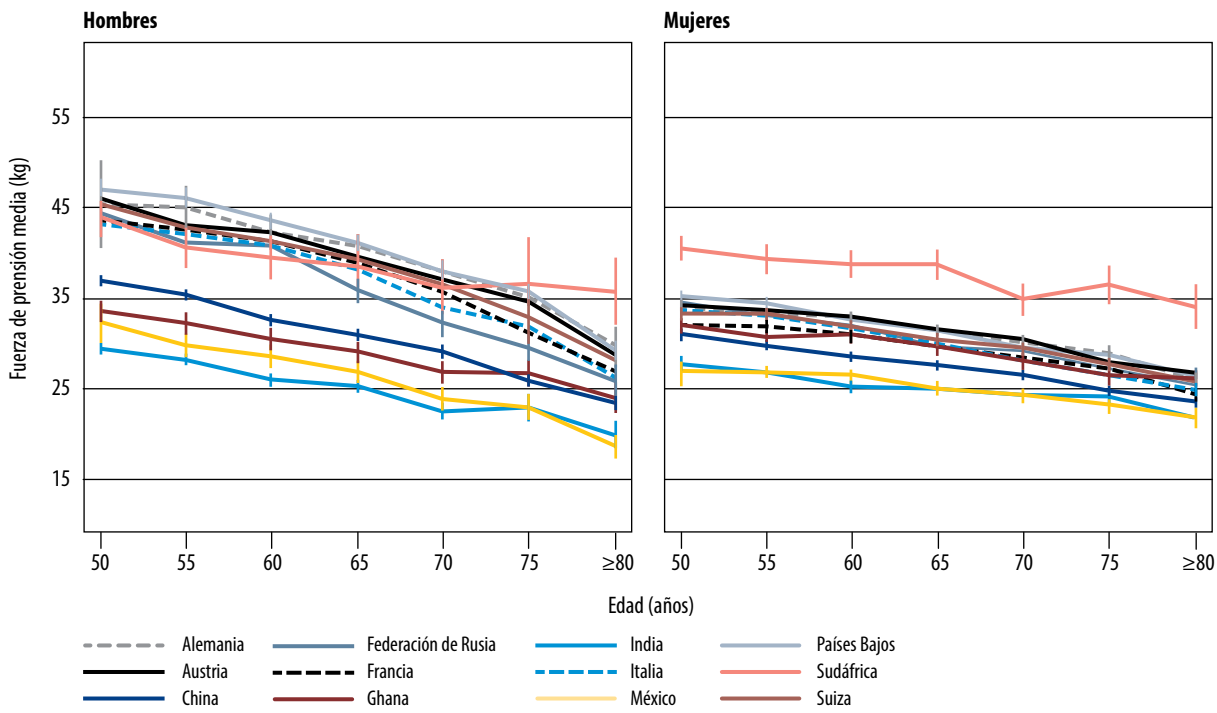
des que también pueden presentarse a lo largo de la vida. Por consiguiente, las tendencias en todo el curso de la vida que se muestran en este capítulo para la población en general (por ejemplo, con respecto a la fuerza de prensión y la velocidad de la marcha) reflejan tanto las cambios fundamentales en el funcionamiento musculoesquelético como las influencias adicionales del nivel de actividad, del tipo de alimentación, y de las enfermedades.

Las funciones de movimiento

Después de alcanzar un nivel máximo en la edad adulta temprana, la masa muscular tiende a disminuir con la edad, lo que puede estar asociado con el deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética (*31*). Una manera de evaluar la función muscular es medir la fuerza de prensión o agarre, que es un buen indicador para predecir la mortalidad, independientemente de la influencia de cualquier enfermedad (*32, 33*).

En la figura 3.11 se muestra la disminución asociada a la edad en la fuerza de prensión promedio en los países incluidos en el estudio SAGE y en la *Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa* (SHARE). Las mujeres suelen tener menos fuerza de prensión que los hombres, y en ambos sexos la fuerza disminuye con la edad. La tasa de deterioro de la fuerza de prensión fue similar en la mayoría de los países estu-

Figura 3.11. Fuerza de prensión en hombres y mujeres de 50 años o más



Nota: La figura se centra en la cuarta ronda de la encuesta SHARE (2010-2011), debido a que la implementación del proyecto coincidió aproximadamente con la primera ronda del estudio SAGE (2007-2010). Datos no ajustados por altura ni por peso.
Fuentes: (*16, 34*).

diados. Sin embargo, el nivel máximo alcanzado varía notablemente, ya que las personas de India y México, en general, presentan menor fuerza en todas las edades y en ambos sexos. Posiblemente estas diferencias se deban a la influencia de una combinación de factores genéticos y de los primeros años de vida, como la nutrición.

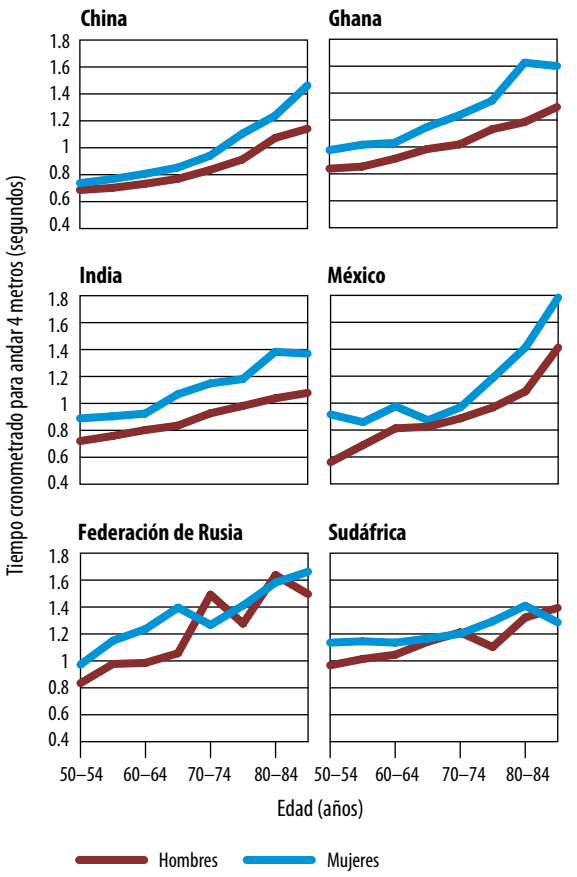
El envejecimiento también se asocia con cambios importantes en los huesos y las articulaciones. Con la edad, la densidad ósea tiende a disminuir, especialmente en las mujeres posmenopáusicas. Esta disminución puede avanzar hasta un punto en el que el riesgo de fractura aumenta considerablemente (una afección conocida como *osteoporosis*), lo que tiene graves consecuencias ya que puede ocasionar discapacidad, peor calidad de vida y mortalidad. Las fracturas de cadera son un tipo particularmente devastador de fractura osteoporótica, y como resultado del envejecimiento de la población cada vez serán más comunes, hasta alcanzar un incidencia mundial anual estimada en 4,5 millones en 2050 (*35*). Las tasas medias normalizadas según la edad de las fracturas por osteoporosis varían geográficamente, siendo las más altas las de América del Norte y Europa, seguidas por las de Asia, Oriente Medio, Oceanía, América Latina y África (*36*).

El cartílago articular también sufre cambios estructurales, moleculares, celulares y mecánicos considerables con la edad, lo que aumenta la vulnerabilidad de los tejidos a la degeneración. A medida que se desgasta el cartílago y disminuye el líquido sinovial, la articulación se vuelve más rígida y frágil (*37*). Si bien es común que el cartílago se reblandezca con la edad, esto no se traduce universalmente en dolor articular o en la degeneración del cartílago que produce la artrosis, aunque la prevalencia de este trastorno está

fuertemente asociada con la edad (*38*). Además, se ha demostrado que la actividad física moderada y habitual mejora las propiedades biomecánicas y biológicas del cartílago articular (*37*).

Estos y otros cambios relacionados con la edad afectan, en última instancia, la función musculoesquelética general y el movimiento, lo que se refleja en una disminución de la velocidad de la marcha, es decir, del tiempo que le toma a la persona andar una distancia determinada. La velocidad de la marcha depende de la fuerza muscular, las limitaciones articulares y otros factores, tales como la coordinación y la propiocepción, y se ha demostrado que es uno de los predictores más eficaces de los resultados futuros en la edad avanzada (*39*). La figura 3.12 presenta la velocidad de la marcha a diferentes edades en los seis países del estudio SAGE y muestra una disminución general de la velocidad al andar a medida que aumenta la edad.

Figura 3.12. Velocidad de la marcha (tiempo necesario para andar cuatro metros), por edad, sexo y país



Fuente: (*34*).

Las funciones sensoriales

El envejecimiento a menudo se asocia con la disminución de la visión y la audición, aunque hay notorias diferencias en cómo este deterioro se vive a nivel individual. La hipoacusia relacionada con la vejez (conocida como *presbiacusia*) es bilateral y más marcada en las frecuencias más altas. Las causas son el envejecimiento coclear, algunos factores ambientales (como el ruido), la predisposición genética y la mayor vulnerabilidad a factores de estrés fisiológicos y hábitos modificables (*40*). En todo el mundo, más de 180 millones de personas mayores de 65 años tienen hipoacusia que interfiere con la comprensión de una conversación normal (*41–45*).

Con la edad también se producen cambios funcionales complejos en el ojo que dan lugar a la presbicia, una disminución de la capacidad para enfocar que provoca visión borrosa de cerca y que a menudo se manifiesta en la mediana edad (*46*). Otro cambio común asociado con el envejecimiento es el aumento de la opacidad del cristalino, que en última instancia puede dar lugar a cataratas. La edad de inicio, la velocidad de la progresión y el nivel de disminución de la visión varían considerablemente entre los individuos, como reflejo de cada perfil genético y la influencia del entorno (*47*). El envejecimiento también está estrechamente asociado con la degeneración macular senil, que provoca daño en la retina y conduce rápidamente a la deficiencia visual grave; es muy frecuente en las personas mayores de 70 años, además de ser una de las principales causas de ceguera en los países de ingresos altos y medios altos.

Estos cambios pueden tener implicaciones importantes para la vida cotidiana de los adul-

tos mayores. La hipoacusia sin tratar afecta la comunicación y puede contribuir al aislamiento social y la pérdida de autonomía, acompañados por ansiedad, depresión y deterioro cognitivo (*48*). Es frecuente que las personas con audición normal no entiendan la magnitud del impacto de la pérdida auditiva considerable en la vida de una persona y equiparen la dificultad para comprender el habla con deficiencia intelectual, lo que a menudo provoca que la persona mayor se retraiga más, para no ser etiquetada como "lenta" o "mentalmente deficiente" (*49*). Mientras, las deficiencias visuales pueden limitar la movilidad, afectar las interacciones interpersonales, desencadenar la depresión, convertirse en un obstáculo para acceder a información y a los medios sociales, aumentar el riesgo de caídas y accidentes y hacer que sea peligroso conducir (*50*). Además, dado que las personas mayores desarrollan estrategias para compensar el deterioro sensorial, también puede que se alteren y resulten menos eficaces las formas en que realizan otras tareas cognitivas.

Sin embargo, en general es posible manejar con eficacia estas limitaciones comunes en la capacidad intrínseca. Realizar modificaciones al entorno, por ejemplo reduciendo la interferencia del ruido de fondo, y cambiar hábitos de la persona con hipoacusia y las personas con las que se comunica (por ejemplo, mediante técnicas de comunicación simples, tales como hablar con claridad), son algunas intervenciones y adaptaciones simples que se pueden hacer para compensar la hipoacusia. El diagnóstico oportuno y la atención y rehabilitación integral de la vista son muy eficaces para reducir el deterioro. Los cambios en el entorno, tales como mejorar la iluminación y la señalización (por ejemplo, con carteles en alto contraste, con fondos mate y a nivel de los ojos) también pueden ayudar. Las tecnologías de apoyo, como los dispositivos auditivos y los lentes refractivos, también se utilizan mucho y resultan eficaces. No tienen por qué ser caros. Actualmente, incluso es posible adaptar audífonos de alta calidad a un precio asequible, y los lentes para leer, prontos para llevar, son fáciles de obtener y generalmente adecuados. La mejor opción para las cataratas es una cirugía de alta calidad, que no es cara. Los implantes cocleares también resultan eficaces, aunque menos accesibles y asequibles.

Las funciones cognitivas

Las funciones cognitivas varían mucho entre las personas y están estrechamente relacionadas con los años de educación. Muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir a una edad relativamente joven, y las diferentes funciones disminuyen a ritmos diferentes. En consecuencia, el funcionamiento se torna cada vez más heterogéneo con los años (*51*).

Es común que falle un poco la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información, y con frecuencia las personas mayores se quejan de estos cambios. Sin embargo, aunque el envejecimiento está asociado con una menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varias cuestiones al mismo tiempo o cambiar de centro de atención, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción.

Del mismo modo, aunque el envejecimiento se relaciona con una menor capacidad de aprender y dominar tareas que implican manipular, reorganizar, integrar o anticipar activamente varios elementos de la memoria, tiene poca relación con la memoria sobre los hechos, el conocimiento de las palabras y los conceptos, la memoria relacionada con el pasado personal y la memoria procedimental (por ejemplo, la habilidad para montar en bicicleta) (*52*). Por lo tanto, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, y las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida.

Las diferencias entre una persona y otra en la disminución de las funciones cognitivas asociadas a la edad dependen de muchos factores, como la situación socioeconómica, el estilo de

vida, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicamentos, lo que indica que hay oportunidades para realizar intervenciones de salud pública en todo el curso de la vida. También hay indicios de que el deterioro cognitivo normal debido a la edad puede compensarse parcialmente con las habilidades prácticas y las experiencias adquiridas a lo largo de la vida (*53*), y mitigarse con entrenamiento mental y actividad física (*54*).

Es muy importante tener en cuenta que los cambios sutiles y heterogéneos en el funcionamiento cognitivo que se observan en las personas mayores sanas son muy distintos de los cambios provocados por la demencia.

La sexualidad

Aunque los datos sobre la actividad sexual en la vejez son limitados, especialmente en los países de ingresos bajos, las encuestas de población muestran una y otra vez que es frecuente que las personas se mantengan sexualmente activas hasta edades avanzadas. Por ejemplo, un estudio longitudinal registró que el 73 % de los participantes de 57 a 64 años, el 53 % de los de 65 a 74 años y el 26 % de los de 75 a 85 años eran sexualmente activos. En el grupo de mayor edad, el 23 % de los participantes sexualmente activos dijo tener relaciones sexuales una vez a la semana o más (*55*).

La sexualidad en la vejez está influenciada por numerosos cambios fisiológicos que se producen como parte del proceso de envejecimiento en los hombres y en las mujeres, así como por múltiples factores psicosociales y socioambientales (*56*). Dado que en la edad avanzada también aumenta el riesgo de enfermedades, estos cambios fundamentales a menudo se complican por dolencias que pueden tener efectos físicos en la función sexual. Los impactos pueden ser directos (por ejemplo, la enfermedad vascular produce disfunción eréctil) o indirectos (por ejemplo, los medicamentos administrados para una enfermedad no relacionada pueden disminuir la libido), o estar relacionados con las consecuencias psicosociales de una enfermedad o su tratamiento (por ejemplo, los cambios en la imagen de sí mismas que pueden sufrir las mujeres tras una mastectomía). De hecho, las dificultades provocadas por las enfermedades pueden incidir mucho más en los problemas sexuales que la edad en sí (*55*).

En consonancia con las actitudes socioculturales predominantes, los estudios sobre la sexualidad en la vejez con frecuencia se centran en estas vulnerabilidades y en las disfunciones sexuales, más que en los aspectos positivos de la sexualidad (*57*). Así, una encuesta reciente de personas de mediana edad y de edad avanzada en 29 países reveló que las disfunciones más comunes en las mujeres eran la falta de interés sexual (21 %), la incapacidad para alcanzar el orgasmo (16 %) y las dificultades de lubricación (16 %) (*58*). En los hombres, las disfunciones más comunes parecen ser la dificultad para lograr o mantener una erección (37 %), la falta de interés sexual (28 %), la excesiva rapidez en alcanzar el orgasmo (28 %), la ansiedad por el desempeño (27 %) y la incapacidad para alcanzar el orgasmo (20 %).

A pesar de estas dificultades, o con la ayuda de los tantos tratamientos médicos de que se dispone, la sexualidad sigue siendo importante en la vejez y adopta muchas formas. En contra de los estereotipos de cisgénero, los pocos estudios realizados en este campo indican que un alto nivel de funcionamiento sexual es importante para la satisfacción en la relación, tanto entre las mujeres mayores como entre los hombres mayores (aunque esta asociación puede funcionar en ambos sentidos), y que la intimidad física mediante besos y caricias puede ser aún más importante para los hombres mayores que para las mujeres mayores (*58*).

Un tema que a menudo se pasa por alto es el funcionamiento sexual en las personas mayores que viven en una residencia o una institución (capítulo 4). Se trata de un tema complejo que abarca tanto los derechos de las personas mayores a expresar su sexualidad como la necesidad de proteger a personas vulnerables contra prác-

ticas abusivas. En relación con la sexualidad y la demencia pueden plantearse algunos dilemas éticos en particular (*59*). Se necesitan con urgencia más estudios y mejores pautas sobre cómo manejar estas situaciones delicadas y complejas.

La función inmunitaria

La función inmunitaria, particularmente la actividad de las células T, se deteriora con la edad (*23, 60, 61*). Por este motivo, en la vejez disminuyen la capacidad del organismo para combatir las infecciones nuevas y la eficacia de las vacunas, una tendencia conocida como *inmunosenescencia* (*62*). También hay indicios de que el estrés crónico (por ejemplo, la necesidad de atender a otra persona) puede reducir la respuesta inmunitaria y la eficacia de las vacunas en las personas mayores, y un aumento relacionado con la edad de los niveles séricos de citocinas inflamatorias, conocido como "envejecimiento de origen inflamatorio", ha sido relacionado con una amplia variedad de problemas, como la fragilidad, la aterosclerosis y la sarcopenia (*22, 23, 63–65*). Aunque aún se debate cuál es la relación precisa entre estas tendencias y los cambios fisiológicos más generales relacionados con el envejecimiento, la función inmunitaria claramente tiene un papel importante y puede representar una esfera de interés para futuras intervenciones. Esta posibilidad se ha visto respaldada por investigaciones en ratones que indican que la eliminación efectiva de las células senescentes, otra función del sistema inmunitario, puede retrasar muchos trastornos relacionados con el envejecimiento (*66*).

Las funciones de la piel

La piel se deteriora progresivamente con la edad debido a los daños provocados por los mecanismos fisiológicos, la predisposición genética y las agresiones externas, en particular la exposición al sol (*67, 68*). Los cambios asociados al envejecimiento a nivel celular pueden tener numerosos efectos, como una menor capacidad de la piel para actuar como barrera (*69*). Además, la pérdida de fibras de colágeno y elastina en la dermis reduce la resistencia a la tracción de la piel, y las atrofias vasculares progresivas aumentan la probabilidad de presentar dermatitis, escaras y laceraciones de la piel. Juntos, estos cambios pueden provocar que las personas mayores sean más propensas a muchas afecciones dermatológicas (*70*). Además, los efectos acumulados de las agresiones ambientales, especialmente la exposición al sol, contribuyen a un fuerte aumento del riesgo de enfermedad neoplásica.

Las consecuencias que pueden tener estos cambios no son solo físicas. Muchas enfermedades cutáneas afectan a veces el equilibrio emocional de las personas o provocan cambios en la forma en que los demás las perciben; también pueden causar alejamiento de la actividad social e impedir la plena participación en la comunidad y en el lugar de trabajo.

Las afecciones en la vejez

Con la edad aumenta el riesgo de muchos trastornos de la salud, y estos pueden tener efectos importantes en la capacidad intrínseca, más allá de las tendencias descritas en el apartado "Cambios fundamentales". Sin embargo, sería un error pensar que la presencia de una enfermedad en la vejez significa que la persona ya no es saludable (*71*). Muchos adultos mayores mantienen una buena capacidad funcional y presentan altos niveles de bienestar a pesar de tener una o más enfermedades.

La figura 3.13, basada en datos del proyecto Carga Mundial de la Morbilidad (*2*), muestra las causas comunes que provocan la pérdida de años de vida saludable debido a la discapacidad en las personas mayores de 60 años; los datos de los países se presentan agrupados en función de su nivel de desarrollo económico. Estos datos dan una idea de la incidencia y la gravedad de diferentes afecciones y el tiempo promedio que una persona se verá afectada por ellas.

A partir de estos datos, se observa que la mayor carga de la discapacidad proviene de las deficiencias sensoriales (especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos), el

dolor de espalda y cuello, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos bajos), los trastornos depresivos (recuadro 3.2), las caídas, la diabetes, la demencia (en particular en los países de ingresos altos) (recuadro 3.3) y la artrosis. Probablemente la mayor carga de la demencia en los entornos de ingresos altos se deba, al menos en parte, al promedio de edad más alto en estos países, así como al nivel más alto de conocimiento y diagnóstico de estas enfermedades. Mientras, la mayor carga de las deficiencias sensoriales en los países de ingresos bajos y medianos bajos puede ser una manifestación de diversos factores, como la mayor exposición al ruido y al sol a lo largo de la vida. Es posible que las tasas más altas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los países de ingresos bajos y medianos bajos se deban a la mayor exposición a contaminantes atmosféricos en ambientes interiores y exteriores a lo largo de la vida.

Los patrones de mortalidad también dan una idea de las enfermedades que son importantes en la edad avanzada. La figura 3.14 utiliza datos del proyecto Carga Mundial de la Morbilidad para mostrar los años de vida perdidos por las personas mayores de 60 años en los distintos países (agrupados según su nivel de desarrollo económico). Se trata de una medida de los trastornos que causan la muerte de las personas mayores y los años potenciales de vida que, en promedio, estos trastornos les quitarán. La mayor carga de mortalidad en las personas mayores en todo el mundo proviene de la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La carga de todas estas afecciones es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos de la OCDE. La carga excepcionalmente alta de las enfermedades cardiovasculares en los países de ingresos altos no pertenecientes a la OCDE está fuertemente influenciada por las tasas altas en la Federación de Rusia.

En conjunto, la figura 3.13 y la figura 3.14 muestran que, independientemente del lugar en que se viva, la abrumadora carga de la morbimortalidad en la vejez se debe a las enfermedades no transmisibles. A menudo se las considera enfermedades de los países ricos, de modo que los países más pobres deberán prestarles atención a medida que se desarrollan. Estos datos muestran que las enfermedades no transmisibles ya causan a las personas mayores cargas extremadamente inequitativas en los países de ingresos bajos y medianos.

La multimorbilidad

Al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo. Esto puede provocar interacciones entre los trastornos, entre una afección y las recomendaciones de tratamiento para otra afección, y entre los medicamentos recetados para diferentes trastornos. Como resultado, puede que el impacto de la multimorbilidad en el funcionamiento, la calidad de vida y el riesgo de mortalidad sea considerablemente mayor que la suma de los efectos individuales de esas afecciones (*81*). Como era de esperar, la multimorbilidad también se asocia con mayores tasas de utilización de los servicios de asistencia sanitaria y costos de salud más altos (*81*). Aunque la multimorbilidad es la presencia de dos o más enfermedades crónicas, no existe una definición habitual o un consenso acerca de qué afecciones deberían considerarse. Por esta razón es difícil realizar comparaciones internacionales de la prevalencia o comparaciones entre dos o más estudios. Las estimaciones de la prevalencia también varían en función de los métodos de identificación utilizados (por ejemplo, el autoinforme o la historia clínica) y el contexto del estudio (por ejemplo, en la población general o en un entorno de atención primaria).

Una extensa revisión sistemática de varios estudios realizados en siete países de ingresos altos concluyó que más de la mitad de todas las personas mayores presentan multimorbilidad, con una prevalencia que aumenta notablemente en la edad muy avanzada (*81*). Otros estudios efectuados en China y España dieron resultados similares, ya que más de la mitad de las personas

Recuadro 3.2. La depresión y la ansiedad

Los trastornos afectivos, como la depresión y la ansiedad, suelen repetirse a lo largo de la vida en la población vulnerable a estas afecciones.

Debido al aumento del riesgo de acontecimientos adversos en la vida, cabría esperar episodios de trastornos afectivos cada vez más frecuentes en la vejez. Aunque los trastornos depresivos parecen ser un poco menos frecuentes en los adultos mayores que en los adultos más jóvenes, afectan a entre el 2 % y el 3 % de las personas mayores que viven en la comunidad (*72*). Sin embargo, la prevalencia en los adultos mayores más frágiles y vulnerables que viven en centros de cuidados a largo plazo es considerablemente mayor, en el entorno del 10 % (*73*). Además, en comparación con los adultos más jóvenes, las personas mayores con más frecuencia sufren síntomas depresivos considerables sin llegar a cumplir los criterios de diagnóstico de un trastorno depresivo. Esta afección a menudo se conoce como *depresión subclínica*, y afecta a casi 1 de cada 10 adultos mayores (*74*). La depresión subclínica también tiene un impacto considerable en la calidad de vida de las personas mayores, y es un factor de riesgo importante de los trastornos depresivos.

La prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en la población de edad avanzada es del 6 % al 10 %, levemente inferior a la prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en los adultos más jóvenes, pero aun así representa una causa importante de discapacidad (*75*). La prevalencia de los trastornos de ansiedad en los centros de cuidados a largo plazo ha resultado ser algo más baja, y se estima en alrededor del 5,7 % (*73*). Los trastornos de ansiedad y la depresión a menudo se presentan juntos. Alrededor del 13 % de las personas mayores que sufren algún trastorno de ansiedad también tienen un trastorno depresivo, y el 36 % de las personas mayores con depresión presenta un trastorno de ansiedad concomitante (*76*). Aunque los trastornos afectivos son frecuentes en las personas mayores, los tratamientos suelen ser eficaces, incluidos la terapia cognitivo-conductual (*77, 78*) y el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (*79*).

chinas mayores de 70 años y entre la mitad y dos tercios de las españolas mayores de 65 años presentaban dos o más afecciones crónicas (*82, 83*).

En los países de ingresos altos, habitualmente se registra el mayor aumento de la prevalencia de la multimorbilidad en dos períodos: entre los 50 y los 60 años de edad, y en la edad avanzada. Esto se puede apreciar en figura 3.15, que muestra la prevalencia de la multimorbilidad en diferentes países europeos incluidos en la encuesta SHARE (es preciso observar que las prevalencias son inferiores a las descritas anteriormente debido a la exclusión de muchas afecciones, incluidos los trastornos afectivos).

Sin embargo, un extenso estudio efectuado en Escocia reveló que el inicio de la multimorbilidad ocurre entre 10 y 15 años antes en las personas que viven en las zonas menos favorecidas que en las más ricas (*84*). La multimorbilidad también es más frecuente en las personas de nivel socioeconómico bajo (*81, 82, 85*). Esto confirma una constatación que se repite a lo largo de este informe: la buena salud en la vejez está estrechamente relacionada con la posición socioeconómica alta. Por lo tanto, es importante garantizar sistemas diseñados de manera tal que satisfagan equitativamente las necesidades de las personas mayores con enfermedades concomitantes. Aunque la prevalencia de la multimorbilidad es más alta en las mujeres mayores que en los hombres mayores, algunos estudios sobre la incidencia han detectado tasas similares en ambos sexos, lo que indica que la disparidad en la prevalencia es reflejo de una disparidad en la supervivencia, no en el riesgo (*86*). Los factores de riesgo identificados en los pocos estudios realizados sobre la incidencia incluyen el nivel socioeconómico bajo, el mayor número de enfermedades previas, la raza u origen étnico y la edad, aunque un estudio de cohortes históricas a gran escala en los Estados Unidos reveló que una parte sustancial de la multimorbilidad comienza antes de los 65 años (*81, 86*).

Los datos sobre los países de ingresos bajos y medianos son limitados. Sin embargo, dada la doble carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y la carga más pesada y más temprana de los trastornos comunes antes

Recuadro 3.3. La demencia

En 2015, la demencia afecta a más de 47 millones de personas en todo el mundo. Se estima que en 2030 más de 75 millones de personas tendrán demencia, y se cree que esta cifra llegará al triple en el año 2050. Este incremento representa uno de los principales retos para la salud de nuestros tiempos. En un estudio realizado en Australia, se calculó que alrededor del 10 % del aumento previsto de los costos de salud durante los próximos 20 años se deberá solo a la demanda de atención de este trastorno (*80*).

En contra de la creencia popular, la demencia no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento. Es un trastorno que afecta las funciones cerebrales cognitivas de la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento y entorpece considerablemente la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida cotidiana. Los tipos más comunes de demencia son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Hay pruebas que indican que, si se reducen los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, se puede reducir el riesgo de determinados tipos de demencia.

La demencia tiene enormes consecuencias personales, sociales y económicas. Provoca un aumento de los costos de los cuidados a largo plazo para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, y pérdidas de productividad para las economías. El costo mundial de la atención de las personas con demencia en 2010 se estimó en 604.000 millones de dólares: un 1 % del producto interno bruto mundial. Se ha calculado que, en 2030, el costo de atender a las personas con demencia en todo el mundo será de 1,2 billones de dólares o más, lo que podría socavar el desarrollo social y económico mundial.

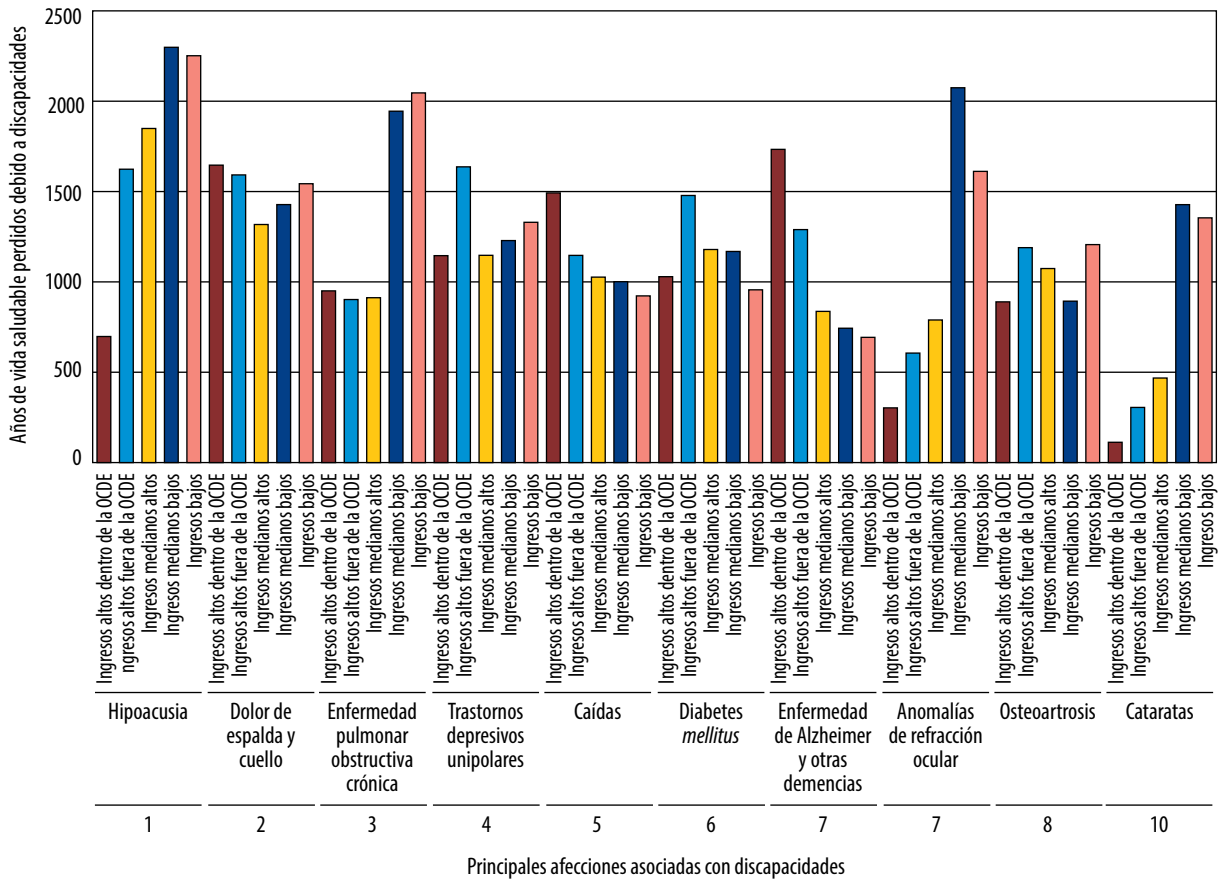
Casi el 60 % de las personas con demencia viven en países de ingresos bajos y medianos, y se prevé que este porcentaje aumente rápidamente en el próximo decenio y profundice las desigualdades entre los países y las poblaciones. Se requiere, por tanto, un esfuerzo mundial sostenido para fomentar la acción contra la demencia y enfrentar los retos que plantea. Ningún país, sector u organización puede luchar contra esos retos en solitario.

El llamamiento a la acción formulado por los participantes en la Primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Acción Mundial contra la Demencia, celebrada en Ginebra en marzo de 2015, planteó varios principios y enfoques generales para guiar los esfuerzos internacionales, entre ellos; iniciativas para equilibrar la prevención, la reducción de los riesgos, la atención y la cura, de manera tal que, aunque los esfuerzos se sigan centrando en encontrar tratamientos, prácticas e intervenciones de reducción de los riesgos que sean eficaces, se logren mejoras continuas en la atención de las personas con demencia y en el apoyo a sus cuidadores. La Conferencia exhortó a incorporar la prevención, la atención y la rehabilitación en relación con la demencia en las políticas sobre el envejecimiento. La Conferencia hizo hincapié en la necesidad de promover un mejor conocimiento de la demencia y de sensibilizar a la población para fomentar la inclusión social y la integración de las personas con demencia y sus familias. Además, instó a fortalecer la acción multisectorial y las alianzas, y a aumentar los esfuerzos colectivos en materia de investigación para acelerar las respuestas contra la demencia. Como siguiente paso, la OMS tiene previsto establecer un observatorio mundial sobre la demencia para comprender mejor y vigilar la epidemiología de la demencia, las respuestas políticas, los recursos en los países y los esfuerzos de investigación para difundir, defender y promover los esfuerzos internacionales y nacionales para reducir las cargas asociadas con la demencia. Aunque este tema crucial es, pues, fundamental en toda respuesta de salud pública al envejecimiento de la población, cuyos aspectos relativos a la atención se presentan en el capítulo 5, resulta imposible detallar en este informe las necesidades de mejoramiento en el campo de la demencia. Para obtener más información sobre la demencia, se pueden consultar otros documentos de la OMS centrados específicamente en este tema en http://www.who.int/topics/dementia/es/.

descritos (figura 3.4 y figura 3.5), es probable que la multimorbilidad sea aún más frecuente. Esto representa un desafío incluso más grande en esos contextos, en los que ya se puede tener dificultades para enfrentar cada afección por separado (*87*).

Además, la infección por el VIH también parece aumentar el riesgo de multimorbilidad. A medida que mejora la supervivencia y la infección por el VIH se parece más a una enfermedad crónica, las poblaciones que viven con el VIH están envejeciendo. Algunos estudios realizados en

Figura 3.13. Años de vida saludable perdidos por discapacidad cada 100.000 habitantes y las 10 afecciones más asociadas con discapacidades, en poblaciones de 60 años y más, 2012

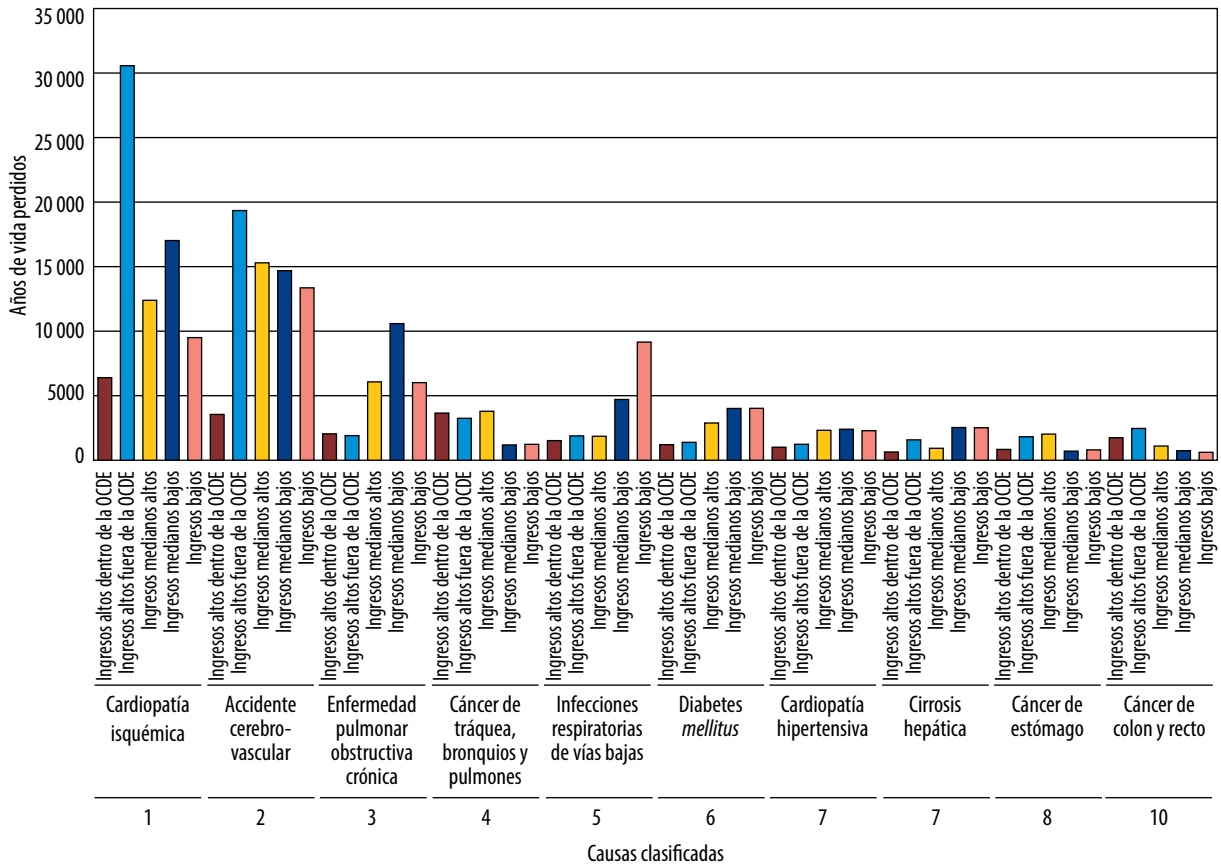


OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
Fuente: (*2*).

países de ingresos altos indican que las personas infectadas con el VIH pueden tener hasta cinco veces más riesgo de padecer enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y multimorbilidad, incluso las personas cuya infección está bien tratada y controlada (*88, 89*). Esto puede deberse a la disfunción inmunitaria, la inflamación o los efectos acumulados del tratamiento, o alguna combinación de estos. Por lo tanto, es probable que los países con alta prevalencia de infección por el VIH enfrenten desafíos de salud particularmente complejos a medida que las poblaciones envejecen.

La multimorbilidad tiene efectos considerables en la edad avanzada. A medida que el número de afecciones crónicas aumenta, también lo hace el riesgo de deterioro de la capacidad (*81, 90*). Sin embargo, el impacto de la multimorbilidad en el funcionamiento durante la vejez está determinado no solo por el número de afecciones concomitantes, sino también por las enfermedades involucradas y su interacción. Además, aunque los datos son limitados, parece que la comorbilidad no es aleatoria, y ciertas afecciones tienden a presentarse juntas (*91*). Es posible que este fenómeno esté relacionado, al menos en parte, con los cambios inmunitarios asociados con el envejecimiento (*92*). Algunas combinaciones de enfermedades tienen efectos particularmente

Figura 3.14. Años de vida perdidos por mortalidad cada 100.000 habitantes y las 10 causas principales de pérdida de años, en poblaciones mayores de 60 años y más, 2012



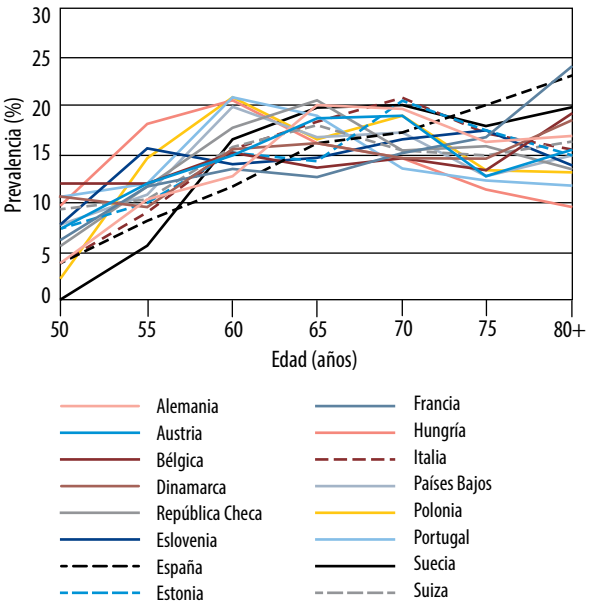
OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
Fuente: (*2*).

adversos en el funcionamiento; por ejemplo, la depresión presenta un efecto sinérgico agravante en combinación con la insuficiencia cardíaca, la artrosis y el deterioro cognitivo (*93*).

Pese al gran número de personas mayores que presentan multimorbilidad, la mayoría de los sistemas de salud no están equipados para proporcionar la atención integral necesaria a fin de tratar esos estados de salud complejos. Las pautas de atención clínica suelen centrarse en una sola afección, rara vez contienen información sobre posibles enfermedades concomitantes y con frecuencia contradicen los tratamientos o los cambios de hábitos recomendados para otras afecciones (*91, 94, 95*). Una consecuencia común es la polifarmacia, que puede ser apropiada para las afecciones particulares que se tratan, pero que pone al paciente en riesgo de interacciones farmacológicas y efectos secundarios nocivos (*94*). Además, el riesgo de interacciones farmacológicas en personas mayores con comorbilidad y fragilidad puede limitar el uso de tratamientos farmacológicos potencialmente beneficiosos (*96*).

Por último, la mayoría de los ensayos clínicos no tienen en cuenta el impacto de la comorbilidad, y por lo general excluyen a las personas mayores en su totalidad, a pesar de su fisiología alterada (*97*). Esto limita seriamente su utilidad

Figura 3.15. Prevalencia de la multimorbilidad en las personas de 50 años o más, 2010-2011



Nota: La multimorbilidad se define generalmente como la presencia de dos o más enfermedades crónicas (*72*). En el estudio se incluyeron las siguientes afecciones: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, artritis, osteoporosis, cáncer, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
Fuente: (*16*).

para orientar la atención y optimizar los resultados de los tratamientos en pacientes de edad avanzada (*98*). Por lo tanto, se necesitan enfoques innovadores a los efectos de determinar los mejores tratamientos para las personas mayores con enfermedades concomitantes. Hasta no contar con esos enfoques, algunas mejoras en los estudios de poscomercialización pueden servir de orientación.

Otros problemas de salud complejos en la vejez

La edad avanzada también se caracteriza por cuadros clínicos complejos que suelen presentarse solo en la vejez y que no entran en las categorías de enfermedades específicas. Se los conoce comúnmente como *síndromes geriátricos* (*99*). A menudo se deben a múltiples factores subyacentes y afectan a varios sistemas orgánicos, aunque muchas veces el motivo principal de consulta no refleja el proceso patológico de fondo (*100*). Por ejemplo, puede que una persona mayor presente deterioro cognitivo agudo o síndrome confusional, pero este trastorno responde a veces a causas tan diversas como una infección o trastornos electrolíticos. Del mismo modo, una caída puede ser el resultado de distintas causas, como interacciones farmacológicas, factores ambientales y debilidad muscular.

Todavía no hay acuerdo acerca de qué afecciones pueden considerarse síndromes geriátricos, pero seguramente incluyan la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, el síndrome confusional y las úlceras por presión (*99, 101*). Se trata de afecciones que parecen predecir mejor la supervivencia que la presencia o el número de enfermedades específicas (*102, 103*). Sin embargo, debido a su carácter multiorgánico, que atraviesa muchas disciplinas, representan desafíos para los servicios de salud tradicionalmente estructurados, y con frecuencia se pasan por alto en los estudios epidemiológicos. Los enfoques innovadores para tratar la comorbilidad y los síndromes de la vejez son fundamentales en toda respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población.

La fragilidad

Si bien no existe acuerdo sobre la definición del término *fragilidad*, es posible considerarla un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos (*104*). La fragilidad, la dependencia de cuidados y la comorbilidad son conceptos distintos pero estrechamente relacionados entre sí. Así, un estudio detectó comorbilidad en el 57,7 % de los casos de fragilidad y dependencia de cuidados en el 27,2 % de los

casos, mientras que estos cuadros no estaban presentes en el 21,5 % de los casos de fragilidad(*105*).

Un extenso estudio europeo estimó que la prevalencia de fragilidad en las personas de 50 a 64 años era del 4,1 %, y que aumentaba al 17 % a partir de los 65 años (*106*). Este mismo estudio reveló que la prevalencia de la prefragilidad en esas edades era del 37,4 % y el 42,3 %, respectivamente. Sin embargo, tanto la fragilidad como la prefragilidad varían notablemente entre países, siendo más frecuentes en el sur de Europa. Estos resultados concuerdan con las estimaciones de Japón y la República de Corea, que establecen que la prevalencia de fragilidad en ambos países es de alrededor del 10 % (*107, 108*). La fragilidad puede ser aún más frecuente en los países de ingresos bajos y medios (*109–112*), y es más común en las mujeres y en las personas de nivel socioeconómico bajo (*113–115*).

La evolución de la fragilidad difiere notablemente de una persona a otra y parece ser reversible, aunque solo una pequeña proporción de las personas con fragilidad recuperará espontáneamente la buena salud (*116, 117*). Debido a que la fragilidad comprende deterioros complejos que ocurren en varios órganos, una estrategia clínica clave es utilizar las evaluaciones geriátricas integrales. Se ha demostrado que estas evaluaciones, y las intervenciones personalizadas que derivan de ellas, previenen muchas consecuencias negativas importantes para la salud, incluidos un menor tiempo de supervivencia y la dependencia de cuidados (*118, 119*). También se ha demostrado que las intervenciones centradas en aumentar la actividad física son eficaces y pueden dar mejores resultados en los casos más graves de fragilidad (*120, 121*). Las intervenciones centradas en mejorar la nutrición también pueden ser beneficiosas, pero hay pocas pruebas al respecto (*122, 123*).

La incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (es decir, la pérdida involuntaria de orina asociada con una urgencia o al hacer esfuerzo físico, al estornudar o al toser) es un problema desatendido en las personas mayores y un eficaz factor predictor de la necesidad de cuidados (*124, 125*). La incontinencia urinaria es uno de los trastornos más comunes en la edad avanzada; su prevalencia aumenta con la edad y es mucho mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad (*126*). En un estudio llevado a cabo en zonas rurales de China, se registró que la prevalencia de la incontinencia urinaria era del 33,4 % en las personas mayores de 60 años (*127*). Otro estudio de población indicó una prevalencia en las personas mayores con demencia del 19,1 % en América Latina, del 15,3 % en India y del 36,1 % en China, y estableció que la incontinencia urinaria se presenta de forma independiente de la discapacidad (*128*).

El impacto de la incontinencia urinaria puede ser profundo en la calidad de vida tanto de las personas mayores como de sus cuidadores. La incontinencia urinaria se ha asociado con depresión, dependencia de cuidados y autopercepción negativa del estado de salud en las personas mayores (*129*); además, aumenta la tensión emocional y la carga a los cuidadores (*130*).

Las caídas

Las caídas son un problema de salud importante para las personas mayores (*131*). Se ha calculado en varias revisiones y metaanálisis que el 30 % de las personas con 65 años y mas (*132–141*) y el 50 % de las personas mayores de 85 años que viven en la comunidad sufrirán al menos una caída por año. Las caídas son aún más comunes en los centros de cuidados a largo plazo, dado que ocurren anualmente en más del 50 % de las personas que tienen 65 años y más (*136, 141, 142*). En general, entre el 4 % y el 15 % de las caídas producen lesiones significativas , y del 23 % al 40 % de las muertes relacionadas con lesiones en las personas mayores se deben a caídas (*133, 136, 137*). Las lesiones relacionadas con caídas pueden variar desde pequeños hematomas o laceraciones hasta fracturas de muñeca o cadera (*140–142*). Las caídas son, de hecho, el principal factor de riesgo

de fracturas y son incluso más importantes que la baja densidad mineral ósea u osteoporosis (el 80 % de las fracturas por traumatismos mínimos ocurren en personas que no tienen osteoporosis y el 95 % de las fracturas de cadera se deben a caídas) (*136, 143*).

Hay una amplia base de pruebas de que muchas caídas pueden prevenirse combatiendo una gran variedad de factores de riesgo. Estos factores son (*132, 134-141, 144–148*):

- factores individuales, como la edad, el género, el origen étnico y el bajo nivel de educación y de ingresos;
- algunas características de salud, por ejemplo hipotensión postural, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, bajos niveles de actividad física, falta de sueño, aumento del índice de masa corporal;
- factores vinculados con la capacidad intrínseca, como deterioro de la capacidad física, emocional y cognitiva y dificultades de visión, equilibrio y movilidad;
- factores vinculados al entorno, como vivienda inadecuada (pisos resbaladizos, iluminación tenue, obstáculos y peligro de tropiezos), escaleras mal diseñadas, calles y caminos con superficies irregulares, imposibilidad de acceder a servicios de salud y sociales, uso incorrecto de los dispositivos de apoyo, falta de interacción social y apoyo comunitario, calzado inadecuado.

La capacidad intrínseca y la capacidad funcional

Hasta este punto, este capítulo presenta, en general, los enfoques epidemiológicos comúnmente utilizados al considerar la salud en la vejez. Se trata de enfoques centrados en las causas de muerte y enfermedad, y en ocasiones en la multimorbilidad que se genera. También se han considerado las tendencias fisiológicas fundamentales, así como los síndromes geriátricos que a menudo no se clasifican como enfermedad o discapacidad y, por este motivo, quedan fuera de las listas de trastornos más importantes.

Desde la perspectiva del mayor riesgo de enfermedad, y teniendo en cuenta los grandes cambios sociales y las pérdidas personales que con frecuencia se experimentan en la segunda mitad de la vida, se podría pensar que se trata de un período de deterioro y sufrimiento inexorables. Sin embargo, no es así. Varios estudios sobre las tendencias del bienestar subjetivo a lo largo de la vida indican que en muchos países la satisfacción general con la vida en realidad aumenta en la vejez (*149, 150*). Hay distintas explicaciones posibles para esta conclusión, pero es probable que se deba en parte al potencial de recuperación, adaptación y crecimiento psicosocial en la edad avanzada.

Sin embargo, estas tendencias no son universales, y en algunos países las personas mayores presentan un nivel inferior de satisfacción con la vida que los adultos más jóvenes. Este dato pone de relieve la influencia de las características del entorno para hacer posible o no que las personas vivan la vejez de manera positiva.

Además, como se indica en el capítulo 2, las evaluaciones generales del funcionamiento predicen mucho mejor los resultados positivos en la edad avanzada que la presencia de una sola enfermedad o incluso el alcance de la multimorbilidad. En este informe se sostiene que esta perspectiva integral proporciona el punto de partida apropiado para una respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. El *Envejecimiento Saludable* formula esta perspectiva a través de los conceptos de capacidad intrínseca y capacidad funcional.

La próxima parte de este capítulo se centra en cómo medir estas capacidades y qué indican los datos acerca de los cambios de estos atributos a lo largo de la vida o su variación entre países. Lamentablemente, los datos y los métodos utilizados para recogerlos son limitados. La vigilancia y la investigación basadas en las enfermedades con frecuencia no reúnen información

útil sobre el funcionamiento, y no hay instrumentos ampliamente aceptados para este propósito, aunque sí existen instrumentos para medir componentes específicos de la capacidad, como la función cognitiva o las limitaciones graves de la capacidad, por ejemplo la incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. El análisis que sigue, por lo tanto, debe considerarse un ejercicio exploratorio sobre cómo se podría subsanar esta importante carencia.

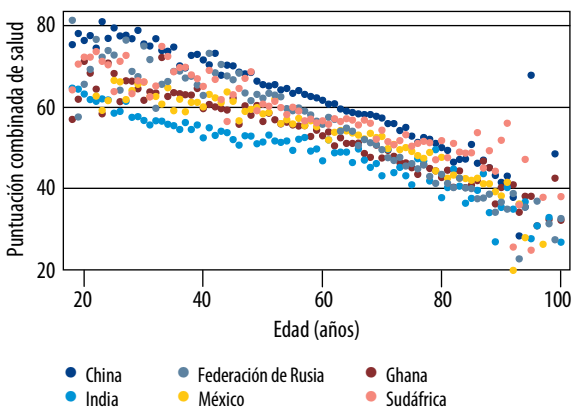
La capacidad intrínseca en el curso de la vida

Las tendencias y las características de salud descritas anteriormente se combinan e interactúan para configurar la capacidad intrínseca de una persona mayor. En la actualidad, la mayor parte de la información sobre la capacidad intrínseca proviene de estudios sobre el período de la vida en que se presentan pérdidas importantes en el funcionamiento, a menudo a través de la medición de las actividades de la vida diaria (AVD) o las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Estas medidas pueden ser útiles para determinar la necesidad de atención asociada, y en algunos estudios longitudinales para identificar el valor predictivo de las afecciones o grupos de afecciones sobre el funcionamiento más general o la futura dependencia de la atención de terceros. El uso de las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria para determinar la capacidad se ajusta al diseño actual de los sistemas. Sin embargo, estas medidas se limitan a reconocer a las personas que padecen graves pérdidas de funcionamiento. Además, por lo general, evalúan el desempeño en el mundo real, lo que implica cierta consideración del entorno en el que vive el adulto mayor.

En este gran conjunto de pruebas falta una idea sobre la trayectoria que puede haber precedido a estas pérdidas considerables de la función o los factores que pueden haber influido en ellas. A modo de ejemplo de cómo podría construirse esta trayectoria, a partir de los datos del estudio SAGE, hemos combinado una serie de medidas, que comprenden evaluaciones físicas y cognitivas y medidas biométricas, con el fin de elaborar un único vector que resuma los principales dominios de la capacidad intrínseca (figura 3.16) (*34*). Este análisis reveló que, en los seis países estudiados, se registró una disminución paulatina de la capacidad media a lo largo de la vida adulta. Por supuesto, en la mayoría de las personas este deterioro no es constante, sino que comprende una serie de reveses y recuperaciones intermitentes. Sin embargo, en la población en su conjunto, el deterioro promedio es paulatino: no hay una edad en la que la mayoría de las personas de repente pierde capacidad y envejece. También es importante destacar que las tendencias observadas en relación con la capacidad son diferentes en cada país. Estas evaluaciones más complejas de la capacidad nos permiten preguntarnos a qué se deben esas diferencias.

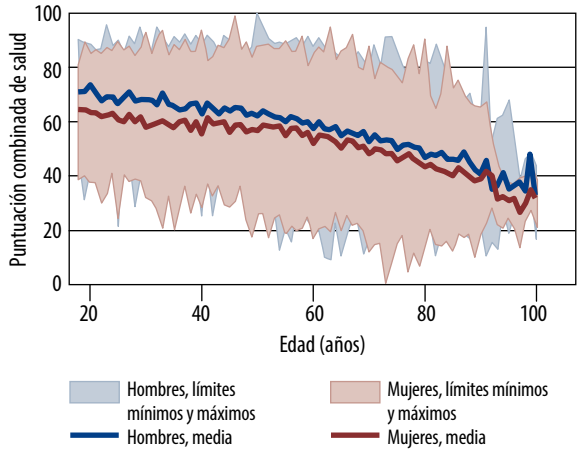
La figura 3.17 muestra la capacidad intrínseca media en hombres y mujeres de diferentes edades en todos los países del estudio SAGE. El sombreado alrededor de los valores medios muestra los límí-

Figura 3.16. Cambios en la capacidad intrínseca en el curso de la vida



Nota: Los datos sobre las capacidades físicas y mentales provienen del Estudio sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE) 2007–2010 (ronda 1) (*34*) y se usaron para elaborar un vector de la capacidad. Las cifras más altas indican mayor capacidad intrínseca.

Figura 3.17. Valores máximos, mínimos y medios de la capacidad intrínseca en hombres y mujeres en todos los países del estudio SAGE



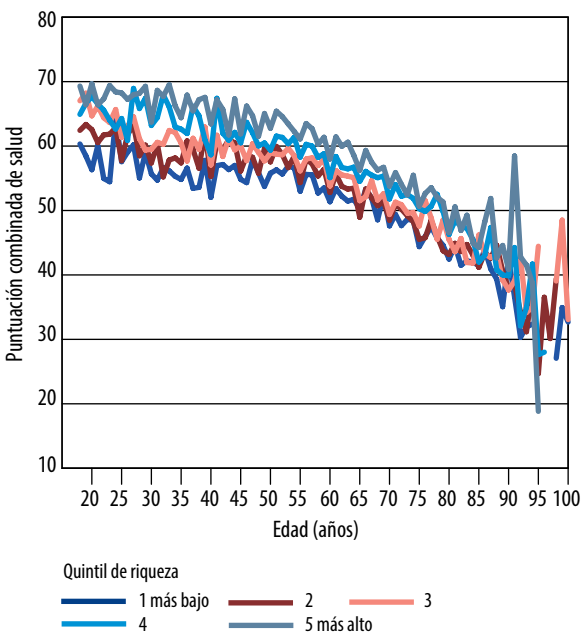
Nota: Los datos sobre las capacidades físicas y mentales provienen del estudio SAGE y se usaron para calcular una puntuación combinada de la salud. Las cifras más altas indican una mejor salud.
Fuente: (*34*).

tes de la capacidad en todas las personas en estas edades. Aunque es claro que la capacidad intrínseca disminuye con la edad, hay algunas personas excepcionales de 80 años de edad o mayores que mantienen la capacidad intrínseca en un nivel considerablemente más alto que el nivel medio observado en adultos jóvenes. La figura también pone de relieve que, a pesar de que la capacidad en los primeros años de la edad adulta es más alta en promedio, hay algunas personas que presentan niveles muy bajos. En los países de ingresos altos es probable que haya un número considerablemente menor de adultos jóvenes que tienen limitaciones importantes en la capacidad (lo que explica las diferencias entre la figura 3.17 y la figura 1.1).

Como se plantea en el capítulo 1, esta amplia distribución de la capacidad intrínseca en el curso de la vida no es aleatoria. En la figura 3.18 se utilizan datos adicionales del estudio SAGE para mostrar la relación entre el vector de capacidad intrínseca y el nivel socioeconómico. Se observa que la capacidad intrínseca de una persona de nivel socioeconómico bajo alcanza un punto máximo mucho más bajo que una persona de nivel socioeconómico más alto, y esta diferencia se mantiene a lo largo de toda la vida. Esta observación concuerda con los datos del *Estudio longitudinal australiano sobre la salud de la mujer* presentados en la figura 1.19 (*151*).

¿A qué se deben estas tendencias? Alrededor del 25 % de la diversidad de la capacidad intrínseca en la vejez se explica por factores genéticos (*152*). El otro 75 % de esta diversidad es, en gran parte, el resultado de los efectos acumulados de los hábitos de la persona y los factores a los que ha sido expuesta. Muchas de estas experiencias están fuertemente influenciadas por factores personales, como la posición social en la que nació la persona (*153*). La figura 1.1, la figura 3.17 y la figura 3.18 reflejan el fuerte impacto de estos determinantes sociales en el funcionamiento en la vejez.

Figura 3.18. Capacidad intrínseca, por quintil de riqueza y edad



Nota: Las cifras más altas indican una mejor salud.
Fuente: (*34*).

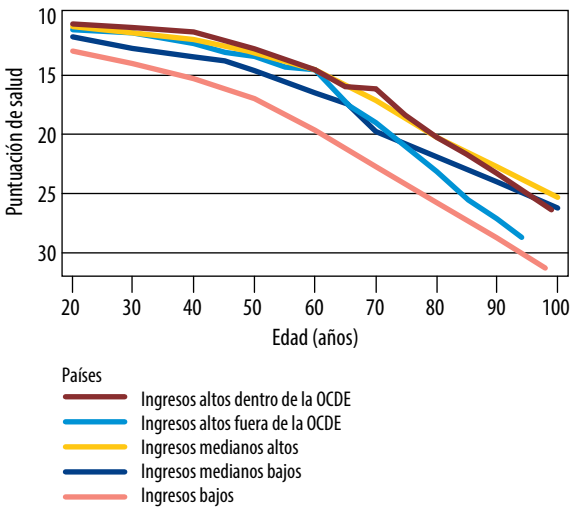
Perfiles de funcionamiento en países con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico

Estos análisis son posibles gracias a la gran diversidad de indicadores incluidos en el estudio SAGE. Desafortunadamente, esta información completa por lo general no se incluye en los estudios poblacionales, ni siquiera en la mayoría de las investigaciones sobre las personas mayores. A estos efectos, se necesitan instrumentos simples que puedan utilizarse en muestras grandes y permitan distinguir entre la capacidad intrínseca de la persona y la influencia del entorno en el que vive (es decir, su capacidad funcional).

Aunque no existen instrumentos que tengan aceptación general para medir estas características, los diversos instrumentos creados para evaluar aspectos generales de la discapacidad constituyen un punto de partida útil para profundizar en los análisis. En la Encuesta Mundial de Salud de la OMS realizada durante 2002-2004, en cada país se utilizó una serie de preguntas que abarcan ocho dominios para determinar el estado de salud (figura 3.19) (*154*). Estas preguntas permitieron medir las dificultades para trabajar o realizar actividades del hogar, tener movilidad, realizar actividades intensas, asearse o vestirse, mantener la apariencia general, concentrarse o recordar cosas, aprender una nueva tarea, mantener relaciones personales o participar en la comunidad y afrontar los conflictos. Por lo tanto, puede considerarse que la puntuación del estado de salud refleja algunos aspectos tanto de la capacidad intrínseca como de la capacidad funcional. Sin embargo, a diferencia de la medida utilizada como referencia para el análisis en la figura 3.16, este instrumento se basa en el estado de salud autodeclarado y no contiene medidas biométricas.

La figura 3.19 muestra las puntuaciones medias de estos elementos en todo el curso de la vida y cómo éstas varían entre los países de ingresos altos, medianos y bajos. La figura muestra que, salvo en los países de ingresos bajos, el funcionamiento promedio se mantiene relativamente alto hasta la edad de 60 años, cuando el ritmo del deterioro subyacente se acelera. Cuanto mayor es el nivel de desarrollo socioeconómico, más tarde se produce en general esta aceleración. Las personas que viven en los países de ingresos altos de la OCDE suelen alcanzar un nivel máximo de funcionamiento levemente más alto que las personas de los países de ingresos bajos y medianos, y por lo general mantienen esta diferencia. El motivo puede ser una mejor nutrición y entornos más propicios en los contextos de ingresos altos durante la infancia, que permiten alcanzar un nivel máximo más alto de capacidad intrínseca, mientras que una mayor exposición a factores de estrés y cargas más altas de morbilidad

Figura 3.19. Estado de salud por edad, 2002-2004



OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
Nota: Las variables utilizadas en los análisis fueron las dificultades para trabajar o realizar actividades del hogar, tener movilidad, realizar actividades intensas, asearse o vestirse, mantener la apariencia general, concentrarse o recordar cosas, aprender una nueva tarea, mantener relaciones personales o participar en la comunidad y afrontar los conflictos. Una puntuación más alta significa mayor discapacidad.
Fuente: (*154*).

en los países de ingresos bajos y medianos puede producir un deterioro más rápido con la edad.

La figura 3.19 muestra una caída inesperada al final de la vida en los países de ingresos altos de la OCDE en comparación con los países de ingresos medianos altos. Puede que esta caída se deba a la ausencia en estos análisis de los países más desarrollados, como Alemania, Estados Unidos y el Reino Unido, porque no se hicieron todas las preguntas en todos los contextos. La disminución más rápida en las puntuaciones de los países de ingresos altos no pertenecientes a la OCDE quizá responda a características epidemiológicas específicas de la Federación de Rusia.

Pérdida considerable de la capacidad funcional y dependencia de cuidados

La palabra *dependencia* se utiliza mucho en relación con el envejecimiento, aunque no existe acuerdo acerca de qué significa en realidad o si se trata de un estado positivo o negativo (*155*). Así, aunque en los debates económicos generalmente se presenta la dependencia en la vejez como un estado negativo que requiere la transferencia de beneficios de las generaciones más jóvenes, presumiblemente más productivas, a las más viejas, hay quienes plantean que es más acertado concebir la relación entre las generaciones más jóvenes y las mayores como una relación de interdependencia mutua (*156–158*). En muchas culturas asiáticas, entre otras, esta interdependencia es vista como un bien social fundamental (*159*).

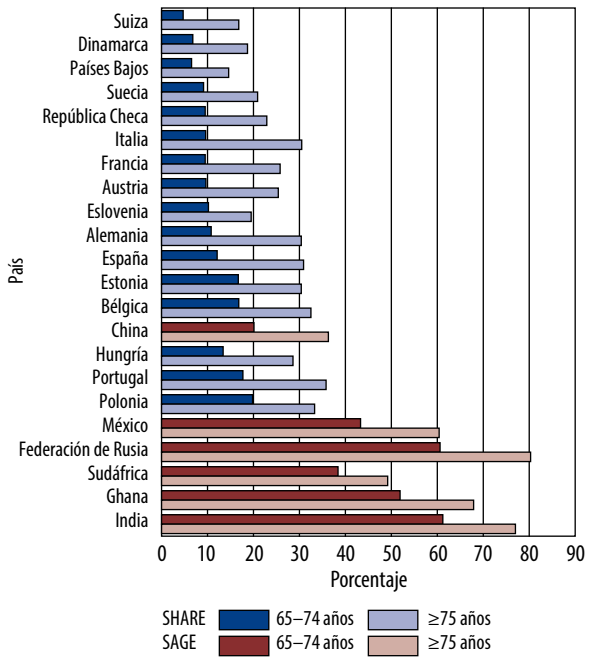
En este informe, por consiguiente, se limita el uso del término *dependencia* al concepto de dependencia de cuidados, que ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana. El motivo es que el deterioro de la capacidad ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno de la persona mayor o con el uso de los dispositivos de apoyo disponibles. Con la ayuda de estos cuidados aumenta la capacidad funcional al punto en que las personas mayores pueden realizar estas tareas básicas. Es fundamental tener en cuenta que las personas pueden mantener la autonomía a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden dirigir la ejecución de esas decisiones.

La dependencia de cuidados a menudo se ha evaluado con instrumentos que determinan si la persona requiere ayuda con AVD. Estos instrumentos miden una serie de dominios básicos de funcionamiento, como la continencia urinaria y fecal y la capacidad para llevar a cabo de forma independiente actividades de cuidado personal (como cepillarse los dientes), ir al baño, alimentarse, transferirse de un lugar a otro (por ejemplo, para pasar a una silla), moverse dentro de la casa, vestirse, subir escaleras y bañarse. Desafortunadamente, existen algunas variaciones entre estos instrumentos (por ejemplo, algunos requieren simples respuestas afirmativas o negativas, otros utilizan respuestas graduadas). Es necesario tener en cuenta estas variaciones al hacer comparaciones entre estudios o contextos.

La figura 3.20 resume la información de la encuesta SHARE y el estudio SAGE relativa a la prevalencia en las personas mayores de la necesidad de ayuda con, al menos, una de las cinco actividades básicas de la vida cotidiana (comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño). La figura muestra que hay importantes diferencias entre los países en el porcentaje de personas que necesitan asistencia con, al menos, una actividad básica de la vida cotidiana. También demuestra claramente el impacto de la edad, ya que las personas de entre 65 y 74 años tienen considerablemente menos necesidad de ayuda que las personas de 75 años o más.

Es posible que la clara diferencia entre los países ubicados en la parte inferior de la lista (donde un mayor porcentaje de la población tiene una limitación) y los que se encuentran en la parte superior de la lista refleje tanto la situación económica en los diferentes contextos como las diferencias en los instrumentos utilizados (los cinco países de la parte inferior de la lista son todos del estudio SAGE, cuyo umbral para considerar una

Figura 3.20. Porcentaje de la población de 65 a 74 años de edad y de 75 años o más con una limitación para realizar una o más de las cinco actividades básicas de la vida diaria, por país



Nota: Las cinco actividades básicas de la vida diaria incluidas en el análisis fueron comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama e ir el baño.
Fuentes: (*16, 34*).

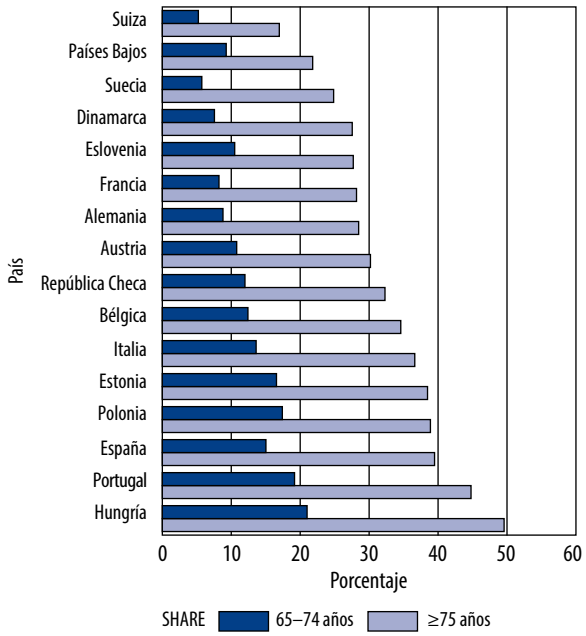
respuesta positiva tal vez haya sido más bajo). Además, puede que algunas de estas variaciones se deban a la diferencia de expectativas sociales (y, por tanto, de la información declarada) en distintas culturas y contextos de ingresos. Pero es probable que una proporción considerable de estas tendencias refleje auténticas diferencias de fondo en la capacidad intrínseca. Esto es importante por dos razones. En primer lugar, las actividades de la vida diaria se utilizan en muchos entornos como indicadores de elegibilidad para recibir servicios de cuidados y es probable que reflejen una necesidad importante de asistencia. Esta necesidad de asistencia varía desde alrededor del 17 % de las personas de 75 años y más en Suiza hasta más del 40 % de las personas de la misma edad en la Federación de Rusia, Ghana, India y México. Muchos de los países con mayor necesidad también tienen menor infraestructura y servicios para hacer frente a la dependencia de cuidados, por lo que dependen de las familias para proporcionar la asistencia necesaria. En el capítulo 4 se explica cómo se podría comenzar a remediar estas diferencias.

Pero estas variaciones considerables también nos hacen preguntarnos por qué ocurren. ¿Cuáles son los factores que provocan que una persona de 65 a 74 años de edad en China tenga tres veces menos probabilidades de requerir atención de terceros que en India? ¿Por qué alguien de 65 a 74 años de edad en Bélgica tiene casi el doble de probabilidades de requerir asistencia que alguien de edad similar en los vecinos Países Bajos? Suponiendo que parte de esta variación refleje diferencias reales, las respuestas a estas preguntas pueden aclararnos cómo formular una mejor respuesta de salud pública para retrasar o evitar esta necesidad.

La figura 3.21 resume información sobre las actividades instrumentales de la vida cotidiana de la encuesta SHARE (estos dominios no se consideraron en el estudio SAGE). Se observa el mismo aumento de la prevalencia con la edad y un nivel de prevalencia global algo mayor. Puede que estas personas no dependan de los cuidados de otros, pero tienen un alto riesgo de tornarse dependientes. En el enfoque que se propone en este informe acerca de los cuidados a largo plazo, estas personas mayores serían beneficiarias potenciales de intervenciones para mejorar su capacidad y evitar la dependencia de cuidados.

Debido a que con la edad aumenta la dependencia de cuidados, el envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia social en los países en todos los niveles de desarrollo. Al mismo tiempo, disminuirá la proporción de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención y cambiará el papel de las mujeres, quienes hasta ahora han sido las principales proveedoras de esa atención.

Figura 3.21. Porcentaje de la población de 65 a 74 años de edad y de 75 años o más con una limitación para realizar una o más actividades instrumentales de la vida cotidiana, por país



Nota: Estas actividades incluyen usar el teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, comprar comestibles, preparar comida y usar un mapa.
Fuente: (*16*).

Hábitos clave que influyen en el *Envejecimiento Saludable*

Debido a que la mayor parte de la carga de morbilidad en la edad avanzada se debe a enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo de estas afecciones son blancos importantes en la promoción de la salud. Las estrategias para reducir la carga de la discapacidad y la mortalidad en la edad avanzada mediante hábitos saludables y el control de los factores de riesgo metabólicos, por lo tanto, deben comenzar a una edad temprana y continuar a lo largo de toda la vida (*160*). Los riesgos relacionados con estos hábitos y factores de riesgo metabólicos continúan hasta edades más avanzadas, aunque es posible atenuar esta relación (*161–163*). Las estrategias para reducir su impacto continuarán siendo eficaces en la vejez, en particular para reducir la hipertensión (*164*), mejorar la nutrición (*160, 165*) y dejar de fumar (*166*), aunque las pruebas que demuestran su eficacia en la edad avanzada son limitadas. Además, hay algunos indicios de que reducir la exposición a los factores de riesgo cardiovascular también puede reducir el riesgo de, al menos, algunos tipos de demencia (*167*).

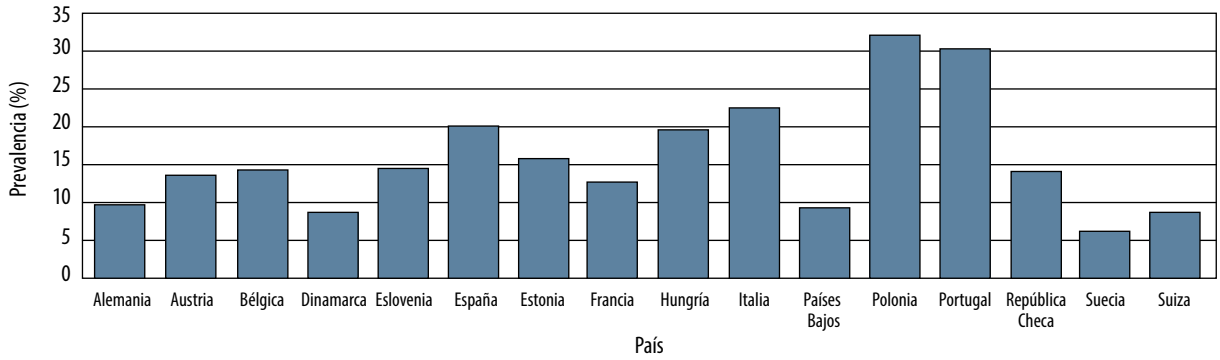
Sin embargo, pese a la clara importancia de seguir modificando los factores de riesgo en la vejez, las encuestas de poblaciones de edad avanzada indican que se han generalizado los hábitos que ponen a las personas mayores en riesgo de enfermedades cardiovasculares (figura 3.22) (*168*). La gran variación de la prevalencia de estos hábitos no saludables entre los países indica que hay muchas oportunidades de intervención.

Además, cada vez hay más indicios de que algunos hábitos clave relacionados con la salud, como la actividad física y la nutrición adecuada, pueden tener gran influencia en la capacidad intrínseca en la vejez, con bastante independencia de su efecto reductor del riesgo de enfermedades no transmisibles. Estos efectos más amplios en la capacidad intrínseca no han sido tan estudiados, pero pueden ser fundamentales en las estrategias para invertir o retardar el deterioro de la capacidad e incluso algunas afecciones como la fragilidad. En esta sección se examina con más detalle la relación entre dos de estos hábitos y la capacidad funcional.

La actividad física

La actividad física a lo largo de la vida tiene muchos beneficios, entre ellos aumentar la longevidad. Por ejemplo, un análisis combinado reciente de grandes estudios longitudinales reveló que las personas que dedican 150 minutos por semana a realizar actividad física de intensidad moderada presentaban una reducción del

Figura 3.22. Prevalencia de la inactividad física ajustada por la edad en personas de 60 años o más, por país



Fuente: (*16*).

31 % de la mortalidad en comparación con las que eran menos activas. El beneficio fue superior en los mayores de 60 años (*169*).

La actividad física tiene muchos otros beneficios en la vejez. Entre otros, mejora la capacidad física y mental (por ejemplo, al preservar la fuerza muscular y la función cognitiva, reducir la ansiedad y la depresión y mejorar la autoestima); previene y reduce los riesgos de enfermedades (por ejemplo, el riesgo de cardiopatía coronaria, diabetes y accidente cerebrovascular); y mejora la respuesta social (por ejemplo, al facilitar una mayor participación en la comunidad y el mantenimiento de redes sociales y vínculos intergeneracionales).

Estos beneficios pueden ser sustanciales. Por ejemplo, algunos estudios transversales y longitudinales señalan una reducción del 50 % del riesgo de presentar limitaciones funcionales en quienes hacen actividad física regular y, al menos, de intensidad moderada (*170, 171*). Algunos ensayos controlados aleatorizados también indican beneficios similares (*121, 170*), y el entrenamiento de resistencia progresiva parece tener beneficios independientes (*172*). La actividad física también parece preservar, e incluso mejorar, la función cognitiva en las personas sin demencia (*170, 173*), al reducir el deterioro cognitivo en alrededor de un tercio (*174*).

Además, la actividad física protege contra algunos de los problemas de salud más importantes en la vejez. La inactividad física puede ser responsable de hasta el 20 % del riesgo atribuible poblacional de la demencia, y se ha calculado que cada año podrían evitarse 10 millones de casos nuevos en todo el mundo si los adultos mayores realizaran la actividad física recomendada (*175*). Del mismo modo, los accidentes cerebrovasculares provocan una de las mayores cargas de enfermedad en la vejez. La actividad física moderada puede reducir el riesgo entre un 11 % y un 15 %, mientras que la actividad física vigorosa tiene aún mayores beneficios, al reducir el riesgo entre un 19 % y un 22 % (*176*).

Sin embargo, a pesar de los claros beneficios de la actividad física, la proporción de la población que realiza los niveles recomendados de ejercicio disminuye con la edad. Los datos de la encuesta SAGE y la Encuesta Mundial de Salud de la OMS indican que alrededor de un tercio de las personas de entre 70 y 79 años de edad y la mitad de las personas de 80 años o más no cumplen con las directrices básicas de la OMS sobre la actividad física en la vejez (*177*).

Sin embargo, dado que la prevalencia de la inactividad varía considerablemente de un país a otro, es probable que los factores culturales y ambientales pasibles de modificación sean algu-

nas de las causas de fondo de estas tendencias. Además, las intervenciones tanto a nivel de los programas como a nivel de la población parecen mejorar los niveles de actividad física (*178*). También se ha demostrado la eficacia de las intervenciones para promover la fuerza muscular y la resistencia (*172*).

Básicamente todos los tipos de ejercicio —aeróbico, de resistencia y neuromotor (equilibrio)— son importantes para las poblaciones de edad avanzada. Sin embargo, es prudente tener en cuenta que los ejercicios de fuerza y equilibrio deben preceder al ejercicio aeróbico. Además, hay nuevas pruebas de que los efectos favorables del entrenamiento de resistencia progresiva no se limitan al aumento de la fuerza muscular y la capacidad física y la reducción del riesgo de caídas (*172*), sino que se extienden a la mejora de la función cardiovascular, del metabolismo y la reducción de los factores de riesgo coronario (*179*) en personas con o sin enfermedades cardiovasculares. No obstante, los beneficios de las actividades físicas aeróbicas, como caminar, que es el principal modo de ejercicio aeróbico en los adultos mayores, no pueden transferirse a la mejora del equilibrio (*180*) y no tienen ningún efecto en la prevención de las caídas (*181, 182*) ni un beneficio claro en relación con la fuerza. Por lo tanto, es lógico y posiblemente más seguro recomendar a los adultos mayores con problemas de movilidad que comiencen por aumentar su fuerza y mejorar su equilibrio antes de emprender rutinas aeróbicas.

La nutrición

El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional. Las deficiencias sensoriales, tales como un menor sentido del gusto o del olfato, o ambos, en muchos casos disminuyen el apetito. La mala salud bucodental o los problemas dentales pueden producir dificultad para masticar, inflamación de las encías y una dieta monótona de baja calidad, factores que aumentan el riesgo de desnutrición (*183*) (recuadro 3.4). Asimismo, puede que se vea afectada la secreción de ácido gástrico, lo que reduce la absorción de hierro y vitamina B12. Y la pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad de las personas mayores para ir a comprar alimentos y preparar comidas. Junto con estos cambios fisiológicos, el envejecimiento también puede venir acompañado de profundos cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, lo que también puede tener efectos importantes en la dieta.

Combinadas, estas tendencias aumentan el riesgo de desnutrición en la vejez, y a pesar de que las necesidades calóricas disminuyen con la edad, la necesidad de la mayoría de los nutrientes se mantiene relativamente sin cambios. La desnutrición en la edad avanzada interactúa con los cambios fundamentales relacionados con la edad descritos anteriormente, lo que a menudo se manifiesta en reducción de la masa muscular y ósea y mayor riesgo de fragilidad. La desnutrición también se ha asociado con deterioro de la función cognitiva, deterioro de la capacidad para cuidar de uno mismo y mayor riesgo de dependencia de cuidados.

Sin embargo, la desnutrición en la vejez a menudo no se diagnostica, y son pocas las evaluaciones exhaustivas de la prevalencia mundial de las diferentes formas de desnutrición. Los datos indican que en todo el mundo una proporción considerable de personas mayores posiblemente esté afectada por la desnutrición.

Para hacer una evaluación nutricional exhaustiva de las personas mayores, se deben tomar medidas antropométricas y realizar análisis bioquímicos y evaluaciones nutricionales. Un estudio efectuado en el Reino Unido aplicando estos enfoques integrales reveló que el riesgo de desnutrición proteico-calórica era de entre el 11 % y el 19 %, y que se acompañaba de deficiencia de vitaminas C y D y bajos niveles de carotinoides (*185*). En un estudio llevado a cabo en Filipinas en personas mayores que vivían en la comunidad se determinó que la ingesta calórica era de aproximadamente el 65 % de lo requerido para el gasto

Recuadro 3.4. La salud bucodental en las personas mayores

Un aspecto importante y a menudo descuidado del *Envejecimiento Saludable* es la salud bucodental. Este aspecto es particularmente importante en relación con las personas mayores desfavorecidas, independientemente de si viven en países en desarrollo o desarrollados. La mala salud bucodental puede tener una influencia profunda en la salud general y en el bienestar; por ejemplo, por su influencia en la nutrición. Asimismo, los problemas y el dolor al comer, masticar, sonreír y comunicarse debido a la pérdida de piezas o a dientes descoloridos o dañados tienen gran impacto en la capacidad funcional y en la vida cotidiana de las personas mayores.

La mala salud bucodental en las personas mayores se manifiesta en altos niveles de caries dental, alta prevalencia de periodontitis (o enfermedad de las encías), pérdida de piezas, sequedad de boca y precáncer o cáncer de boca. Evitar la pérdida de piezas es crucial para el *Envejecimiento Saludable*. Sin embargo, la pérdida total de las piezas naturales es altamente prevalente en las personas mayores de todo el mundo, siendo la caries dental grave y la periodontitis avanzada las principales causas de esta pérdida. Además, aunque la pérdida de piezas está disminuyendo en muchos países de ingresos altos, y las personas mayores cada vez más preservan sus dientes en estado funcional, es posible que la pérdida de piezas esté aumentando en los países de ingresos bajos y medianos. Esto se refleja en la prevalencia de problemas autodeclarados en la boca y los dientes en las personas mayores, que va del 42 % en los países de ingresos bajos al 29 % en los países de ingresos altos (*184*).

Las principales enfermedades crónicas y las enfermedades bucodentales tienen factores de riesgo en común. Las dietas poco saludables, altas en azúcares, provocan caries dental. Sumada a la mala higiene bucodental, la periodontitis se relaciona con el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la obesidad y la diabetes. El consumo de tabaco o bebidas alcohólicas, o de ambos, es un factor de riesgo clave del cáncer bucal. Por lo tanto, se puede fortalecer la prevención de las enfermedades crónicas y bucales integrando la salud bucodental en las actividades generales de promoción de la salud. En cuanto a otros factores determinantes de la capacidad intrínseca, las personas mayores desfavorecidas tienen mayor riesgo de enfermedades bucales, y en gran medida carecen de los servicios adecuados de atención odontológica.

calórico total (*186*). En otro estudio efectuado en zonas rurales de Malasia se detectaron problemas relacionados con la desnutrición y la sobrealimentación, así como bajos niveles de tiamina, riboflavina y calcio (*187*). Además, en muchos países se han documentado niveles más altos de desnutrición (del 15 % al 60 %) en pacientes mayores que están hospitalizados, viven en residencias de personas mayores o están en programas de asistencia domiciliaria (*188–191*).

En varios estudios se ha aplicado una metodología basada en cuestionarios para realizar una evaluación sencilla de los pacientes mayores en centros de atención ambulatoria, hospitales y residencias de personas mayores (*192*). Una investigación sobre adultos mayores que viven en zonas rurales del sur de India utilizó esta metodología y determinó que la ingesta proteico-calórica de más del 60 % de los participantes era baja (*192*). Mientras, un estudio realizado en la República Islámica de Irán reveló un 12 % de prevalencia de la desnutrición en las personas mayores, registrándose la prevalencia más alta en los grupos de nivel socioeconómico más bajo (*193*).

Al igual que con otros aspectos de la atención geriátrica, el tratamiento de la desnutrición en la vejez debe ser multidimensional. Existen varios tipos de intervenciones eficaces para corregir estos cuadros de desnutrición que retrasan la dependencia de la atención de terceros, mejorar la capacidad intrínseca e invertir estados de salud delicada (*123*). Es necesario mejorar la concentración de nutrientes de los alimentos, sobre todo las vitaminas y minerales, pero también es importante tener en cuenta la ingesta calórica y proteica. Se ha demostrado que el asesoramiento nutricional individualizado mejora el estado nutricional de las personas mayores en 12 semanas (*194*).

Riesgos clave del entorno

Situaciones de emergencia

La capacidad funcional depende de la capacidad intrínseca de la persona, las características de su entorno y la interacción entre estos elementos. La influencia del entorno puede ser particularmente fuerte en el caso de los desastres naturales o tecnológicos y los conflictos provocados por los seres humanos. Las respuestas a estas situaciones suelen priorizar la asistencia a los grupos vulnerables o marginados, pero las necesidades de los adultos mayores con frecuencia se pasan por alto, aunque estas personas se encuentren en riesgo considerablemente alto de muerte, lesiones, enfermedades y pérdida de la función, un riesgo que puede perdurar hasta mucho después de ocurrido el hecho en sí (*195, 196*).

El aumento del riesgo se observa en los datos de cinco grandes desastres naturales, que muestran que más de la mitad de las muertes asociadas a estos sucesos fueron de personas de 60 años o más. Por ejemplo, a pesar de representar solo el 23 % de la población general, el 56 % de las personas que perdieron la vida durante el terremoto ocurrido en la zona oriental de Japón en 2011 tenían 65 años o más (*197*). Además, puede que muchas de estas muertes hayan ocurrido después del desastre, lo que refleja deficiencias en la respuesta de emergencia.

La vulnerabilidad de las personas mayores en situaciones de emergencia se debe, en parte, al deterioro de la capacidad intrínseca generalmente asociado con el envejecimiento y, en parte, a la mayor dependencia de las características del entorno para mantener la capacidad funcional. En consecuencia, las deficiencias leves de capacidad intrínseca que habían sido compensadas en diversas formas en el entorno normal de la persona mayor se convierten rápidamente en una carga importante en una situación de emergencia.

En el plano fisiológico, los adultos mayores son más propensos a la deshidratación, la hipotermia y la hipertermia. Las limitaciones en la capacidad intrínseca en muchos casos se exacerban por la desnutrición o la interrupción de la asistencia sanitaria. Dada la alta prevalencia de las enfermedades crónicas y la multimorbilidad en los adultos mayores, las interrupciones de la asistencia sanitaria y de los medicamentos esenciales pueden tener consecuencias graves y hasta mortales. Sin embargo, el tratamiento de las enfermedades crónicas no suele ser parte de la respuesta sanitaria a las emergencias humanitarias.

Además, muchas personas mayores son más vulnerables a las lesiones y las enfermedades transmisibles, ambos riesgos comunes en situaciones de emergencia, en tanto los problemas de movilidad restringen a veces su capacidad de ser evacuadas o de obtener agua, alimentos, medicamentos esenciales y servicios de salud después de un desastre. Las deficiencias sensoriales pueden limitar la capacidad de las personas mayores de acceder a los servicios o saber qué servicios pueden estar disponibles, y es probable que muchas de ellas pierdan sus dispositivos de apoyo esenciales, tales como lentes o aparatos de audición, durante una catástrofe.

Una de las razones posibles por las que no se da prioridad a las necesidades de las personas mayores en situaciones de emergencia es que a menudo no son visibles, debido a sus limitaciones de movilidad y al aislamiento social. Para conocer y satisfacer sus necesidades, los responsables de la respuesta de emergencia deben buscar activamente a las personas mayores, y no dar por sentado que sus familias van a atenderlas. Es fundamental que todos los datos recogidos en situaciones de emergencia sean desglosados por edad y por sexo. Sin embargo, es un error suponer que todas las personas mayores son vulnerables o desvalidas. En épocas de desastre, muchas ofrecen un valioso apoyo a sus familias y comunidades. En efecto, muchos de los voluntarios que actuaron durante la respuesta al terremoto de 2011 en Japón eran personas mayores.

En el capítulo 6 se analiza cómo reducir la vulnerabilidad de las personas mayores y cómo

Cuadro 3.1. Factores de riesgo del maltrato a las personas mayores y valor de las pruebas de los factores de riesgo

Nivel	Factores de riesgo	Valor de las pruebas
Individual (víctima)	Género: femenino	Bajo-moderado
	Edad: mayor de 74 años	Bajo-moderado
	Dependencia: discapacidad importante	Alto
	Mal estado de salud física	Alto
	Trastornos mentales: depresión	Alto
	Nivel socioeconómico o ingresos bajos	Alto
	Dependencia financiera	Bajo-moderado
	Raza	Bajo-moderado
	Deterioro cognitivo	Alto
	Aislamiento social	Alto
Individual (agresor)	Trastornos mentales: depresión	Alto
	Abuso de sustancias: abuso de alcohol y drogas	Alto
	Dependencia de la persona maltratada: financiera, emocional, relacional	Alto
Relación	Relación de la víctima y el agresor	Bajo-moderado
	Modalidad de convivencia: la víctima vive sola con el agresor	Alto
	Estado civil	Bajo-moderado
Comunidad	Ubicación geográfica: socialmente aislado	Bajo-moderado
Sociedad	Estereotipos negativos sobre el envejecimiento	Datos insuficientes
	Normas culturales	Datos insuficientes

mejorar el diseño de las respuestas a las situaciones de emergencia para satisfacer las necesidades de las personas mayores.

El maltrato a las personas mayores

Los adultos mayores a menudo sufren maltrato de diversas maneras por parte de las personas en las que confían, con consecuencias duraderas importantes. El maltrato de las personas mayores se define como: "un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza" (*198*).

El maltrato a las personas mayores puede ser físico, sexual, psicológico, emocional, financiero y material, e incluir formas como el abandono, la negligencia y pérdidas graves de dignidad y respeto. Ocurre tanto dentro como fuera de un contexto en el que se da asistencia, por ejemplo, entre dos cónyuges con capacidad funcional alta o por parte de un hijo adulto que depende de la persona mayor que le proporciona vivienda o seguridad financiera (*199*). Pero es distinto de la violencia interpersonal no vinculada a relaciones cercanas, tales como los delitos violentos que ocurren en la comunidad.

El maltrato a las personas mayores tiene consecuencias físicas graves, como dolor, lesiones e incluso la muerte, y efectos psicológicos como estrés y depresión, además de aumentar el riesgo de que la persona mayor sea hospitalizada o enviada a una residencia de personas mayores (*200–204*). Estos efectos pueden ser particularmente importantes en las personas mayores que padecen deterioro de la capacidad intrínseca y tienen menos resiliencia para hacer frente a las lesiones físicas y psicológicas que puede producir el maltrato. Aunque no se cuenta con suficientes datos rigurosos, especialmente de contextos institucionales, una revisión de antecedentes encargada para este informe reveló que la prevalencia del maltrato de las personas mayores en los países de ingresos altos o medianos era de entre el 2,2 % y el 14 % (*205*). De acuerdo con el análisis, los tipos más comunes de maltrato son:

- el maltrato físico (prevalencia: 0,2 % al 4,9 %);

- el abuso sexual (prevalencia: 0,04 % al 0,82 %);
- el maltrato emocional, por encima de un umbral de frecuencia o intensidad (prevalencia: 0,7 % al 6,3 %);
- el abuso financiero (prevalencia: 1,0 % al 9,2 %);
- la negligencia (prevalencia: 0,2 % al 5,5 %).

Es importante tener en cuenta que estas cifras no incluyen a las adultos mayores con deterioro cognitivo ni a los que viven en residencias o centros de cuidados a largo plazo. Sin embargo, puede que estos grupos estén en particular riesgo de maltrato. Por ejemplo, un estudio determinó que entre el 28 % y el 62 % de las personas mayores con demencia sufría maltrato emocional, y entre el 3,5 % y el 23 %, maltrato físico (*203*).

Por lo general, las personas mayores víctimas de maltrato son mujeres y presentan una discapacidad física, dependen de cuidados, se encuentran en mal estado de salud física o mental (o ambas), tienen ingresos bajos o carecen de apoyo social (*205, 206*). La calidad de las relaciones cercanas y las modalidades de convivencia también parecen influir en el riesgo. Los familiares que maltratan a las personas mayores suelen tener problemas de salud mental (por ejemplo, trastornos de la personalidad) y problemas de abuso de sustancias, a diferencia de los familiares o cuidadores que no maltratan a las personas mayores. Las personas que maltratan a menudo dependen de la persona a la que maltratan (*199, 206*). El cuadro 3.1 presenta el grado de valor de las pruebas sobre los factores de riesgo de maltrato a las personas mayores, a nivel de la persona mayor, el agresor, el tipo de relación entre ellos y los factores comunitarios o sociales. Aunque es difícil formular una respuesta de salud pública al maltrato de las personas mayores porque prácticamente no hay pruebas fiables sobre la efectividad de los programas de prevención, en el capítulo 5 se analizan algunas opciones que se consideran en todos los sectores.

Referencias bibliográficas

1. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. Lancet. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0 PMID: 25468150
2. Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4 PMID: 19801098
4. Global health estimates: life expectancy trends by country. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
5. Fertility rates, total (births per woman). In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2015 (http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN, accessed 12 March 2015).
6. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088 PMID: 21135070
7. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. Proc Natl Acad Sci U S A. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103 PMID: 17101963
8. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. Am J Public Health. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388 PMID: 19910350
9. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. J Am Geriatr Soc. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x PMID: 11347789
10. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. BMC Geriatr. 2011;11(1):47. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47 PMID: 21851629
11. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. Am J Public Health. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602 PMID: 22994192
12. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. Am J Public Health. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250 PMID: 24028235
13. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. Lancet. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9 PMID: 19010526
14. Balestat G, Lafortune G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 (OECD Health Working Papers No. 26). doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/217072070078 doi: http://dx.doi.org/10.1787/217072070078
15. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults–present status and future implications. Lancet. 2015 Feb 7;385(9967):563–75. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8 PMID: 25468158
16. Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (http://www.share-project.org/home0/wave-4.html, accessed 27 July 2015).
17. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Fogel RW. Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2003.
19. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. Prev Chronic Dis. 2012;9:E75. PMID: 22440549
20. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. Health Aff (Millwood). 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746 PMID: 22869659
21. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. Bull World Health Organ. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730 PMID: 22084524
22. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. Age (Dordr). 2013 Jun;35(3):563–72. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9381-2 PMID: 22252437

23. McElhaney JE, Zhou X, Talbot HK, Soethout E, Bleackley RC, Granville DJ, et al. The unmet need in the elderly: how immunosenescence, CMV infection, co-morbidities and frailty are a challenge for the development of more effective influenza vaccines. Vaccine. 2012 Mar 9;30(12):2060–7. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.015 PMID: 22289511
24. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. Nature. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: http://dx.doi.org/10.1038/451644a PMID: 18256658
25. Sehl ME, Yates FE. Kinetics of human aging: I. Rates of senescence between ages 30 and 70 years in healthy people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 May;56(5):B198–208. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.5.B198 PMID: 11320100
26. Heidemeier H, Moser K. Self-other agreement in job performance ratings: a meta-analytic test of a process model. J Appl Psychol. 2009 Mar;94(2):353–70. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.94.2.353 PMID: 19271795
27. Staudinger U, Bowen C. A systemic approach to aging in the work context. Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung. 2011;44(4):295–306. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12651-011-0086-2
28. Börsch-Supan A, Weiss M. Productivity and age: evidence from work teams at the assembly line. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (MEA discussion papers).
29. Russo A, Onder G, Cesari M, Zamboni V, Barillaro C, Capoluongo E, et al. Lifetime occupation and physical function: a prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. Occup Environ Med. 2006 Jul;63(7):438–42. PMID: 16782827
30. Backes-Gellner U, Veen S. Positive effects of ageing and age diversity in innovative companies – large-scale empirical evidence on company productivity. Hum Resour Manage J. 2013;23(3):279–95. doi: http://dx.doi.org/10.1111/1748-8583.12011
31. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al.; European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412–23. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afq034 PMID: 20392703
32. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. J Am Geriatr Soc. 2003 May;51(5):636–41. doi: http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x PMID: 12752838
33. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A Jr, Orlandini A, et al.; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study investigators. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. Lancet. 2015 Jul 18;386(9990):266–73. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6 PMID: 25982160
34. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/sage/en/, accessed 23 June 2015).
35. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos Int. 1997;7(5):407–13. doi: http://dx.doi.org/10.1007/PL00004148 PMID: 9425497
36. Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, Fuleihan Gel-H. Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. Nat Rev Endocrinol. 2014 Jun;10(6):338–51. doi: http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2014.51 PMID: 24751883
37. Novelli C. Effects of aging and physical activity on articular cartilage: a literature review. J Morphol Sci. 2012;29(1):1–7. (http://jms.org.br/PDF/v29n1a01.pdf, accessed August 17 2015).
38. Martin JA, Buckwalter JA. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. Biogerontology. 2002;3(5):257–64. doi: http://dx.doi.org/10.1023/A:1020185404126 PMID: 12237562
39. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. JAMA. 2011 Jan 5;305(1):50–8. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1923 PMID: 21205966
40. Yamasoba T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. Current concepts in age-related hearing loss: epidemiology and mechanistic pathways. Hear Res. 2013 Sep;303:30–8. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021 PMID: 23422312
41. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. Bull World Health Organ. 2014 May 1;92(5):367–73. PMID: 24839326
42. Prevention of blindness and deafness: estimates. In: World Health Organization, Prevention of blindness and deafness [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/, accessed 5 June 2015).
43. Davis A, Davis KA. Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses. Hearing care for adults – the challenge of aging. Chicago: Phonak; 2010. 23–32. (http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conference_proceedings/chicago_2009/proceedings/09_P69344_Pho_Kapitel_2_S23_32.pdf, accessed 5 June 2015).
44. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. Lancet. 2005 Sep 24-30;366(9491):1111–20. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67423-5 PMID: 16182900
45. Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging? Psychol Aging. 1997 Mar;12(1):12–21. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12 PMID: 9100264

46. Hickenbotham A, Roorda A, Steinmaus C, Glasser A. Meta-analysis of sex differences in presbyopia. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2012 May;53(6):3215–20. doi: http://dx.doi.org/10.1167/iovs.12-9791 PMID: 22531698
47. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999 Feb;48(4):445–69. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0 PMID: 10075171
48. Parham K, McKinnon BJ, Eibling D, Gates GA. Challenges and opportunities in presbycusis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Apr;144(4):491–5. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0194599810395079 PMID: 21493222
49. Ryan EB, Giles H, Bartolucci G, Henwood K. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. Lang Commun. 1986;6(1):1–24. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309(86)90002-9
50. Turano K, Rubin GS, Herdman SJ, Chee E, Fried LP. Visual stabilization of posture in the elderly: fallers vs. nonfallers. Optom Vis Sci. 1994 Dec;71(12):761–9. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00006324-199412000-00006 PMID: 7898883
51. Park DC. The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In: Park DC, Schwarz N, editors. Cognitive aging: a primer. New York: Psychology Press; 2000:3–21.
52. Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR. A meta-analytic review of prospective memory and aging. Psychol Aging. 2004 Mar;19(1):27–39. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.27 PMID: 15065929
53. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
54. Muscari A, Giannoni C, Pierpaoli L, Berzigotti A, Maietta P, Foschi E, et al. Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Oct;25(10):1055–64. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.2462 PMID: 20033904
55. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007 Aug 23;357(8):762–74. doi: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423 PMID: 17715410
56. Lochlainn MN, Kenny RA. Sexual activity and aging. J Am Med Dir Assoc. 2013 Aug;14(8):565–72. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022 PMID: 23540950
57. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. Bull World Health Organ. 2013 Sep 1;91(9):707–9. PMID: 24101788
58. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C; Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. Urology. 2004 Nov;64(5):991–7. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055 PMID: 15533492
59. Brenoff A. Dementia and sex: what was really on trial with Henry Rayhons. Huffington Post. 23 April 2015 (http://www.huffingtonpost.com/ann-brenoff/dementia-and-sex-henry-rayhons_b_7122460.html, accessed 5 June 2015).
60. Castelo-Branco C, Soveral I. The immune system and aging: a review. Gynecol Endocrinol. 2014 Jan;30(1):16–22. doi: http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.852531 PMID: 24219599
61. Lang PO, Govind S, Aspinall R. Reversing T cell immunosenescence: why, who, and how. Age (Dordr). 2013 Jun;35(3):609–20. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9393-y PMID: 22367580
62. Lang PO, Mendes A, Socquet J, Assir N, Govind S, Aspinall R. Effectiveness of influenza vaccine in aging and older adults: comprehensive analysis of the evidence. Clin Interv Aging. 2012;7:55–64. PMID: 22393283
63. Wong SY, Wong CK, Chan FW, Chan PK, Ngai K, Mercer S, et al. Chronic psychosocial stress: does it modulate immunity to the influenza vaccine in Hong Kong Chinese elderly caregivers? Age (Dordr). 2013 Aug;35(4):1479–93. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z PMID: 22772580
64. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. Age (Dordr). 2013 Jun;35(3):563–72. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z PMID: 22252437
65. Salvioli S, Monti D, Lanzarini C, Conte M, Pirazzini C, Bacalini MG, et al. Immune system, cell senescence, aging and longevity–inflamm-aging reappraised. Curr Pharm Des. 2013;19(9):1675–9. PMID: 23589904
66. Baker DJ, Wijshake T, Tchkonia T, LeBrasseur NK, Childs BG, van de Sluis B, et al. Clearance of p16Ink4a-positive senescent cells delays ageing-associated disorders. Nature. 2011 Nov 10;479(7372):232–6. doi: http://dx.doi.org/10.1038/nature10600 PMID: 22048312
67. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. Clin Dermatol. 2011 Jan-Feb;29(1):37–42. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.07.005 PMID: 21146730
68. Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NI, Maibach HI. Active ingredients against human epidermal aging. Ageing Res Rev. 2014 May;15:100–15. PMID: 24675046
69. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. Am J Clin Dermatol. 2009;10(2):73–86. doi: http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200910020-00001 PMID: 19222248

70. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. Skin Therapy Lett. 2010 Sep;15(8):5–9. PMID: 20844849
71. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. J Am Med Dir Assoc. 2009 Feb;10(2):87–92. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003 PMID: 19187875
72. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry. 1999 Apr;174(4):307–11. doi: http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.4.307 PMID: 10533549
73. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010 Nov;22(7):1025–39. PMID: 20522279
74. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. J Affect Disord. 2011 Mar;129(1-3):126–42. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015 PMID: 20926139
75. Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. Curr Psychiatry Rep. 2011 Aug;13(4):267–73. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4 PMID: 21538031
76. van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand. 2000 Jan;101(1):37–45. doi: http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x PMID: 10674949
77. Jayasekara R, Procter N, Harrison J, Skelton K, Hampel S, Draper R, et al. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. J Ment Health. 2015 Jun;24(3):168–71. PMID: 25358075
78. Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. Am J Geriatr Psychiatry. 2009 Feb;17(2):105–15. doi: http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e PMID: 19155744
79. Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry. 2011 Dec;72(12):1660–8. doi: http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10r06531 PMID: 22244025
80. Vos T, Goss J, Begg S, Mann N. Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. New York: United Nations; 2007 (Background paper for the United Nations).
81. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011 Sep;10(4):430–9.http://www.goldcopd.it/gruppi_lavoro/2013/ageingmultimorbidityreviw2011.pdf Available from: accessed August 17 2015). PMID: 21402176
82. Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. BMC Med. 2014;12(1):188. doi: http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0188-0 PMID: 25338506
83. Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, et al. Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. PLoS One. 2014;9(1):e84794. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0084794 PMID: 24465433
84. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37–43. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2 PMID: 22579043
85. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. Eur J Gen Pract. 2008;14 Suppl 1:28–32. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13814780802436093 PMID: 18949641
86. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. BMJ Open. 2015;5(2):e006413. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413 PMID: 25649210
87. Beran D. Difficulties facing the provision of care for multimorbidity in low-income countries. In: Sartorius N, Holt R, Maj M, editors. Comorbidity of mental and physical disorders: key issues in mental health. Basel: Karger; 2015:33–41.
88. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet. 2013 Nov 2;382(9903):1525–33. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7 PMID: 24152939
89. Guaraldi G, Zona S, Brothers TD, Carli F, Stentarelli C, Dolci G, et al. Aging with HIV vs. HIV seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. PLoS One. 2015;10(4):e0118531. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0118531 PMID: 25874806
90. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. PLoS One. 2014;9(11):e111498. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0111498 PMID: 25375890

91. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases–a systematic literature review. PLoS One. 2013;8(11):e79641. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079641 PMID: 24244534
92. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. Biogerontology. 2010 Oct;11(5):547–63. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2 PMID: 20559726
93. Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, et al. Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. J Am Geriatr Soc. 2011 Sep;59(9):1686–91. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03573.x PMID: 21883118
94. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. BMJ. 2012;345 oct04 1:e6341. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6341 PMID: 23036829
95. Uhlig K, Leff B, Kent D, Dy S, Brunnhuber K, Burgers JS, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. J Gen Intern Med. 2014 Apr;29(4):670–9. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2659-y PMID: 24442332
96. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A; Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn. 2010;29(1):165–78. doi: http://dx.doi.org/10.1002/nau.20842 PMID: 20025027
97. Gurwitz JH, Goldberg RJ. Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us): comment on "the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure". Arch Intern Med. 2011 Mar 28;171(6):557–8. PMID: 21444845
98. Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. PLoS One. 2012;7(8):e41601. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601 PMID: 22870234
99. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc. 2007 May;55(5):780–91. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x PMID: 17493201
100. Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1991 Feb;39(2):117–23. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01612.x PMID: 1991942
101. Fernández-Garrido J, Ruiz-Ros V, Buigues C, Navarro-Martinez R, Cauli O. Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2014 Jul-Aug;59(1):7–17. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.02.008 PMID: 24679669
102. Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. J Am Geriatr Soc. 2012 May;60(5):896–904. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x PMID: 22568483
103. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczky M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. Rejuvenation Res. 2008 Aug;11(4):829–36. doi: http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721 PMID: 18729815
104. Cesari M, Prince M, Bernabei R, Chan P, Gutierrez-Robledo LM, Michel JP, et al. Frailty – an emerging public health priority. Gerontologist. 2016. (In press.)
105. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004 Mar;59(3):255–63. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255 PMID: 15031310
106. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009 Jun;64(6):675–81. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glp012 PMID: 19276189
107. Han ES, Lee Y, Kim J. Association of cognitive impairment with frailty in community-dwelling older adults. Int Psychogeriatr. 2014 Jan;26(1):155–63. PMID: 24153029
108. Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Tsutsumimoto K, Anan Y, et al. Combined prevalence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jul;14(7):518–24. PMID: 23669054
109. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Bamvita JM. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008 Dec;63(12):1399–406. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.12.1399 PMID: 19126855
110. Rosero-Bixby L, Dow WH. Surprising SES Gradients in mortality, health, and biomarkers in a Latin American population of adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2009 Jan;64(1):105–17. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn004 PMID: 19196695
111. Llibre JdeJ, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003–2011. MEDICC Rev. 2014 Jan;16(1):24–30. PMID: 24487672

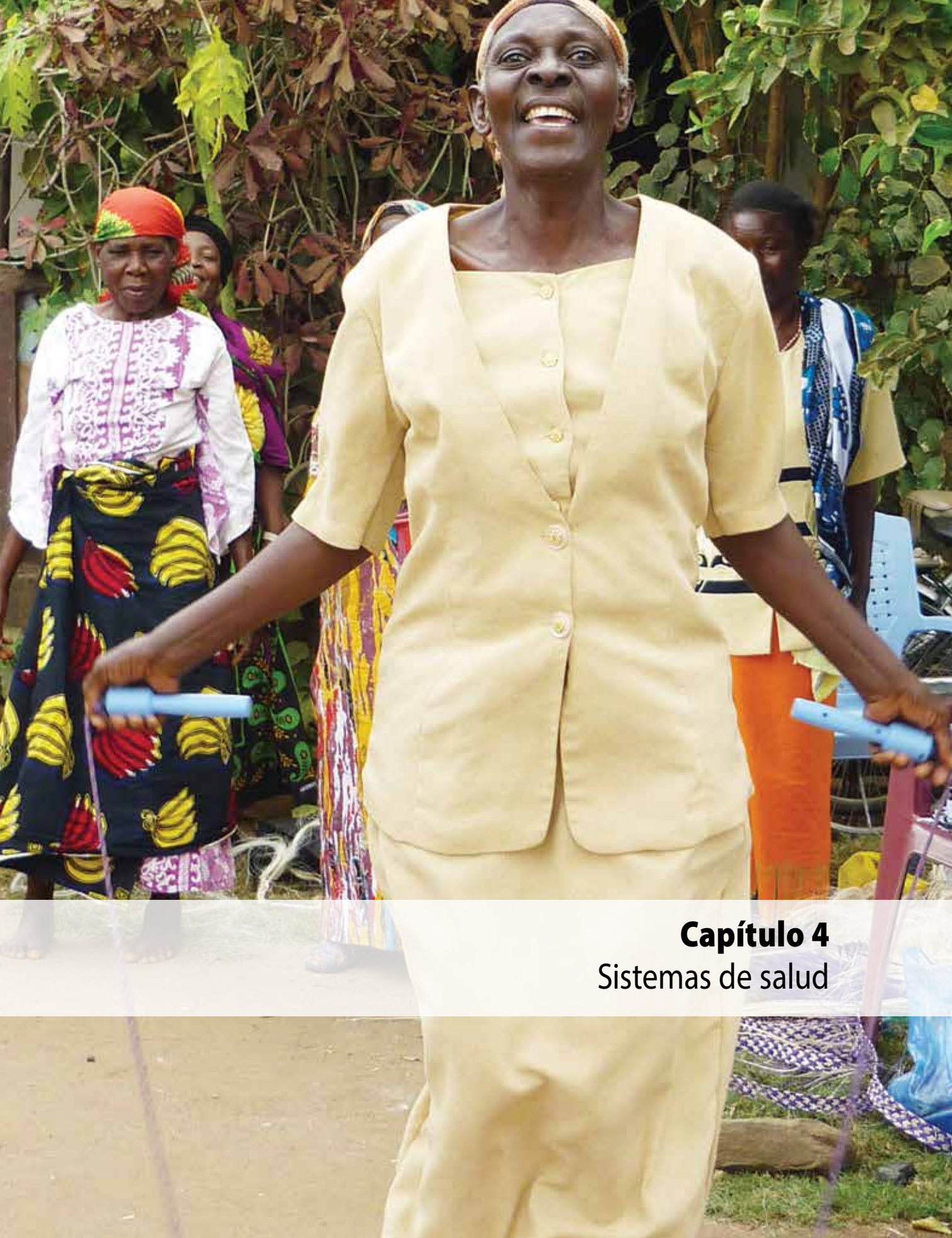
112. Aguilar-Navarro S, Gutierrez-Robledo LM, Garcia-Lara JMA, Payette H, Amieva H. Avila- Funes JA. The phenotype of frailty predicts disability and mortality among Mexican community-dwelling elderly. J Frailty Aging. 2012;1(3):111–7. (http://www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=60, accessed August 17 2015).
113. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146–56. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146 PMID: 11253156
114. Newman AB, Gottdiener JS, Mcburnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, et al.; Cardiovascular Health Study Research Group. Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M158–66. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M158 PMID: 11253157
115. Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, Song X, Siscovick D, Fried LP, et al. The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis. 2004 May;43(5):861–7. doi: http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.12.049 PMID: 15112177
116. Borrat-Besson C, Ryser V-A, Wernli B. Transitions between frailty states – a European comparison. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber GW, editors. Active ageing and solidarity between generations in Europe: first results from SHARE after the economic crisis. Berlin: De Gruyter; 2013:175–86.
117. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. Arch Intern Med. 2006 Feb 27;166(4):418–23. doi: http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.4.418 PMID: 16505261
118. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8(1):278. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278 PMID: 19115992
119. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993 Oct 23;342(8878):1032–6. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V PMID: 8105269
120. Cesari M, Vellas B, Hsu FC, Newman AB, Doss H, King AC, et al.; LIFE Study Group. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015 Feb;70(2):216–22. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glu099 PMID: 25387728
121. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al.; LIFE study investigators. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. JAMA. 2014 Jun 18;311(23):2387–96. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.5616 PMID: 24866862
122. Kelaiditi E, van Kan GA, Cesari M. Frailty: role of nutrition and exercise. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2014 Jan;17(1):32–9. PMID: 24281373
123. Dorner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay "buddies": study protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2013;13(1):1232. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232 PMID: 24369785
124. Yuan HB, Williams BA, Liu M. Attitudes toward urinary incontinence among community nurses and community-dwelling older people. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011 Mar-Apr;38(2):184–9. PMID: 21326113
125. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21(2):167–78. doi: http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052 PMID: 11857671
126. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. Eur Urol. 2014 Jan;65(1):79–95. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031 PMID: 24007713
127. Yu PL, Shi J, Liu XR, Xia CW, Liu DF, Wu ZL, et al. [Study on the prevalence of urinary incontinence and its related factors among elderly in rural areas, Jixian county, Tianjin]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2009 Aug;30(8):766–71. PMID: 20193194
128. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability. A 10/66 Dementia Research Group population-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2011 May;26(5):511–9. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.2558 PMID: 20669334
129. Sims J, Browning C, Lundgren-Lindquist B, Kendig H. Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. Disabil Rehabil. 2011;33(15-16):1389–98. doi: http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.532284 PMID: 21692622
130. Tamanini JT, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA, Laurenti R. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. Neurourol Urodyn. 2011 Sep;30(7):1281–5. PMID: 21560151

131. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. Gerontologist. 2016. (In press).
132. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ. 2004 Mar 20;328(7441):680. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680 PMID: 15031239
133. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (2):CD007146. PMID: 19370674
134. Hoops ML, Rosenblatt NJ, Hurt CP, Crenshaw J, Grabiner MD. Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? Womens Health (Lond Engl). 2012 Nov;8(6):685–96, quiz 697–8. doi: http://dx.doi.org/10.2217/whe.12.53 PMID: 23181533
135. Dhital A, Pey T, Stanford MR. Visual loss and falls: a review. Eye (Lond). 2010 Sep;24(9):1437–46. doi: http://dx.doi.org/10.1038/eye.2010.60 PMID: 20448666
136. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelov T, Rosengren BE. Prevention of falls in the elderly–a review. Osteoporos Int. 2013 Mar;24(3):747–62. PMID: 23296743
137. Lee WK, Kong KA, Park H. Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. J Prev Med Public Health. 2012 Sep;45(5):283–90. PMID: 23091653
138. Mager DR. Orthostatic hypotension: pathophysiology, problems, and prevention. Home Healthc Nurse. 2012 Oct;30(9):525–30, quiz 530–2. doi: http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0b013e31826a6805 PMID: 23026987
139. Shaw BH, Claydon VE. The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults. Clin Auton Res. 2014 Feb;24(1):3–13. PMID: 24253897
140. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". JAMA. 2010 Jan 20;303(3):258–66. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.2024 PMID: 20085954
141. Ungar A, Rafanelli M, Iacomelli I, Brunetti MA, Ceccofiglio A, Tesi F, et al. Fall prevention in the elderly. Clin Cases Miner Bone Metab. 2013 May;10(2):91–5. PMID: 24133524
142. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12(12):CD005465. PMID: 23235623
143. Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. BMJ. 2008 Jan 19;336(7636):124–6. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39428.470752.AD PMID: 18202065
144. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. Arch Gerontol Geriatr. 2012 May-Jun;54(3):421–8. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.008 PMID: 21862143
145. Low PA. Prevalence of orthostatic hypotension. Clin Auton Res. 2008 Mar;18 Suppl 1:8–13. PMID: 18368301
146. Muraki S, Akune T, Ishimoto Y, Nagata K, Yoshida M, Tanaka S, et al. Risk factors for falls in a longitudinal population-based cohort study of Japanese men and women: the ROAD Study. Bone. 2013 Jan;52(1):516–23. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2012.10.020 PMID: 23103329
147. Patino CM, McKean-Cowdin R, Azen SP, Allison JC, Choudhury F, Varma R; Los Angeles Latino Eye Study Group. Central and peripheral visual impairment and the risk of falls and falls with injury. Ophthalmology. 2010 Feb;117(2):199–206.e1. PMID: 20031225
148. Reed-Jones RJ, Solis GR, Lawson KA, Loya AM, Cude-Islas D, Berger CS. Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. Maturitas. 2013 May;75(1):22–8. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.019 PMID: 23434262
149. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? Soc Sci Med. 2008 Apr;66(8):1733–49. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030 PMID: 18316146
150. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. Lancet. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0 PMID: 25468152
151. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. Int J Epidemiol. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098 PMID:15894591 PMID: 15894591
152. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. Hum Genet. 2013 Dec;132(12):1323–38. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z PMID: 23925498
153. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).

154. WHO World Health Survey. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/survey/en/, accessed 23 June 2015).
155. Plath D. International policy perspectives on independence in old age. J Aging Soc Policy. 2009 Apr-Jun;21(2):209–23. doi: http://dx.doi.org/10.1080/08959420902733173 PMID: 19333843
156. Kendig H, Hashimoto A, Coppard L. Family support for the elderly: the international experience. Oxford: Oxford University Press; 1992.
157. Aboderin I. Intergenerational support and old age in Africa. New Brunswick (New Jersey): Transaction Publishers; 2009.
158. Kunkel SR, Brown JS, Whittington FJ. Global aging: comparative perspectives on aging and the life course. New York: Springer; 2014. (http://USYD.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1611870, accessed 5 June 2015).
159. Phillips D, Cheng K. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating N, editors. From exclusion to inclusion in old age. Bristol: Policy Press; 2012. 109–24. doi: http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007
160. Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. Medical challenges of improving the quality of a longer life. JAMA. 2008 Feb 13;299(6):688–90. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688 PMID: 18270358
161. Haveman-Nies A, de Groot L, Burema J, Cruz JA, Osler M, van Staveren WA; SENECA Investigators. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA study. Am J Epidemiol. 2002 Nov 15;156(10):962–8. doi: http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwf144 PMID: 12419769
162. Hrobonova E, Breeze E, Fletcher AE. Higher levels and intensity of physical activity are associated with reduced mortality among community dwelling older people. J Aging Res. 2011;2011:651931. doi: http://dx.doi.org/10.4061/2011/651931 PMID: 21437004
163. Gupta PC, Mehta HC. Cohort study of all-cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. Bull World Health Organ. 2000;78(7):877–83. PMID: 10994260
164. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (4):CD000028. PMID: 19821263
165. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013 Apr 4;368(14):1279–90. doi: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303 PMID: 23432189
166. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ. 2000 Aug 5;321(7257):323–9. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323 PMID: 10926586
167. Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP, Beard J, Benetos A, Berrut G, et al. IAGG workshop: health promotion program on prevention of late onset dementia. J Nutr Health Aging. 2011 Aug;15(7):562–75. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12603-011-0142-1 PMID: 21808935
168. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. Int J Epidemiol. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215 PMID: 24505082
169. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. JAMA Intern Med. 2015 Jun;175(6):959–67. PMID: 25844730
170. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7(1):38. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38 PMID: 20459782
171. Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013 Jan;12(1):329–38. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001 PMID: 23063488
172. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (3):CD002759. PMID: 19588334
173. Jak AJ. The impact of physical and mental activity on cognitive aging. Curr Top Behav Neurosci. 2012;10:273–91. PMID: 21818703
174. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. BMC Public Health. 2014;14(1):510. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-510 PMID: 24885250
175. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Lancet Neurol. 2014 Aug;13(8):788–94. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X PMID: 25030513

176. Diep L, Kwagyan J, Kurantsin-Mills J, Weir R, Jayam-Trouth A. Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: a meta-analysis. J Womens Health (Larchmt). 2010 Oct;19(10):1815–22. doi: http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1708 PMID: 20929415
177. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. Gerontologist. 2016 (In press.).
178. Saelens BE, Papadopoulos C. The importance of the built environment in older adults' physical activity: a review of the literature. Wash State J Public Health Pract. 2008;1(1):13–21.
179. Pollock ML, Franklin BA, Balady GJ, Chaitman BL, Fleg JL, Fletcher B, et al. AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. Circulation. 2000 Feb 22;101(7):828–33. doi: http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.7.828 PMID: 10683360
180. Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (11):CD004963. PMID: 22071817
181. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2008 Dec;56(12):2234–43. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02014.x PMID: 19093923
182. Voukelatos A, Merom D, Sherrington C, Rissel C, Cumming RG, Lord SR. The impact of a home-based walking programme on falls in older people: the Easy Steps randomised controlled trial. Age Ageing. 2015 May;44(3):377–83. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu186 PMID: 25572426
183. Kshetrimayum N, Reddy CV, Siddhana S, Manjunath M, Rudraswamy S, Sulavai S. Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India. Gerodontology. 2013 Jun;30(2):119–25. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00651.x PMID: 22364560
184. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people–call for public health action. Community Dent Health. 2010 Dec;27(4) Suppl 2:257–67. PMID: 21313969
185. Elia M, Stratton RJ. Geographical inequalities in nutrient status and risk of malnutrition among English people aged 65 y and older. Nutrition. 2005 Nov-Dec;21(11-12):1100–6. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2005.03.005 PMID: 16308132
186. Risonar MG, Rayco-Solon P, Ribaya-Mercado JD, Solon JA, Cabalda AB, Tengco LW, et al. Physical activity, energy requirements, and adequacy of dietary intakes of older persons in a rural Filipino community. Nutr J. 2009;8(1):19. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-8-19 PMID: 19409110
187. Shahar S, Ibrahim Z, Fatah AR, Rahman SA, Yusoff NA, Arshad F, et al. A multidimensional assessment of nutritional and health status of rural elderly Malays. Asia Pac J Clin Nutr. 2007;16(2):346–53. PMID: 17468093
188. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. Ann Intern Med. 1995 Dec 1;123(11):850–9. doi: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-123-11-199512010-00008 PMID: 7486469
189. Pérez Llamas F, Moregó A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados [Prevalence of malnutrition and influence of oral nutritional supplementation on nutritional status in institutionalized elderly]. Nutr Hosp. 2011 Sep-Oct;26(5):1134–40. PMID: 22072365
190. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández-Valera Y. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. [Nutritional status of institutionalized Venezuelan elderly.] Invest Clin. 2005 Sep;46(3):219–28. PMID: 16152778
191. Shabayek MM, Saleh SI. Nutritional status of institutionalized and free-living elderly in Alexandria. J Egypt Public Health Assoc. 2000;75(5-6):437–59. PMID: 17219883
192. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999 Feb;15(2):116–22. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3 PMID: 9990575
193. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT, Nematy M, Ilaty AA, et al. Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. Asia Pac J Clin Nutr. 2008;17(2):285–9. PMID: 18586650
194. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2013 Jun;27(6):483–93. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384 PMID: 23258932

195. Tomata Y, Kakizaki M, Suzuki Y, Hashimoto S, Kawado M, Tsuji I. Impact of the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami on functional disability among older people: a longitudinal comparison of disability prevalence among Japanese municipalities. J Epidemiol Community Health. 2014 Jun;68(6):530–3. doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203541 PMID: 24570399
196. Hirai H, Kondo N, Sasaki R, Iwamuro S, Masuno K, Ohtsuka R, et al. Distance to retail stores and risk of being home-bound among older adults in a city severely affected by the 2011 Great East Japan Earthquake. Age Ageing. 2015 May;44(3):478–84. PMID: 25315229
197. Displacement and older people: the case of the Great East Japan Earthquake and Tsunami of 2011. Chiang Mai, Thailand: Help Age International; 2013 (http://www.helpage.org/silo/files/displacement-and-older-people-the-case-of-the-great-east-japan-earthquake-and-tsunami-of-2011.pdf, accessed 5 June 2015).
198. Elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2014 (Fact Sheet No. 357; http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/, accessed 5 June 2015).
199. Krug E, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015).
200. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. JAMA. 2009 Aug 5;302(5):517–26. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1109 PMID: 19654386
201. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. J Am Geriatr Soc. 2013 May;61(5):679–85. doi: http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12212 PMID: 23590291
202. Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. JAMA Intern Med. 2013 May 27;173(10):911–7. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.238 PMID: 23567991
203. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. Health Aff (Millwood). 2014 Apr;33(4):642–9. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1261 PMID: 24711326
204. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use and nursing home placement. Gerontologist. 2002 Dec;42(6):734–9. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/42.6.734 PMID: 12451154
205. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. Gerontologist. 2016. Forthcoming.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3342992&dopt=Abstract PMID: 3342992



Capítulo 4
Sistemas de salud

Margaret, 61 años, Tanzania

Margaret es una oficial de la policia jubilada que tuvo dificultades para adaptarse a su nueva situación financiera y social tras la jubilación. "Estuve casada durante 21 años, hasta que mi esposo murió. Tengo cuatro hijos, tres varones y una mujer, que viven en Dar es Salaam. Yo sola cuido de mis tres nietos, y es muy difícil. Tengo muchas necesidades y no tengo dinero para mantenerlos. Solo recibo una pequeña ayuda de mis hijos. A veces me salto comidas para que mis nietos puedan ir a la escuela. Tendría que comer, pero ellos tienen que ir a la escuela. Todo lo que recibo lo gasto en ellos. Cuando era más joven, vivía bien con mi salario mensual. Trabajé como guardia carcelaria y después como agente de policía. Estuve en la fuerza policial durante 28 años. Pero desde que me jubilé, tengo muchos problemas financieros. Tuve que esperar seis meses para recibir mi pensión policial, que solo era una pequeña cantidad de dinero. Sufrí de hipertensión arterial y depresión porque no tenía suficiente dinero para sobrevivir. Debido a mis dificultades, me deprimí y dejé de hacer ejercicio. Comer también era un problema. Cuando dejas de trabajar, la gente ya no te visita; dejan de preocuparse por ti y prestarte atención. Estaba muy sola y enojada con todo el mundo. Sentía que me moría antes de unirme a la asociación para el envejecimiento activo. Cuando era agente de policía, estaba en el equipo de netball. Siempre me mantenía en buen estado físico. Ahora que estoy en el grupo, hago ejercicio nuevamente. Hacemos clases de gimnasia, fabricamos canastos y jugamos a las cartas. He aprendido muchas cosas para mantenerme saludable.... Ahora estoy mucho mejor de salud; ya no tengo depresión ni hipertensión arterial, y nuevamente estoy en buen estado físico. Además, me siento cómoda en el grupo; tengo compañía y ya no me siento sola. También me informan sobre mis derechos. Ahora sé que debería tener atención gratuita de la salud. He aprendido tanto de este grupo... me ha mostrado la luz, el camino a seguir".

© Natalie Idehen / HelpAge International 2014

4

Sistemas de salud

Introducción

En el capítulo 3 se plantean los cambios complejos vinculados a la salud que deben enfrentar las personas mayores. Combinados, estos cambios se traducen en una tendencia generalizada al deterioro de la capacidad con la edad y en la mayor probabilidad de presentar más de una afección clínica que requiera vigilancia o tratamiento continuo. La marcada heterogeneidad en estas tendencias pone de relieve el potencial de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud, en especial para quienes presentan una mayor disminución de sus capacidades. Garantizar el acceso a servicios de salud adecuados será esencial para superar estas inequidades.

Aún existen muchos obstáculos que limitan el acceso de las personas mayores a los servicios de salud, sobre todo en los países de ingresos bajos y en la población más desfavorecida de los países de ingresos altos. Además, incluso cuando tienen acceso, a menudo se encuentran con servicios que no han sido diseñados para satisfacer sus necesidades.

En este capítulo se detallan las deficiencias más comunes de los sistemas de salud actuales y se analizan los desafíos para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de las personas mayores. También se describe en detalle el tipo de sistema de salud que puede ofrecer a las poblaciones de adultos mayores servicios integrales y centrados en las personas, y las acciones a nivel de políticas que pueden apuntalar esta transformación.

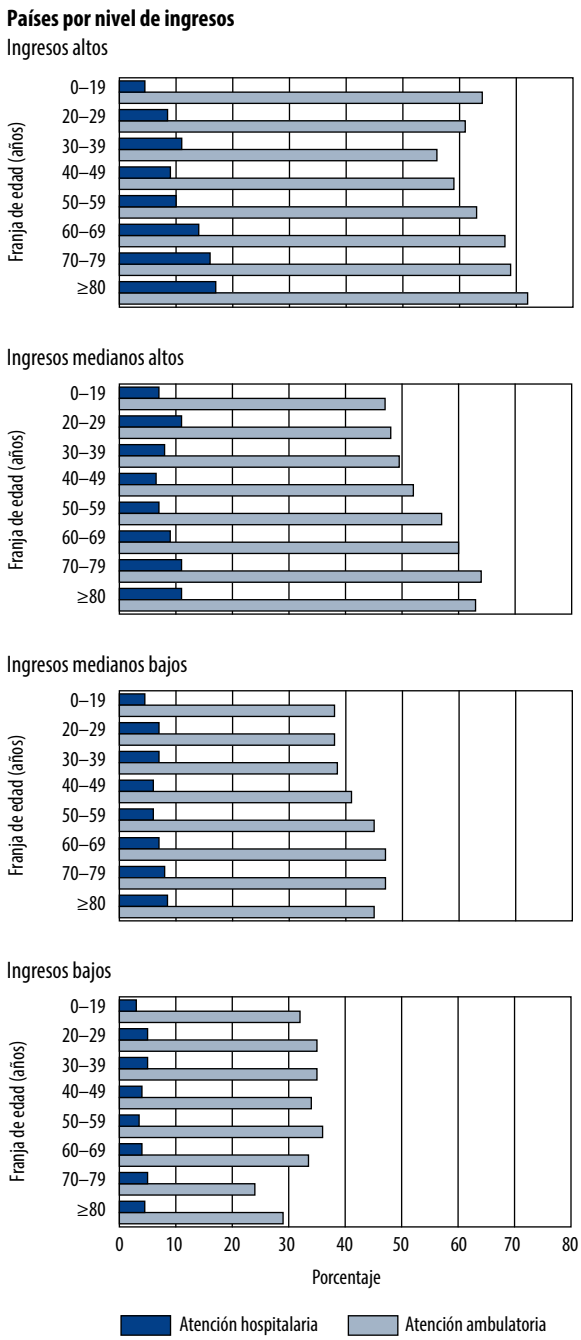
Debido a la habitual falta de datos de los países de ingresos bajos y medianos, gran parte de este análisis se basa en lo que se conoce a partir de experiencias en países de ingresos altos. No obstante, las lecciones aprendidas en los contextos de ingresos altos se aplican a todos los países.

Mayor demanda, obstáculos para el uso y mala adaptación de los servicios

Demanda de servicios de salud

Debido a que la dinámica de salud de las personas mayores se relaciona con una mayor necesidad de asistencia sanitaria, cabría esperar que con la edad se

Figura 4.1. Porcentaje de encuestados que dicen usar los servicios de salud, por grupo de edad y nivel de ingreso de los países



Fuente: (*1*).

hiciera un mayor uso de los servicios de salud. Además, si se considera que la carga de morbilidad y el deterioro de la capacidad son mayores en los países de ingresos bajos y medianos, también cabría esperar que esta tendencia fuera más acentuada en entornos de bajos recursos. No obstante, los datos indican que no hay una conexión entre la necesidad de atención de la salud y el uso de los servicios de salud, tanto en estos entornos, como en subgrupos desfavorecidos de personas mayores en entornos de ingresos altos. En la figura 4.1 se usan datos de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS para mostrar la relación entre la edad y el uso que los propios pacientes dicen hacer de los servicios de hospitalización y consultas externas (*1*). En los países de ingresos altos, el uso de los servicios de salud (en especial la asistencia hospitalaria) parece aumentar con la edad.

Esta tendencia, sin embargo, no aparece tan clara en los países de ingresos medianos y desaparece por completo en los países de ingresos bajos. Esto coincide con algunas investigaciones realizadas en África Subsahariana que señalan que, pese a que las personas mayores tienen una salud más deficiente que las más jóvenes, utilizan los servicios de salud con mucha menos frecuencia (*2*, *3*). Por consiguiente, en estos entornos hay muchas necesidades insatisfechas y grandes deficiencias en los servicios. Es probable que estas pautas de uso sean consecuencia de los obstáculos para el acceso, la falta de servicios adecuados y la priorización de servicios para satisfacer las necesidades apremiantes de la población más joven (es habitual que las propias personas mayores sean responsables de esas decisiones). En la sección "Obstáculos para el uso" se hace referencia a estas limitaciones.

Pese a que en la población de entornos de ingresos altos se observa una tendencia general a aumentar la demanda de asistencia sanitaria (y a largo plazo) con la edad, dicha demanda puede ser bastante variable en estas poblaciones y entre las personas. Esto no se debe únicamente a variaciones en el estado de salud y funcional,

aunque ambos factores influyen en el uso de los servicios de salud (*4*). Las personas mayores que tienen enfermedades crónicas y viven en países de ingresos altos suelen usar más los servicios de salud que aquellas que no tienen este tipo de enfermedades. El uso de los servicios también aumenta con la multimorbilidad (*5*, *6*), y las personas que tienen enfermedades crónicas y limitaciones funcionales son las que más los utilizan (*7*).

Otro determinante clave de esta diversidad en el uso de los servicios de salud es el nivel socioeconómico. Aunque es más probable que la necesidad de atención de la salud sea mayor en las poblaciones desfavorecidas, en un análisis que abarcó a 12 países europeos se concluyó que, en los adultos mayores con igual nivel de necesidad, el nivel socioeconómico más bajo se asociaba con una menor frecuencia de consultas a especialistas médicos y odontólogos, pero la tendencia era menos clara en el caso de las hospitalizaciones y las consultas con médicos generales (*8*). En Estados Unidos también se observó un menor acceso a los servicios de salud en las personas mayores más desfavorecidas (*9*). Incluso en entornos de ingresos altos, es posible que quienes más lo necesiten sean quienes menos usen los servicios de salud.

De modo que, aunque el envejecimiento de la población puede relacionarse con mayores necesidades de salud, en especial en países de ingresos bajos y medianos, la relación entre la demanda y el uso de los servicios de salud resulta menos clara. Además, tanto dentro de un mismo país como entre distintos países, es probable que las personas mayores menos favorecidas queden atrapadas entre una mayor necesidad de atención de la salud y una menor posibilidad de acceder a servicios adecuados y utilizarlos. En todos los países, por lo tanto, un componente clave de la respuesta de los sistemas de salud al envejecimiento de la población debe ser derribar los obstáculos que limitan el uso de los servicios de salud por parte de las personas mayores que los necesitan.

Obstáculos para el uso

En el cuadro 4.1, basado en datos de personas mayores de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS (*1*), se resumen los obstáculos que muchas

Cuadro 4.1. Motivos señalados por adultos de 60 años o más para no acceder a los servicios de salud, por categoría de ingresos del país

Motivo para no acceder a los servicios de salud	Categoría de ingresos del país (porcentaje de encuestados)			
	Ingresos altos	Ingresos medianos altos	Ingresos medianos bajos	Ingresos bajos
No podía pagar la consulta	15,7	30,9[a]	60,9[a]	60,2[a]
No tenía transporte	12,1	19,3[a]	20,7[a]	29,1[a]
No podía pagar el transporte	8,7	12,9[a]	28,1[a]	33,0[a]
El equipamiento del prestador de asistencia sanitaria era inadecuado	11,2	10,5	14,1[a]	16,7[a]
Los conocimientos del prestador de asistencia sanitaria eran inadecuados	19,0	8,3	7,8	13,1[a]
Anteriormente fue maltratado	23,8	8,7	7,9	8,3
No sabía adónde ir	12,2	9,7	9,8	7,8
No estaba tan enfermo	21,5	31,8	27,3	25,8
Intentó recibir asistencia médica, pero le fue negada	20,0	16,2	8,3	8,5[a]
Otro	43,8	22,5[a]	23,5[a]	13,9

[a] Los resultados son muy diferentes ($P < 0,05$) de los informados por los adultos menores de 60 años.

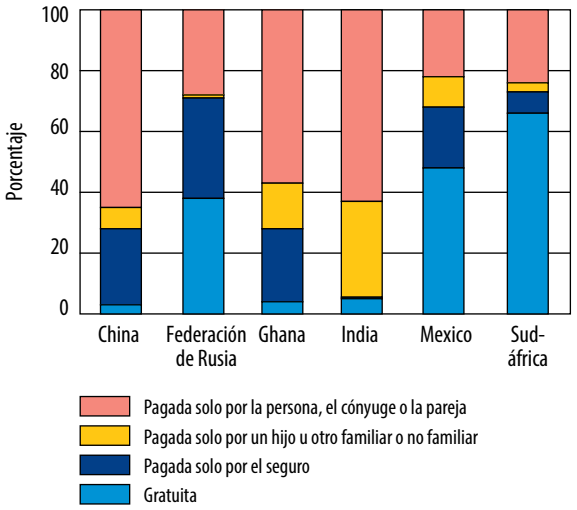
Fuente: (*1*).

personas mayores enfrentan para acceder a los servicios de salud. En los países de ingresos bajos y medianos bajos, los mayores obstáculos parecen ser el costo de la consulta médica y el transporte. En total, más del 60 % de las personas mayores que viven en los países de ingresos bajos no pueden obtener atención de la salud debido al costo de la consulta, a que no disponen de transporte o a que no pueden pagarlo. El transporte puede ser un gran obstáculo para las personas mayores que viven en zonas rurales porque los servicios suelen estar concentrados en las grandes ciudades, lejos de sus hogares y comunidades (*10*). Por otro lado, en los países de ingresos altos, los principales obstáculos señalados por las personas mayores parecen estar relacionados con el hecho de haber sido maltratadas por profesionales de la salud o que no creen estar tan enfermas como para buscar asistencia médica.

En los países en los que las personas mayores o sus familiares deben pagar la asistencia por cuenta propia, la situación económica es un fuerte determinante del uso de los servicios de salud (*4*). Los datos del estudio SAGE, por ejemplo, mostraron que la situación económica del hogar representaba un papel importante en la determinación del uso de los servicios de salud en las personas mayores de China y Ghana: cuanto mayor era el quintil de riqueza de una persona, más probable era que buscara asistencia (*11*). Cabe destacar que estos eran precisamente los mismos países en los que los encuestados informaron un mayor uso de los pagos por cuenta propia, como se muestra en la figura 4.2.

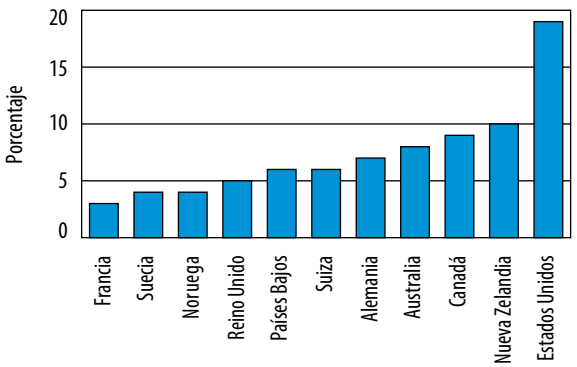
Los obstáculos de asequibilidad también afectan a los países de ingresos altos, pero pueden variar en virtud del diseño del sistema de salud. Una investigación de Commonwealth Fund (*6*), por ejemplo, muestra que en Estados Unidos, casi el 20 % de los adultos mayores no recibe tratamiento médico debido a cuestiones relacionadas con el costo, mientras que en Francia, solo el 3 % de los adultos mayores alega este problema (figura 4.3).

Figura 4.2. Fuentes de pago de la atención ambulatoria (en porcentaje), adultos de 50 años o más, seis países, 2007-2010



Fuente: (*11*).

Figura 4.3. Porcentaje de adultos de 65 años o más que tuvo problemas para acceder a los servicios de salud en el último año debido al costo, 11 países, 2014



Nota: Debido al costo, los encuestados que tenían un problema de salud no consultaron a un médico, dejaron de hacerse un examen o un tratamiento recomendado por el médico, no adquirieron un medicamento recetado o se saltaron una dosis, u ocurrió una combinación de estas situaciones.
Fuente: (*6*).

Otros obstáculos que los adultos mayores enfrentan con frecuencia para acceder a los servicios de salud se relacionan con el hecho de que estos servicios no tienen en cuenta las limitaciones de la capacidad típicas de la vejez. Esto ocurre sin importar la categoría de ingresos de los países e incluye obstáculos como la falta de baños accesibles, las largas filas para recibir asistencia, los obstáculos físicos para el acceso y las barreras de comunicación debido a la falta de información accesible para personas con deficiencia auditiva o visual, o ambas. Los tiempos de espera prolongados y las largas filas pueden representar un verdadero problema para las personas mayores que padecen alguna discapacidad física o restricciones de movilidad, y para las que tienen incontinencia urinaria (*12*, *13*). Varios países de África Subsahariana y de otras zonas han adoptado medidas para solucionar este problema, por ejemplo, reservar horarios en las clínicas para las personas mayores (recuadro 4.1).

Recuadro 4.1. Una tarjeta de prioridad de paso ayuda a las personas mayores a acceder a los servicios de salud en Kuwait

En 2012, Kuwait puso en práctica una medida simple y efectiva para mejorar la accesibilidad y el suministro de servicios de salud para las personas mayores: la distribución de una tarjeta para garantizar la prioridad de paso a las personas mayores, tanto en las clínicas de asistencia general sin cita previa como en las clínicas de tratamiento de enfermedades crónicas que funcionan con citas. El Ministerio de Salud realizó una campaña en los medios de comunicación para anunciar el lanzamiento de la tarjeta, que se distribuyó a través de los centros locales de atención primaria de la salud. Se distribuyeron más de 31.000 tarjetas, que corresponden a alrededor del 51 % de la población que reunía los requisitos necesarios.

Una primera encuesta reveló que las personas que poseían la tarjeta habían logrado reducir significativamente los tiempos de espera y pasaban más tiempo con el médico tratante. Algunas incluso dijeron que se sentían especiales al usar la tarjeta y valoraban el trato preferente que recibían como una señal de reconocimiento y respeto.

Sistemas diseñados para otros problemas

Por lo general, las personas mayores que logran acceder a los servicios de salud se encuentran con un sistema que no ha sido diseñado para satisfacer sus necesidades. Los servicios de salud a menudo se encuentran estructurados para diagnosticar y curar problemas de salud que tienen una duración limitada, mediante el uso de un enfoque biomédico que apunta a descubrir el problema y solucionarlo, y que funcionaba bien cuando la prioridad eran las afecciones agudas o las enfermedades transmisibles. Históricamente, se ha prestado menos atención al funcionamiento y a la salud a largo plazo.

Por su parte, las necesidades sociales y de salud que ocasiona el envejecimiento de la población suelen ser complejas y de largo plazo, abarcar diversas áreas del funcionamiento y tener altibajos. Como se establece en el capítulo 3, el riesgo de enfermedades no transmisibles aumenta con la edad y la comorbilidad deja de ser la excepción para convertirse en la regla. Los procesos de las enfermedades crónicas se superponen y se cruzan con el proceso de envejecimiento subyacente y terminan incidiendo en la capacidad intrínseca de la persona mayor. Esta compleja dinámica requiere estrategias distintas de las que se adoptan para tratar problemas más agudos.

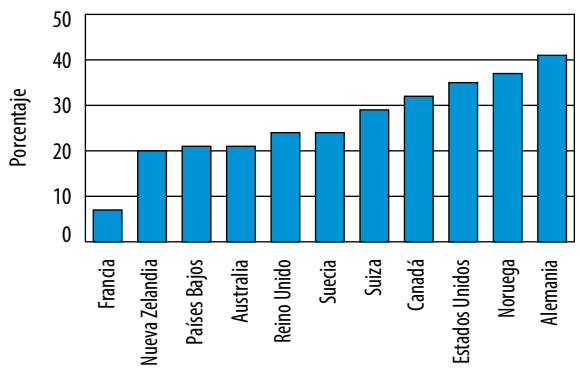
Falta de coordinación

Es bastante frecuente que varios profesionales de la salud intervengan en la atención de una persona mayor, sobre todo en países donde hay una buena disponibilidad de especialistas. Por ejemplo, en una encuesta realizada a adultos mayores de 11 países de ingresos altos, el 39 % de los encuestados de Alemania había consultado a cuatro médicos o más en el último año. Asimismo, más de la mitad de los adultos mayores de Estados Unidos y alrededor del 40 % de las

personas mayores de otros ocho países de ingresos altos tomaban cuatro medicamentos o más de forma regular (*6*).

Para obtener resultados seguros y efectivos, la participación de varios profesionales de la salud y el uso de múltiples intervenciones —que pueden tener interacciones— deben estar muy bien coordinados en el tiempo, tanto entre los profesionales de la salud como entre los distintos entornos y niveles de tratamiento. No obstante, los sistemas de salud con frecuencia no cumplen la tarea de facilitar la coordinación y dejan en manos de la persona mayor o de sus familiares la responsabilidad de transmitir información de salud cuando se necesita. En consecuencia, la coordinación de la asistencia de muchas personas mayores presenta deficiencias. En la encuesta mencionada en el párrafo anterior, hasta un 41 % de los encuestados en Alemania informó haber tenido problemas con la coordinación de la asistencia en los últimos dos años (figura 4.4) (*6*).

Figura 4.4. Porcentaje de adultos de 65 años o más que tuvieron problemas con la coordinación de la atención en los últimos dos años, 11 países, 2014



Nota: Algunos problemas con la coordinación de la atención eran que los resultados o los informes de los exámenes no estaban listos al momento de una cita médica, se ordenaban exámenes por duplicado, se recibía información contradictoria de distintos médicos, los especialistas no tenían la historia clínica del paciente o el médico de cabecera no era informado sobre la atención del especialista, o una combinación de estos problemas.
Fuente: (*6*).

Personal de salud sin preparación

Es habitual encontrar profesionales de la salud que no están preparados para atender las necesidades de salud de los adultos mayores. Muchos de los programas de capacitación que se utilizan en la actualidad fueron desarrollados en el siglo XX, cuando los problemas de salud más prevalentes en el mundo eran las enfermedades infecciosas agudas (*14*). En consecuencia, el personal de salud se entrena principalmente para reconocer y tratar síntomas y enfermedades con un enfoque episódico.

Por consiguiente, los profesionales no están bien preparados para actuar desde la perspectiva holística que ha demostrado ser más efectiva en la atención de personas mayores, ni para controlar y manejar las consecuencias de las enfermedades crónicas teniendo en cuenta las prioridades de las personas mayores (*15–17*). El personal de salud suele estar preparado para responder ante situaciones apremiantes vinculadas a la salud, pero no para prever y enfrentar de manera proactiva los cambios funcionales, y rara vez se encuentra capacitado para trabajar con personas mayores para que puedan tener un mejor control de su propia salud (*14*, *18*, *19*).

Además, si bien la mayoría de los pacientes de los sistemas de salud son de edad avanzada, los planes de estudio no suelen incluir conocimientos ni capacitación en el campo de la gerontología y la geriatría, y habitualmente no ofrecen orientación alguna respecto del tratamiento de problemas habituales como la multimorbilidad y la fragilidad (*20*). Por ejemplo, en una encuesta realizada en 36 países se comprobó que en un 27 % de las facultades de medicina no se incluía capacitación en geriatría: esto incluía un 19 % de las facultades en los países de ingresos altos, un 43 % de las facultades en las economías en transición y un 38 % de todas las facultades en otros países (*21*). Los estudiantes de medicina tampoco suelen estudiar los enfoques biopsicosociales integrales que se necesitan para tratar a la población de personas mayores (*22*). Reciben capacitación biomédica y a menudo comparti-

mentada en virtud de la especialidad médica elegida. Estas deficiencias en la capacitación se extienden a otros trabajadores sanitarios (*19*, *23*). La deficiencia es particularmente importante en los países de ingresos bajos y medianos, donde es habitual que estos profesionales integren la primera línea de atención a las personas mayores (recuadro 4.2).

Ampliar los conocimientos y la capacidad en materia de atención geriátrica es, por tanto, esencial para todas las profesiones vinculadas a la salud. Para lograrlo, es necesario solucionar diversos problemas, como la enorme escasez de profesores, la falta de fondos, la escasez de tiempo en los planes de estudio, que ya están colmados, y la falta de reconocimiento de la importancia de la capacitación en geriatría (*19*).

Además, es probable que no baste con garantizar que el personal de la salud reciba capacitación en la disciplina de la atención geriátrica. La mayoría de estos trabajadores tendrá que ser competente en varios procesos no médicos como la toma de decisiones compartida, la implementación de la asistencia en equipo, el uso de tecnología de la información y el compromiso con la mejora continua de la calidad (*26*). También deberán recibir capacitación para superar el estereotipo discriminatorio por motivos de edad que se encuentra muy presente en los entornos de asistencia sanitaria.

Recuadro 4.2. Ghana: aprovechar el potencial de los trabajadores de la salud de la comunidad

Ghana ha puesto en marcha varias reformas para satisfacer mejor las necesidades de una población que envejece con rapidez (*24*). En 2010 lanzó la *Política nacional de envejecimiento: envejecer con seguridad y dignidad* (*25*) y en 2011 llevó a cabo una evaluación nacional de la situación sanitaria y de las respuestas de los sistemas de salud al envejecimiento. En la evaluación se identificaron importantes deficiencias en el tratamiento, así como la necesidad de integrar mejor la atención que se presta a las personas mayores en los servicios de salud. Específicamente, los interesados propusieron utilizar el programa de Ghana de trabajadores de salud de la comunidad, que se encuentra bien establecido, para satisfacer las necesidades de la población de edad avanzada.

Los trabajadores de salud de la comunidad constituyen la columna vertebral del sistema de salud ghanés, pero antes de la reforma excluían sistemáticamente a las personas mayores de sus evaluaciones de las necesidades de salud de los hogares. Para incorporar a su labor una mayor conciencia respecto de los problemas asociados al envejecimiento harán falta varios componentes: capacitación en materia de *Envejecimiento Saludable*, elaboración de protocolos y materiales de apoyo sobre envejecimiento y salud, fortalecimiento de los vínculos entre las comunidades y los prestadores de atención primaria de la salud, y definición de objetivos de desempeño y monitoreo de logros en el programa global. Ya se están realizando diversas tareas para poner en práctica esta estrategia.

La discriminación por motivos de edad en los servicios de salud

La discriminación por motivos de edad en los servicios de salud puede adoptar distintas formas: es posible que el personal sanitario tenga actitudes negativas hacia las personas mayores o hacia el proceso de envejecimiento, adopte actitudes de superioridad, no consulte a las personas mayores sobre sus preferencias en cuanto a la atención y desaliente o restrinja el acceso a las intervenciones médicas indicadas.

Las actitudes discriminatorias por motivos de edad son comunes en muchas sociedades y se refuerzan aún más en la enseñanza de la medicina. Es muy poco habitual que se capacite a los estudiantes en el manejo de las prioridades y los múltiples y complejos problemas de salud de los adultos mayores, o en la comprensión de sus prioridades (*22*, *27*). Por lo general, en los libros de texto se hace referencia de manera casi exclusiva a los problemas del envejecimiento y se dejan de lado los aspectos positivos, lo que da a los estudiantes un panorama sesgado del proceso de envejecimiento.

Algunos trabajadores sanitarios piensan que los pacientes de edad avanzada no son capaces de participar en las decisiones sobre la atención médica que reciben. En muchos países, los médicos ni siquiera hablan con las personas mayores sobre sus preferencias de atención (*6*) y es probable que se muestren más interesados, empáticos, pacientes, respetuosos y optimistas ante pacientes más jóvenes que ante otros de mayor edad (*27*, *28*).

A veces, las personas mayores también sufren el racionamiento de la asistencia sanitaria debido a la idea de que los servicios de salud son un recurso limitado y deben destinarse a lograr el mayor bien para el mayor número de personas (*29*). Los defensores de esta visión argumentan que la edad cronológica es un criterio ético, objetivo y eficiente para distribuir la asistencia sanitaria porque las personas mayores ya disfrutaron de la vida y tienen menos futuro por delante (*29*).

No obstante, existen sólidos argumentos en contra de esta idea, que van desde perspectivas basadas en los derechos y la igualdad hasta argumentos que señalan que, en algún momento, las personas mayores realizaron las grandes contribuciones al desarrollo socioeconómico que permitieron crear los servicios, de modo que, al menos, deberían tener derecho a algunos de sus beneficios. Pero quizás el principal argumento en contra del racionamiento de la asistencia sanitaria en virtud de la edad sea la falta de una relación clara entre la edad cronológica y la salud. Priorizar el suministro de servicios a favor de una persona de 55 años que presenta multimorbilidad y una esperanza de vida limitada y en contra de una persona de 70 años que tiene un buen estado de salud y una esperanza de vida más larga no es compatible con el argumento usado para justificar el racionamiento de los servicios basado en la edad. El racionamiento de la asistencia sanitaria en virtud de la edad cronológica es tan solo un ejemplo de discriminación contra las personas mayores (*30*, *31*).

El impacto económico del envejecimiento de la población en los sistemas de salud

En este informe se plantea que las inversiones en los sistemas de salud pueden redundar en importantes beneficios para la salud y el bienestar de las personas mayores. Los encargados de formular políticas se enfrentan a algunas preguntas clave: ¿los beneficios de estas inversiones serán mayores que el gasto en asistencia sanitaria que supone una vida más larga? ¿cuál será el impacto global del envejecimiento de la población en los gastos en salud?

Por muchas razones, resulta extremadamente difícil predecir cuál será el impacto del envejecimiento de la población en los gastos en atención de la salud. En primer lugar, si bien la vejez en general se asocia con una mayor necesidad de atención, el vínculo entre la necesidad de atención y el uso de los servicios no es muy fuerte. Por ejemplo, pese a la alta carga de morbilidad en entornos de ingresos bajos, las personas mayores tienden a usar los servicios de salud con mucha menos frecuencia que los adultos más jóvenes (*2*, *3*). Incluso en los países de ingresos altos, las personas mayores más pobres, que suelen ser las que tienen más necesidades, tienden a usar los servicios con menos frecuencia que sus pares con más solidez económica (*8*, *9*).

Aunque estas inequidades en la demanda de atención se resolvieran y la demanda global aumentara para satisfacer mejor las necesidades, el vínculo entre la edad y los gastos en salud no es lineal. De hecho, cada vez hay más datos de países de ingresos altos que indican que a partir de los 70 años, aproximadamente, los gastos en asistencia sanitaria por persona registran un notorio descenso, al tiempo que aumentan los gastos realizados fuera del sistema de salud tradicional (*32*–*34*).

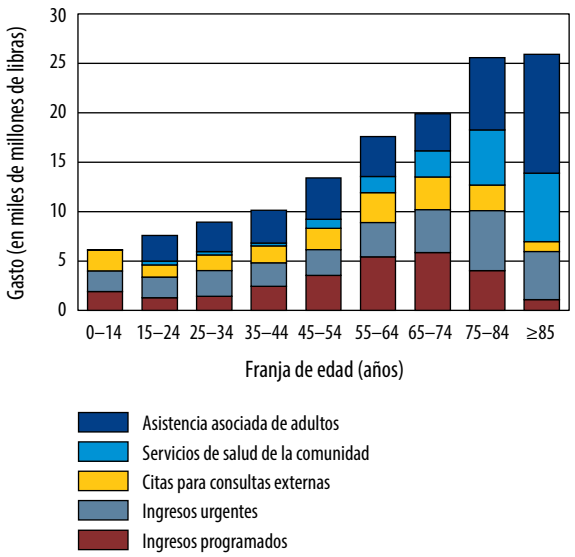
Por ejemplo, un análisis de gastos realizado recientemente por Torbay Care Trust en Inglaterra mostró que los gastos subían en todos los

servicios a medida que aumentaba la edad, pero después de un punto máximo entre los 65 y los 74 años, los gastos se reducían tanto en las hospitalizaciones de urgencia y programadas como en las consultas externas (figura 4.5) (*32*). Si bien es importante descartar la discriminación por motivos de edad y el racionamiento de los servicios de salud como los principales factores detrás de estos hallazgos, ellos indican la posibilidad de que los gastos en salud se reduzcan a medida que las distribuciones de la población se trasladan a edades cada vez mayores. Estos resultados también ponen de manifiesto la necesidad de que los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo funcionen de manera integrada para garantizar el suministro de una asistencia eficaz y efectiva.

Además, el vínculo entre la edad y los costos de la asistencia sanitaria está muy influido por el propio sistema de salud. Un estudio de los países de la OCDE, por ejemplo, revela que los aumentos del costo relacionados con la edad son mucho mayores en Canadá y Estados Unidos que en España y Suecia, mientras que los costos en Australia, Japón y el Reino Unido se ubican en un punto intermedio (*35*). Es probable que esta situación se deba a las diferencias en los sistemas, los incentivos y los enfoques de intervención de los prestadores de servicios con respecto a las personas mayores con fragilidad, así como a las normas culturales, sobre todo cerca del momento de la muerte.

De hecho, hay pruebas considerables respecto de que el tiempo que resta hasta la muerte predice mejor el gasto en asistencia sanitaria que la edad cronológica (*36*, *37*). Algunas investigaciones realizadas en Australia y los Países Bajos, por ejemplo, estiman que alrededor del 10 % del gasto total en salud se debe al costo de la atención durante el último año de vida de las personas y que estos costos descienden a medida que aumenta la edad (*38*, *39*). En Estados Unidos, aproximadamente el 22 % de todos los gastos médicos se destinan a pacientes que están en el último año de vida (*40*). El efecto del tiempo que resta hasta la muerte en los gastos se debe en parte a la complejidad del estado de salud durante ese período, pero también puede responder a normas culturales y médicas. Por ejemplo, es más probable que los gastos aumenten cuando la norma es morir en el hospital, aunque la internación tenga poca incidencia en la evolución clínica y en el bienestar de quienes usan los servicios más intensivos (*41*).

Figura 4.5. Costo anual de los servicios de salud, por grupo de edad y tipo de servicio, Torbay (población: 145.000), Inglaterra, 2010-2011



Fuente: (*32*).

La perspectiva del tiempo que resta hasta la muerte puede conducir a otros modelos predictivos del impacto de los cambios demográficos futuros en los costos de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, y en cierto modo de manera contradictoria, si bien la población del Reino Unido ha registrado un importante envejecimiento que continuará por varios años, la proporción de la población que tiene menos de 15 años de vida por delante en realidad está descendiendo y continuará bajando en el futuro próximo (*42*). Debido a que estos últimos años de vida son, por lejos, los que más hacen aumentar el gasto en salud, al elaborar modelos económicos de costos futuros

deben considerarse estas tendencias junto con los cambios en la proporción de personas mayores en una población. Esto indica que los cambios demográficos que experimenta el Reino Unido pueden tener una incidencia mucho más leve en el gasto en salud de lo que habitualmente se piensa.

Además, la mayor esperanza de vida implica que los últimos años de vida ocurrirán cada vez a una edad más avanzada. Debido a que este es un grupo de edad en el que los gastos asociados al servicio de salud tienden a descender, el hecho de permitir que las personas vivan por más tiempo y con más salud en realidad puede aliviar las presiones inflacionarias en los costos de la asistencia sanitaria (*43*).

Una posible inquietud es que las intervenciones en la mediana edad podrían simplemente posponer los gastos para un período posterior de la vida y causar mayores costos acumulados en el curso de la vida de una persona. Si bien las investigaciones en este campo son escasas, esa inquietud no parece estar justificada, ya que los beneficios inmediatos y los costos diferidos parecen equilibrarse con el tiempo (*44*, *45*). Un estudio de los Países Bajos (un país que cuenta con un sistema integral de cuidados a largo plazo) refleja la tendencia mencionada: un mejor estado de salud en los primeros años de la vejez da como resultado menos gastos hospitalarios durante el resto de la vida, pero más gastos de cuidados a largo plazo (*46*).

Combinadas, estas investigaciones aisladas en países de ingresos altos muestran que predecir los aumentos del costo de la asistencia sanitaria en virtud del envejecimiento de la población es una tarea simplista y probablemente no conduzca a buenas decisiones sobre políticas. Algunos análisis históricos respaldan esta idea al indicar que el envejecimiento tiene mucha menos influencia en el aumento de los gastos en salud que otros factores. Por ejemplo, una investigación realizada en Estados Unidos entre 1940 y 1990 (un período de crecimiento considerablemente más rápido de la proporción de personas mayores en la población de lo registrado desde entonces) mostró que el envejecimiento solo contribuiría a alrededor del 2 % del aumento de los gastos en salud observado en ese período (*33*). En comparación, los cambios en la práctica relacionados con la tecnología fueron responsables de entre el 38 % y el 65 % del crecimiento, el aumento de precios, de entre el 11 % y el 22 %, y el incremento del ingreso personal, de entre el 5 % y el 23 % (*33*). Del mismo modo, un estudio de gastos realizado en Francia entre 1992 y 2000 reveló que la influencia del envejecimiento era relativamente pequeña y que el impacto de los cambios en la práctica clínica era casi cuatro veces mayor (*47*).

En varios países de ingresos bajos y medianos (y en algunos países de ingresos altos) donde la utilización de los servicios es muy inferior a lo que debería ser en virtud de las necesidades de salud de las personas mayores, será necesario ampliar los servicios para satisfacer las necesidades de este segmento de la población. No obstante, las presiones asociadas a los gastos no se relacionan tanto con el envejecimiento como con el hecho de garantizar que todos los segmentos de la población tengan el mismo derecho a la salud.

Por lo tanto, parece razonable concluir que el hecho de que la población incluya una creciente proporción de personas mayores no representa un gran obstáculo económico para rediseñar los sistemas de salud de la manera indicada en este informe. Considerando la probabilidad de que los enfoques propuestos sean más efectivos y equitativos, y que la coordinación de la atención que constituye su núcleo no es mucho más cara (cuadro 4.2), parece razonable defender estos cambios desde la perspectiva económica, así como desde la perspectiva del *Envejecimiento Saludable*.

Cuadro 4.2. Lecciones aprendidas de las experiencias de los países con la atención coordinada e integrada

País	Principales características de la integración	Resultados
Australia: pruebas de atención coordinada (*48, 49*)	Estrategia dirigida a toda la población que abarcó mejoras en el acceso y el suministro de la atención primaria de la salud y mejoras en la coordinación de la atención para la comunidad – Coordinación de la atención para los casos crónicos y complejos – Uso extendido de la tecnología y la gestión de la información – Creación de mecanismos eficaces de resolución de conflictos	– Sensación de respaldo y menos ansiedad en los pacientes – Alto grado de satisfacción de los médicos generales – Menos consultas en el servicio de urgencias y menos días de internación tras las intervenciones – Menos casos derivados a servicios de salud comunitarios
Brasil: estudio de caso, incorporación del tema del envejecimiento en el programa nacional de salud familiar (recuadro 4.9)	– Visitas a domicilio por un equipo multidisciplinario integrado por un médico, un enfermero y un trabajador social – Capacitación del personal sanitario para evaluar la fragilidad y el funcionamiento – Creación de fuertes vínculos con clínicas de atención primaria de la salud para derivar pacientes	– Resultados aún no documentados
Canadá (Quebec): Programa de investigación para la integración de servicios para mantener la autonomía (PRISMA) (*50*)	Coordinación entre los responsables de tomar decisiones y los administradores – Sistema con un único punto de entrada – Aplicación de un procedimiento de gestión de casos – Desarrollo de planes de servicio personalizados y una única evaluación – Énfasis en la autonomía funcional de los pacientes – Uso de una historia clínica computarizada para permitir la comunicación entre las instituciones a fin de monitorear a los pacientes	– Mayor empoderamiento y satisfacción de los pacientes – Menor incidencia del deterioro funcional – Menor prevalencia de necesidades insatisfechas – Menos consultas en el servicio de urgencias y hospitalizaciones – Igual número de consultas con profesionales de la salud y uso de los servicios de asistencia domiciliaria – Mejor funcionamiento del sistema sin costo adicional
Tailandia: Proyecto *Friends Help Friends* (*Fuente*: Ekachai Piensriwatchara y Puangpen Chanprasert, Departamento de Salud, Ministerio de Salud, Tailandia, comunicación personal, enero de 2015)	Cuidados a largo plazo a cargo del Ministerio de Salud – Apoyo a cuidadores informales que prestaban cuidados a largo plazo – Cuidadores informales y voluntarios de la comunidad incluidos formalmente en el sistema, visitados a domicilio y evaluados en su desempeño – Supervisión y apoyo logístico a cargo de un profesional sanitario afiliado a un centro de salud cercano	– Resultados aún no documentados
Inglaterra: estudios de casos (*49, 51*)	– Integración real en la práctica: vertical (del hospital al hogar) y horizontal (equipos multidisciplinarios) – Programa dirigido a personas de la comunidad con necesidades complejas – Equipos multidisciplinarios compuestos por coordinadores de atención de la salud, enfermeros comunitarios, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales – Fondos provenientes de los grupos de servicios clínicos del Servicio Nacional de Salud y las autoridades locales	– Mayor motivación del personal y evaluaciones positivas de los médicos generales – Reducción de los tiempos de espera para recibir apoyo en los cuidados a largo plazo – Menos ingresos en el servicio de urgencias y menos días de internación – Menos derivaciones a centros residenciales – Mejor funcionamiento del sistema sin costo adicional

Respuestas

En la sección anterior se planteó que, si bien el mundo está experimentando una rápida transición hacia el envejecimiento de la población, los sistemas de salud en general no han acompañado esta tendencia. La mayoría de los servicios de salud del mundo han sido diseñados en torno a modelos de atención de cuadros agudos que no coinciden con los principales problemas de salud de los adultos mayores. Esta deficiencia en la atención se ve exacerbada por la discriminación por motivos de edad y por la ignorancia de las prioridades y necesidades de las personas mayores. Se necesitan nuevos enfoques para promover el *Envejecimiento Saludable*.

Los datos indican que la mejor manera de diseñar sistemas que logren satisfacer mejor las necesidades de las personas mayores es colocarlas en el centro del suministro del servicio. En la práctica, esto supone organizar la atención de la salud en torno a sus necesidades y preferencias, y diseñarla para lograr la integración en los distintos niveles y tipos de servicio. Esta estrategia puede resolver las desconexiones e ineficiencias de muchos sistemas de salud y garantizar que la atención se base en las necesidades cambiantes y diversas de las personas mayores, y no en la estructura del servicio.

Para lograr estos cambios es preciso trascender los límites físicos de las instituciones médicas y revaluar todos los aspectos del sistema de salud (recuadro 4.3 y recuadro 4.4). En las siguientes secciones se describe cómo estos sistemas pueden desarrollarse en torno al objetivo compartido de optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca (figura 4.6).

Recuadro 4.3. La salud bucal: una prioridad en el estado de Karnataka (India)

Pese a su importancia en la nutrición y en el deterioro de la capacidad, con frecuencia no se presta suficiente atención a la salud oral de las personas mayores. En el estado de Karnataka, en India, se han adoptado importantes medidas para resolver este problema: en marzo de 2014, la salud bucodental se integró por primera vez a las políticas nacionales de salud. Esta reforma tiene especial importancia en India porque la mayor parte de la población de mayores se encuentra en situación económica vulnerable y tiene poco acceso a servicios odontológicos, lo que con frecuencia deriva en la pérdida de piezas dentales.

Karnataka también ha llevado a cabo otras acciones a nivel estatal para aprovechar esta reforma. El Gobierno estatal propuso entregar prótesis dentales gratis a través de sus 42 facultades de odontología; estos servicios serán financiados por el Gobierno del estado de Karnataka. Las facultades de odontología recibirán un reembolso por cada prótesis dental que entreguen. Las actividades de divulgación comunitaria en los pueblos locales ayudarán a identificar a aquellos adultos mayores que necesitan estas prótesis, previéndose además que los alienten a solicitar atención en una de las facultades de odontología.

Los resultados de esta intervención aún deben determinarse, pero esta estrategia demuestra que las políticas de *Envejecimiento Saludable* pueden abarcar todos los aspectos de la vida de una persona mayor, incluso un aspecto tan olvidado como la salud bucal. Esto también demuestra cómo, mediante una acción concertada, se puede satisfacer el derecho de las personas mayores a la salud, sobre todo el de aquellas que se encuentran en situación más vulnerable.

Objetivo: optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca

Se necesitan sistemas de salud que compartan los objetivos del *Envejecimiento Saludable* de fomentar y mantener la capacidad funcional. Dentro de estos objetivos, no obstante, la principal función de los sistemas de salud será optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca.

Existen indicios de que concentrarse en la capacidad intrínseca de las personas mayores resulta más eficaz que priorizar el tratamiento de enfermedades crónicas específicas (*15–17*). Esto no supone rechazar la utilidad del tratamiento de las enfermedades, sino, más bien, subrayar

Recuadro 4.4. ¿En qué consisten los planes de cuidados integrales y las evaluaciones de *Envejecimiento Saludable*?

En una evaluación de *Envejecimiento Saludable* se consideran varios dominios de capacidad intrínseca y el entorno en que viven las personas. Esta evaluación debe completarse lo antes posible una vez que la persona entra en contacto con los servicios de salud. La probabilidad de que una persona mayor presente varios problemas de salud con frecuencia implica la participación de diversos trabajadores sanitarios, tanto médicos generales como especialistas, así como del sector de servicios sociales. De ser necesario, la evaluación puede completarse en varias etapas para garantizar la participación de todas las partes interesadas (*52*, *53*).

Los planes de atención integral se desarrollan en el marco de esta evaluación integral. El plan incluye los objetivos de la persona mayor, cómo se alcanzarán, las funciones que desempeñarán los distintos sectores del sistema social y de salud, y un plan de seguimiento y reevaluación. Una vez diseñado, el plan de asistencia sirve como hoja de ruta para unificar acciones y como regla para medir el progreso con respecto a las metas y los objetivos de la persona mayor.

Además, los planes de atención integral son colaborativos. En la consulta y evaluación inicial intervienen la persona mayor, los familiares clave, otros responsables de tomar decisiones y los trabajadores sanitarios a cargo de la planificación de la asistencia. En esta consulta hay que determinar y dejar en claro las necesidades y los objetivos de la persona mayor, así como los servicios sociales y de salud que podrían ayudarla a alcanzar tales objetivos (*54*).

Los planes de atención integral constituyen una herramienta fundamental para la reorientación de los sistemas de salud hacia una asistencia integrada y centrada en las personas mayores. Cuando se aprovecha todo su potencial, mejoran la integración entre los servicios de salud y los servicios sociales, al tiempo que facilitan la coordinación entre diversos servicios de salud. Las investigaciones han demostrado que los planes de asistencia integral pueden mejorar tanto la calidad de la atención como los resultados en materia de salud (*17*, *55*).

Figura 4.6. Diseñando los sistemas de salud para promover el *Envejecimiento Saludable*

que las capacidades física y mental de las personas mayores deben constituir los objetivos y puntos de partida de las intervenciones de salud. Acercarse a las personas mayores desde la óptica de la capacidad intrínseca y los entornos en que viven ayuda a garantizar que los servicios de salud se orienten hacia los resultados que son más importantes para su vida diaria. También puede ayudar a evitar los tratamientos innecesarios y la polifarmacia con sus efectos secundarios (*10*, *56*, *57*).

Adaptación de las intervenciones a las personas y sus niveles de capacidad

La segunda mitad de la vida se caracteriza por una mayor heterogeneidad en las trayectorias de capacidad intrínseca. En cualquier población de personas mayores, muchas atravesarán períodos de capacidad alta y estable, otros de deterioro de la capacidad e incluso otros de pérdida significativa de la capacidad. En cada uno de estos tres períodos se debe poner énfasis en distintas respuestas que se resumen en la figura 4.7.

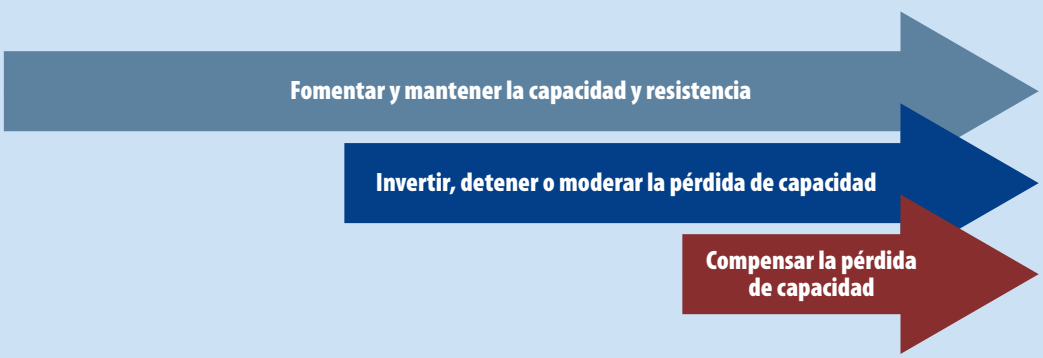
Personas con capacidad alta y estable

En el caso de las personas mayores con niveles altos y estables de capacidad, el objetivo es continuar fomentando y manteniendo esos niveles por el mayor tiempo posible. Se pondrá énfasis en prevenir la enfermedad y reducir el riesgo, promover conductas que mejoren la capacidad, garantizar el correcto tratamiento de los problemas agudos y detectar y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles en su fase inicial.

Si bien algunos hábitos —como la alimentación poco saludable, el sedentarismo y el tabaquismo— aumentan el riesgo de sufrir distintas enfermedades no transmisibles en la vejez, las estrategias para reducir su impacto son todavía eficaces (*58–66*). Por lo tanto, las intervenciones en la conducta de las personas mayores en esta trayectoria apuntan a reducir estos riesgos.

La detección y el tratamiento tempranos de las enfermedades no transmisibles constituyen otra esfera en la cual se pueden adoptar medidas durante este período. El manejo eficaz de la atención de las personas que tienen, o presentan un alto riesgo de tener, enfermedades cardiovasculares, cáncer, insuficiencia respiratoria crónica, diabetes y otras enfermedades no transmisibles puede prevenir la acumulación de deficiencias funcionales, reducir la necesidad de hospitalizaciones

Figura 4.7. Tres períodos comunes de capacidad intrínseca en la vejez; riesgos, desafíos, objetivos y respuestas clave del sistema de salud

Período	Capacidad alta y estable	Deterioro de la capacidad	Pérdida considerable de capacidad
Riesgos y desafíos	Conductas de riesgo, enfermedades no transmisibles de reciente aparición	Deterioro de la movilidad, sarcopenia, salud delicada, deterioro cognitivo o demencia, deterioro sensorial	Dificultad para realizar tareas básicas, dolor y sufrimiento causado por enfermedades crónicas avanzadas
Objetivos			
Respuestas	Reducir los factores de riesgo y fomentar los hábitos saludables Detección temprana y tratamiento de las enfermedades crónicas Fomentar la resiliencia con conductas que mejoran la capacidad mediante el fortalecimiento de las habilidades personales y la creación de relaciones	Implementar programas multidimensional en los entornos de atención primaria de la salud Tratar las causas fundamentales del deterioro de la capacidad Mantener la masa muscular y la densidad ósea con ejercicio y buena nutrición	Intervenciones para recuperar y mantener la capacidad intrínseca Atención y apoyo para compensar las pérdidas en la capacidad y garantizar la dignidad Acceso rápido a atención de cuadros agudos Cuidados paliativos y al final de la vida

y de realización de procedimientos costosos de alta tecnología, y disminuir las muertes prematuras (*64*, *65*, *67*). Existen varias intervenciones eficaces para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, y muchos países —principalmente de ingresos altos— ya han logrado reducir de manera notoria las muertes a causa de enfermedades crónicas mediante estas intervenciones (*68*). No obstante, en muchas partes del mundo, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos, se necesitan compromisos políticos y acciones más concretas para cerrar la brecha en el tratamiento de enfermedades crónicas en personas mayores (*69*). Hay orientaciones disponibles para implementar intervenciones en entornos de atención primaria de bajos recursos (*70*).

Es necesario prestar especial atención a la hipertensión, que es la causa de una elevada proporción de enfermedades cardiovasculares y del consiguiente deterioro de capacidad intrínseca y muerte prematura. Estos riesgos pueden reducirse al mínimo si la hipertensión se detecta y se trata en su fase inicial. En las personas con hipertensión es necesario evaluar el riesgo cardiovascular total, incluidos exámenes de diabetes *mellitus* y otros factores de riesgo. La estrecha relación entre la hipertensión y la diabetes hace que una no pueda tratarse adecuadamente si no se atiende la otra (*71*). Hay indicios de que las decisiones respecto del tratamiento basadas en la evaluación de los riesgos totales, y no en la presencia de un factor de riesgo aislado, ayudan a evitar el consumo de medicamentos innecesarios y, en consecuencia, sus efectos secundarios (*72*).

Personas con deterioro de la capacidad

A medida que avanzan los cambios fundamentales del envejecimiento y aparecen las enfermedades crónicas, la capacidad intrínseca comienza a deteriorarse. Se trata de un proceso complejo y dinámico que puede ocurrir en forma lenta, como parte del proceso de envejecimiento, o en forma rápida, sobre todo como consecuencia de un trauma o una enfermedad específica. La intervención en esta etapa es fundamental porque, mediante intervenciones en la fase inicial del proceso de deterioro funcional, es posible retrasar, moderar o incluso hacer retroceder el proceso patológico o la dependencia de los cuidados (*73–75*).

Si bien sigue siendo fundamental asegurarse de que las personas tengan hábitos saludables, el objetivo va más allá de reducir los factores de riesgo y abarca acciones que puedan ayudar directamente a mantener la capacidad intrínseca e inhibir su deterioro. Por ejemplo, el ejercicio aeróbico es importante para prevenir las enfermedades cardiovasculares (*76*), pero el ejercicio que ayuda a desarrollar masa muscular, aumentar la fuerza y mejorar el equilibrio se vuelve cada vez más importante a medida que la persona envejece (capítulo 3), en especial para las mujeres de mediana edad que tienen mayor riesgo de osteoporosis (*77*, *78*). El asesoramiento nutricional también cambia y se hace más hincapié en la densidad de nutrientes —en especial de vitaminas y micronutrientes—, aunque el consumo de calorías y proteínas también es importante (capítulo 3) (*79*).

Las intervenciones eficaces comienzan con una evaluación integral de la capacidad intrínseca de la persona mayor y su trayectoria; las afecciones, los hábitos y los riesgos específicos que pueden influir en esta capacidad en el futuro, y el entorno de la persona. Esta evaluación del *Envejecimiento Saludable* brinda la información necesaria para priorizar y diseñar intervenciones (recuadro 4.4) que pueden usarse en programas multidimensionales. Se ha demostrado que estos programas son efectivos en ámbitos de atención primaria de la salud para mejorar la capacidad intrínseca, mantener una vida independiente y evitar la dependencia de la atención de terceros (*80–83*).

Debido a su importancia crítica, es probable que en la mayoría de los programas multidimensionales se incluyan intervenciones para mejorar la nutrición y fomentar el ejercicio físico (*66*). En particular, el entrenamiento de fuerza de alta intensidad es la principal intervención necesaria para prevenir y corregir la fragilidad y la sarcopenia; además, protege indirectamente el cerebro de la depresión y el deterioro cognitivo (recuadro 4.5)

Recuadro 4.5. La salud del cerebro en el curso de la vida en Indonesia

Recientemente, el Centro de Salud e Inteligencia del Ministerio de Salud de Indonesia puso en marcha una iniciativa dirigida a fomentar el funcionamiento y la resiliencia cognitiva en el curso de la vida. Las actividades comienzan en las primeras etapas de la vida e incluyen:

- garantizar la estimulación del cerebro y la adecuada nutrición del feto durante el embarazo;
- garantizar la estimulación sensorial y motora de los niños menores de un año, y usar juegos y herramientas de aprendizaje para la estimulación cognitiva de los niños de uno a tres años de edad;
- optimizar el entorno de aprendizaje de los niños en edad escolar y los adolescentes;
- ofrecer a los adultos actividades de promoción de la salud destinadas a fomentar un estilo de vida saludable, el ejercicio físico, las actividades sociales y el desarrollo de habilidades para el manejo del estrés;
- garantizar la detección temprana del deterioro cognitivo u otros trastornos vasculares o degenerativos relacionados en adultos mayores.

La principal herramienta utilizada en esta iniciativa se conoce como *evaluación cerebral ejecutiva*. Esta herramienta evalúa distintas competencias, la inteligencia emocional y la función cognitiva, al tiempo que indica qué actividades deben ofrecerse a la persona que participa del programa.

Esta iniciativa se destaca por utilizar una estrategia que abarca todo el curso de la vida para desarrollar recursos y resiliencia cognitiva, lo que es importante para prevenir y retrasar el deterioro cognitivo en posteriores etapas de la vida. El Ministerio de Salud ha implementado el programa a nivel nacional.

Fuente: Trisa Wahyuni Putri, Centro de Salud e Inteligencia, Ministerio de Salud, Indonesia, comunicación personal, 24 de septiembre de 2014.

(*84*, *85*). Un análisis sistemático reveló una reducción del 50 % en el riesgo relativo de desarrollar limitaciones funcionales en las personas de 65 a 85 años que realizaban regularmente actividad física de intensidad moderada como mínimo (*86*). Debido a que la falta de fuerza es una importante causa de caídas en las personas que presentan fragilidad (*87–89*), el entrenamiento de fuerza puede ayudar a las personas mayores a mantener o recuperar la autonomía y la independencia.

Personas con pérdida significativa de la capacidad

Muchas personas mayores llegan a un punto en que ya no pueden realizar las tareas básicas necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros. Esta etapa se caracteriza por depender de cuidados, lo que principalmente se resuelve mediante los sistemas de cuidados a largo plazo (capítulo 5). No obstante, los sistemas de salud continúan cumpliendo funciones importantes para las personas con pérdida significativa de la capacidad, entre ellas el tratamiento continuo de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos y al final de la vida. Los sistemas de salud también deben garantizar que las personas tengan acceso oportuno a atención primaria, a consultas con especialistas y a la atención de cuadros agudos cuando lo necesiten. Existen pruebas fehacientes de que los servicios geriátricos especializados en la atención de cuadros agudos ofrecen una asistencia de mayor calidad, con internaciones más cortas y menores costos, que la atención hospitalaria general (*54*, *90*, *91*).

Es esencial integrar los sistemas de atención de la salud y cuidados a largo plazo para mantener la capacidad funcional y la dignidad de las personas mayores en esta etapa de la vida. La coordinación de la atención ha demostrado ser beneficiosa y los planes de cuidados ayudan a evitar hospitalizaciones innecesarias, garantizan que exista una relación con los servicios de cuidados a largo plazo y promueven la permanencia de la persona en el hogar (*92*).

La internación domiciliaria es una de las maneras de prestar servicios a las personas con pérdida significativa de la capacidad. En el suministro de estos servicios interviene un equipo de profesionales sanitarios y de cuidados a largo plazo que tratan en el hogar a personas que, de

otro modo, serían internadas en un hospital para enfermedades agudas. Existen pruebas de que estos servicios registran un alto grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los cuidadores, además de reducir las muertes y bajar las tasas de reingreso (*93*, *94*).

Los servicios de rehabilitación constituyen otro componente esencial de la asistencia sanitaria en esta etapa. Pueden ayudar a prevenir la discapacidad permanente y la dependencia de cuidados, y se ha demostrado que reducen las internaciones evitables y las demoras a la hora de recibir el alta médica (*92*). Si bien los hospitales de agudos deben ayudar a garantizar la adecuada rehabilitación durante la hospitalización, la mayoría de los servicios de rehabilitación pueden prestarse fuera del entorno hospitalario, en las comunidades o en el hogar (*85*).

El propósito de los cuidados paliativos y al final de la vida es garantizar que las personas que padecen una enfermedad terminal sean tratadas con dignidad y respeto, y de acuerdo con sus necesidades y deseos (recuadro 5.8). Las funciones clave de la atención de la salud en estos tipos de cuidados son transmitir información precisa acerca del tratamiento y el pronóstico, poner en marcha la atención tal como la previó la persona en cuestión, proporcionar analgesia y controlar los síntomas. La disponibilidad y el uso de analgésicos —opiáceos y no opiáceos— es importante para evitar en lo posible el sufrimiento. El apoyo social también es fundamental en esta última etapa de la vida y los sistemas de salud deben promoverlo y propiciarlo, incluso en el marco del entorno hospitalario.

Implementación de una atención integrada y centrada en las personas mayores

Hay indicios de que la atención integrada y centrada en las personas mayores es la mejor estrategia para implementar este complejo espectro de intervenciones dirigidas a estas personas (*95*–*98*). La atención centrada en las personas mayores se basa en la idea de que son más que portadoras de una afección o enfermedad. Son individuos con experiencias, necesidades y preferencias únicas. Además, se las considera en el contexto de su vida diaria, como parte de una familia y de una comunidad. Contrariamente a lo que ocurre cuando hay actitudes discriminatorias por motivos de edad, su dignidad y autonomía se respetan y aceptan, en una cultura de decisiones compartidas.

A nivel del cuidado clínico, la atención integrada hace referencia a los servicios que abarcan todo el continuo de la atención, que se encuentran integrados dentro y entre los distintos niveles y sitios de atención de los sistemas de salud y de los cuidados a largo plazo (incluso en el hogar), y se ofrecen en virtud de las necesidades de las personas en el curso de la vida (*99*). Desde la perspectiva del paciente, la asistencia integrada es continua, sin importar la enfermedad, el entorno y el momento. Entre los elementos clínicos importantes para el diseño de la atención de personas mayores con enfermedades crónicas y de diversa índole se cuentan el uso de evaluaciones de *Envejecimiento Saludable*, la participación en la planificación de la atención y el suministro de un único punto de entrada (cuadro 4.3) (*48*, *50*, *51*, *100*).

La importancia de la integración se destaca en la *Estrategia mundial de la OMS sobre servicios integrados de salud centrados en las personas* (*99*). La estrategia llama a cambiar la forma de financiamiento, gestión y suministro de los servicios de salud, y propone cinco direcciones estratégicas interdependientes que adoptar para que los servicios de salud sean más integrados y estén más centrados en las personas. No obstante, para cada contexto específico es necesario diseñar y desarrollar la combinación exacta de estrategias que se utilizarán, teniendo en cuenta los contextos locales, los valores y las preferencias (*99*).

En esta sección se presentan los elementos clave de la estrategia que son más importantes para la salud de las personas mayores. La inte-

Cuadro 4.3. Diferencias entre la atención convencional y la atención integrada y centrada en las personas mayores

Atención convencional	Atención integrada y centrada en las personas mayores
Se centra en una (o más de una) enfermedad.	Se centra en las personas y sus objetivos.
La meta es el tratamiento o la cura de la enfermedad.	La meta es potenciar la capacidad intrínseca.
La persona mayor es vista como un receptor pasivo de la atención.	La persona mayor es un participante activo en la planificación de la atención y el autocuidado
La atención se divide por enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.	La atención integra enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.
Los vínculos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo son limitados o inexistentes.	Existen vínculos sólidos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo.
El envejecimiento se considera un estado patológico.	El envejecimiento se considera una parte normal y valiosa de la vida.

gración puede ocurrir a nivel de la organización de la atención de la salud y la comunidad, y a niveles más amplios de políticas, mecanismos de financiamiento y estructuras de gobernanza compartida (*101*). Un factor crucial es integrar la atención primaria de la salud y todos los demás niveles y ámbitos de atención (*102*).

Solo unos pocos países han logrado poner en práctica una atención integrada para las personas mayores y evaluar su uso en los sistemas de salud. Las escasas investigaciones que se han documentado indican que una diversidad de enfoques puede resultar beneficiosa en términos de satisfacción, capacidad intrínseca y reducción de las hospitalizaciones (cuadro 4.2).

Debido a que cada sistema es distinto, no hay un único modelo organizativo que pueda aplicarse de manera universal para integrar la atención (*49*). No obstante, los datos disponibles indican que la mejor forma de lograr la integración es reuniendo los servicios para satisfacer las necesidades de las personas mayores mediante un enfoque centrado en los adultos mayores y haciendo fuerte hincapié en la gestión de casos, el apoyo a la autocuidado y el apoyo al envejecimiento en el lugar (mediante la atención comunitaria). A continuación se detallan estas estrategias.

Implementación de la gestión de casos: un objetivo, una evaluación, un plan de asistencia

Un sistema sólido de gestión de casos es aquel en el que se evalúan las necesidades individuales, se elabora un plan de integral de cuidados (recuadro 4.4) y se gestionan y encauzan los servicios hacia el único objetivo de mantener la capacidad funcional (*103*). Por lo general, la gestión de casos se traduce en un único punto de entrada y en la intervención de un coordinador o gestor de casos que colabora con la evaluación, comparte información y coordina los servicios de diversos trabajadores de la salud y entornos de asistencia (*49*).

Algunos revisiones sistemáticos han revelado que la gestión de casos mejora la capacidad intrínseca, diferentes aspectos de la gestión de medicamentos y el uso de servicios comunitarios (*16*). También mejora los resultados de salud de las personas mayores con fragilidad (*16*, *17*) y ofrece beneficios clínicos para varias enfermedades crónicas (*104*). El recuadro 4.6 también muestra que puede lograrse en entornos con pocos recursos.

Los planes de cuidados y las evaluaciones de *Envejecimiento Saludable* pueden resultar particularmente eficaces en tres situaciones. En el caso de las personas con multimorbilidad, pueden facilitar la gestión clínica de distintos prestadores y reunirlos en torno a un único objetivo (*105*).

Recuadro 4.6. Planes de cuidados personalizados para personas mayores que viven en áreas marginales de Río de Janeiro (Brasil)

En 2012, el Centro de Estudios e Investigaciones sobre el Envejecimiento de Brasil lanzó la fase piloto de un nuevo proyecto en el barrio Rocinha de Río de Janeiro, la *favela* más grande de Brasil, con una meta simple pero ambiciosa: prestar atención de la salud adecuada a las personas mayores con fragilidad. Desde el comienzo, el equipo interdisciplinario del centro trabajó en estrecha colaboración con tres clínicas de salud familiar de Rocinha. El personal de las clínicas recibió capacitación inicial en geriatría y comenzó a derivar a personas mayores al centro mediante preguntas y criterios de selección estandarizados. A las personas que fueron derivadas al centro se les realizó una evaluación geriátrica multidimensional integral con la que se pudo elaborar un plan de cuidados personalizado. Este plan se envió a la clínica de salud de la persona, cuyo personal podía comunicarse con el centro en cualquier momento para discutir o aclarar cualquier punto. La persona mayor debía volver al centro tras cuatro o cinco meses para una evaluación de seguimiento.

Durante la fase piloto de un año, y tras casi 3.000 consultas, más de 350 personas mayores recibieron planes de cuidados personalizados. Una evaluación inicial del programa mostró altos niveles de adhesión de los pacientes en los aspectos de medicación y nutrición. Además, las recomendaciones vinculadas al ejercicio físico y los cambios en el entorno fueron seguidas por alrededor de la mitad de las personas que recibieron un plan de asistencia personalizado. Otras clínicas se sumaron al programa durante la fase piloto y en la actualidad el centro acepta derivaciones de clínicas de salud pública de todo el estado de Río de Janeiro.

Desde 2014, el centro ofrece una gama más amplia de servicios de apoyo a las clínicas de salud y sus pacientes, incluso derivaciones a varios especialistas (dentistas, nutricionistas, foniatras, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas), evaluaciones cognitivas, grupos de apoyo para cuidadores familiares y talleres sobre temas como la prevención de caídas y la nutrición adecuada.

En el caso de las personas hospitalizadas, pueden ayudar a reducir los riesgos y prevenir los daños de la hospitalización, al tiempo que pueden facilitar el proceso del alta (*54*). Por último, en el caso de las personas dadas de alta de los hospitales para ingresar a programas de cuidados a largo plazo, pueden garantizar que se realice el seguimiento necesario y se establezcan vínculos entre la atención de la salud y los servicios sociales (*105*).

El seguimiento regular y constante de las personas mayores forma parte de la mayoría de las estrategias de gestión de casos. Promueve la detección temprana de complicaciones o cambios en el estado funcional, con lo que se previenen emergencias innecesarias y las ineficiencias relacionadas. Además, proporciona un foro para vigilar el progreso respecto del plan de cuidados y un medio para prestar apoyo adicional, de ser necesario.

Suministro de apoyo sistemático para el autocuidado

El apoyo para el autocuidado es otra herramienta para proporcionar a los adultos mayores una atención integrada y centrada en las personas (*106*, *107*). Consiste en proporcionarles la información, las capacidades y las herramientas que necesitan para controlar sus enfermedades, evitar complicaciones, potenciar su capacidad intrínseca y mantener su calidad de vida. Esto no implica esperar que las personas mayores se arreglen solas ni que deban enfrentar un nivel inaceptable o excesivo de exigencias. Con esta estrategia, se reconoce su autonomía y capacidad para asumir el control de su cuidado, en consulta y asociación con los profesionales sanitarios, sus familiares y otros cuidadores.

El Programa de Manejo Personal de Enfermedades Crónicas (Tomando Control de su Salud) (*108*) es el programa más documentado para proporcionar apoyo de autocuidado a las personas mayores. Un equipo de personas no especialistas trabaja con grupos de adultos mayores, los capacita en el manejo de síntomas cognitivos y los aconseja sobre cómo manejar las emociones negativas. Además, intercambian ideas sobre temas como los medicamentos, la alimentación, la fatiga y cómo interactuar de manera produc-

tiva con el personal de salud. Los líderes legos presentan los cursos de manera interactiva y tratan de aumentar la confianza de los participantes en sus capacidades para realizar algunas tareas específicas de autocuidado. El propósito no es proporcionar contenido específico sobre la enfermedad, sino usar ejercicios interactivos para desarrollar la autoeficacia y otras capacidades que ayudarán a los participantes a tener una vida activa. Un elemento fundamental es el intercambio y el debate entre los participantes y con los líderes, que son personas iguales a ellos.

Se ha demostrado que los programas de autocuidado en casos de enfermedades crónicas mejoran una amplia gama de factores en los adultos mayores. Se han observado mejoras en los niveles de actividad física (*109–111*), autocuidado (*109*), dolor crónico (*112*) y autoeficacia (*109–112*). No obstante, la magnitud de las mejoras medidas suele ser pequeña y los resultados a más largo plazo no han sido bien documentados (*113*). Además, en la mayoría de las investigaciones no se ha tomado en cuenta a las personas mayores que abandonan los programas (*113*).

La participación de personas mayores en programas de autocuidado que presta la comunidad por lo general es baja y quienes participan suelen estar en mejor condición física (*114*). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una divulgación proactiva para llegar a las personas mayores que viven integradas en la comunidad, así como de contar con otros formatos para respaldar el autocuidado que planteen menos obstáculos físicos a la participación.

Si bien no se encuentran tan documentadas, las consultas médicas de rutina ofrecen excelentes oportunidades para desarrollar y reforzar las capacidades de autocuidado. En este contexto, el autocuidado exitoso no es una actividad aislada, sino una oportunidad continua para alentar a las personas mayores y a los cuidadores a intervenir en la toma de decisiones y compartir la responsabilidad de la salud y el bienestar del adulto mayor. Se han desarrollado varios modelos clínicos para orientar estas interacciones (*115–117*). Los programas de autocuidado por teléfono o Internet también ofrecen otras opciones.

Apoyo al envejecimiento en el lugar

Las personas mayores suelen preferir envejecer en su hogar o al menos en la comunidad en que han vivido (*118–120*). Esto les permite mantener las relaciones y las redes comunitarias que pueden proporcionales bienestar y a las que recurrir en tiempos de adversidad. Si bien el objetivo del envejecimiento en el lugar habitualmente ha sido garantizar una vivienda adecuada y asequible, y entornos adaptados a las personas mayores, además de ofrecer apoyo básico, los servicios de salud también cumplen un papel importante al acercar la asistencia al lugar donde viven las personas. Por consiguiente, es necesario reorientar los modelos de atención para priorizar la atención primaria y la atención en la comunidad. Esto abarca un cambio de la asistencia hospitalaria a la asistencia ambulatoria y las consultas externas, más intervenciones en el hogar, la participación de la comunidad y un sistema de derivación completamente integrado (*99*).

Varios enfoques pueden resultar efectivos. Se ha demostrado, por ejemplo, que las visitas a domicilio realizadas por profesionales sanitarios en el contexto de programas basados en la comunidad tienen efectos positivos (*80*, *121*), aunque los beneficios medidos han sido variables en distintos estudios e indicadores de resultados. En 2014, en un análisis de 64 estudios aleatorizados se comprobó que las visitas a domicilio eran efectivas cuando incluían evaluaciones multidimensionales y cinco visitas o más (*122*). Los principales efectos globales se vinculan a la reducción del número de visitas a los servicios de urgencias, las hospitalizaciones, los días de internación, el número de caídas y la mejora del funcionamiento físico (*122*). Para alcanzar el máximo de eficacia, los servicios a domicilio deben complementarse con sólidos vínculos con los servicios de atención primaria de la salud,

Recuadro 4.7. Envejecimiento en el lugar: el papel de los promotores de salud comunitarios

Los datos y la experiencia indican que los promotores de salud comunitarios en países de ingresos bajos y medianos puede ser un recurso importante para promover el *Envejecimiento Saludable* en el lugar.

En la Región de África de la OMS, los programas de salud comunitaria constituyen el eje de los sistemas de salud. Los promotores de salud comunitarios se ha vuelto fundamental para garantizar que los servicios de atención primaria de la salud satisfagan las necesidades de la comunidad, sobre todo en relación con la salud maternoinfantil, y su efectividad se verifica en la reducción de la mortalidad maternoinfantil.

La posibilidad de fomentar que los promotores de salud comunitarios ayuden a controlar las enfermedades crónicas no transmisibles ha despertado creciente interés. Como únicos prestadores de atención primaria que ofrecen divulgación comunitaria, estos promotores de salud se hallan en situación ideal para implementar una atención acorde a la edad dirigida a las personas mayores, identificar casos (esto es, reconocer en la comunidad a las personas mayores con fragilidad o dependientes que no han acudido a la institución de salud en busca de ayuda) e intervenir y evaluar en el domicilio (*127*, *128*).

Las visitas a domicilio en el marco de programas basados en la comunidad para personas mayores se incluyen en las políticas nacionales de varios países de ingresos altos como Australia, Dinamarca y el Reino Unido. Estos programas apuntan a retrasar o prevenir el deterioro funcional, la dependencia de cuidados y los subsecuentes ingresos a residencias de personas mayores a través de medidas preventivas primarias (como vacunas y ejercicio), medidas secundarias (como la detección de problemas sin tratar) y prevención terciaria (como la mejora en el uso de medicamentos). Si bien las evaluaciones han demostrado la eficacia de algunos de estos programas, aún resta por ver si pueden prevenir el deterioro funcional, qué componentes del programa son eficaces y qué poblaciones tienen más probabilidades de beneficiarse (*127*, *129*).

incluir un seguimiento programado y dirigirse a personas con bajo riesgo de muerte (*123*).

Las intervenciones de actividad física en el domicilio dirigidas a los adultos mayores también han mostrado algunos resultados prometedores (*124*). Estas intervenciones eliminan algunos obstáculos que a menudo impiden que las personas mayores realicen ejercicio: se elimina el obstáculo del transporte y se facilita la integración de la actividad física a la vida diaria (*125*, *126*). Las intervenciones de actividad física en el domicilio son más accesibles cuando no se requiere la derivación de un médico.

La divulgación comunitaria y la identificación de casos también son importantes para facilitar el envejecimiento en el lugar. Estos servicios permiten llegar a las personas mayores que no acuden a los centros de salud y facilitar el reconocimiento, la vigilancia y el apoyo a los adultos mayores que necesitan servicios de salud. El personal de salud de la comunidad puede realizar muchas de estas tareas en países de ingresos bajos y medianos (recuadro 4.7).

A nivel de la población, el sector de la salud también puede intervenir en el diseño y la ejecución de otros programas para promover el *Envejecimiento Saludable*, por ejemplo, asesorando acerca del diseño de programas de actividad física adecuados para personas mayores.

Adaptación de los sistemas de salud

Los sistemas de salud bien adaptados pueden facilitar una atención integrada y centrada en las personas mayores. La OMS ha señalado las siguientes esferas de actividad en las que es necesario trabajar para crear sistemas de salud fuertes (o bien adaptados) (*121*): la prestación de servicios; los recursos humanos; la infraestructura sanitaria (incluidos productos, vacunas y tecnologías adecuadas), los servicios de información y datos; el liderazgo y la gobernanza; y el financiamiento. En esta sección se analizan las medidas que pueden adoptarse en estas esferas para fomentar la atención integrada y centrada

en las personas en las poblaciones que están envejeciendo (*130*).

Suministro de servicios: creación de una infraestructura sanitaria adaptada a las personas mayores

Además de crear sistemas que proporcionen las intervenciones que son importantes para las personas mayores, los servicios de atención primaria de la salud deben ubicarse cerca de donde estas viven, dando prioridad a los grupos vulnerables y las zonas subatendidas (*131*). Esto es importante en general, pero sobre todo para las personas mayores. Las distancias a los centros de salud que podrían ser razonables para la población general pueden ser insalvables para las personas mayores que padecen un deterioro importante; un transporte público accesible y asequible es un tema relacionado que tener en cuenta (capítulo 6) (*132*). Es más probable que los servicios de salud especializados se encuentren ubicados en un lugar más central y, por lo tanto, más lejano. En estos casos, es fundamental que existan opciones de transporte asequibles y adaptadas a las personas mayores.

En todos los entornos de servicios, es posible diseñar la infraestructura física de los centros de salud y los hospitales de modo que las personas mayores puedan usarla fácilmente, por ejemplo incluyendo ascensores, escaleras mecánicas, rampas, puertas y pasajes accesibles para personas con capacidad física muy disminuida o que usen sillas de ruedas; escaleras adecuadas (no demasiado altas ni empinadas) con pasamanos, pisos no resbaladizos, áreas de descanso con asientos cómodos, y carteles grandes, claros y bien iluminados (*132*). También se pueden implementar procedimientos adaptados a las personas mayores (por ejemplo, las clínicas podrían ofrecer horas especiales para adultos mayores o filas preferentes) (recuadro 4.1) y capacitar a todo el personal, incluidos los porteros y el personal de oficina, respecto de cómo colaborar para que los servicios se adapten mejor a las personas mayores.

Recursos humanos: transformación del equipo de trabajo

La OMS define a un trabajador de la salud como "toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud" (*133*). Esto incluye a distintos profesionales de la salud de los sectores público y privado, así como a todo el personal de soporte, cuya principal función consiste en realizar o apoyar actividades de promoción de la salud y prestar atención preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa.

Transformar al equipo de trabajo para responder a las prioridades del siglo XXI requiere una amplia coalición de trabajadores de la salud y de cuidados a largo plazo para colaborar con los socios de la comunidad, las personas mayores y sus familiares. Los servicios que prestan deben responder a las futuras necesidades y expectativas de las personas mayores. Para lograrlo, los profesionales de la salud de las distintas disciplinas deben contar con las competencias adecuadas, pero también deben desempeñarse en entornos que saquen el máximo provecho de estos talentos. Para este fin tendrán que organizarse en equipos multidisciplinarios y acceder a herramientas que los ayuden a proporcionar una atención integrada de buena calidad que vaya más allá del ámbito de las instituciones de salud e incluya la atención en el domicilio (recuadro 7.1).

Para desempeñar las tareas necesarias, los trabajadores sanitarios deberán tener varias competencias clave. Tienen que poder realizar análisis básicos para evaluar el funcionamiento, incluida la visión, la audición, las funciones intelectuales, el estado nutricional y la salud bucal (recuadro 4.3), y deben poder tratar enfermedades comunes en las personas mayores, como la fragilidad, la osteoporosis y la artritis. Es necesario que entiendan cómo suelen manifestarse en las personas mayores la depresión, la demencia y el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas, y deben saber cómo detectar la negligencia o el maltrato. Los trabajadores de salud también deben poder realizar evaluaciones de *Envejecimiento Saludable* y planificar los cuidados, ya que

estas son herramientas clave para la implementación de una atención integrada y centrada en las personas mayores. Además de estas competencias específicas, los trabajadores sanitarios deben contar con competencias generales relacionadas con la comunicación, el trabajo en equipo, la tecnología de la información y la salud pública.

Es necesario realizar cambios equivalentes en los modelos de formación preparatoria del equipo de trabajo; por lo general, se trata de modelos que han quedado rezagados respecto de las rápidas transiciones epidemiológicas y demográficas en curso. Los cambios en la formación previa al servicio pueden incluir la adopción de planes de estudio basados en competencias que incluyan las competencias antemencionadas, el fomento de la educación interprofesional y la expansión de la capacitación de los centros académicos a las comunidades y los entornos de atención primaria de la salud (*14*). Es posible que deba desarrollarse la capacidad de las instituciones educativas para que puedan alcanzar los estándares establecidos (*134*). Las pautas de la OMS para transformar y ampliar la capacitación y educación de los profesionales de la salud incluyen recomendaciones clave a fin de aumentar la cantidad, la calidad y la idoneidad de los profesionales de la salud (*135*). Igualmente importante es promover capacidades que permitan una integración más estrecha de los servicios de salud y sociales.

La capacitación en el empleo y el desarrollo profesional continuo son esenciales para que el personal que ya se encuentra trabajando pueda consolidar sus conocimientos y actualizar sus capacidades. Entre las estrategias probadas para consolidar nuevas capacidades están el suministro de apoyo continuo y supervisión al personal, y la realización de consultas conjuntas entre médicos generales y especialistas en geriatría.

Además de la capacitación, el personal de salud debe distribuirse de modo de poder cumplir con el objetivo de prestar atención integrada y centrada en las personas mayores, y los equipos multidisciplinarios forman parte esencial de este proceso. Estos equipos comparten la responsabilidad de los procesos clínicos y los resultados de la asistencia, tanto para individuos como para poblaciones definidas. Para tener éxito, los equipos deben reunirse con regularidad, compartir información, definir explícitamente las funciones clínicas y realizar tareas complementarias y coordinadas dirigidas a las mismas personas y poblaciones (*136*). Los equipos pueden funcionar en el mismo ámbito o la misma clínica, pero también formarse en distintos ámbitos; pueden conectarse gracias a la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) y realizar reuniones presenciales ocasionales a modo de respaldo.

La combinación específica de capacidades necesarias en los distintos equipos multidisciplinarios depende del personal del sistema de salud y de los alcances definidos de su práctica. Se ha demostrado que el personal de enfermería es esencial para prestar atención integrada. En repetidas ocasiones se ha demostrado que la participación —o la dirección— de enfermeros adecuadamente capacitados, o de otros trabajadores de la salud que puedan complementar a los médicos en funciones clave (como la evaluación, el abordaje del tratamiento, el apoyo al autocuidado y el seguimiento), mejora la adhesión del personal sanitario a las pautas, así como la satisfacción del paciente, su estado clínico y de salud, y el uso que hace de los servicios sanitarios (*137–139*).

Lo ideal es que el equipo incluya a otros miembros esenciales: un médico general, un trabajador social, un trabajador comunitario y un geriatra para consulta y apoyo. En el equipo también podrían participar otros profesionales, como farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas rehabilitadores y psicólogos, solo para nombrar algunos. Por último, existen los trabajadores de salud no profesionales, también conocidos como *pacientes expertos*, que pueden compartir conocimientos y experiencias con otros pacientes que tienen su misma enfermedad.

Al prever la demanda futura, se verifica la necesidad de innovar en la definición de los requisitos educativos, las competencias y las

opciones de carrera para los nuevos tipos de trabajadores de la salud necesarios para responder a las necesidades futuras. Por ejemplo, los coordinadores o gestores de atención de la salud, que pueden pertenecer a uno de los grupos profesionales señalados anteriormente o tener otra capacitación profesional, podrían supervisar el plan de integral de cuidados. En muchos entornos de ingresos bajos y medianos han surgido los médicos adjuntos (asociados médicos o auxiliares médicos) como una nueva categoría, en respuesta a las carencias en los equipos de trabajo en la salud y los problemas para contratar personal en zonas rurales y subatendidas (*137*, *140–142*).

Por último, si bien en este informe se destaca que la mejor forma de satisfacer las necesidades de las personas mayores sería que todos los profesionales recibieran capacitación adecuada en geriatría, esto no puede lograrse sin una masa crítica de especialistas en geriatría o la disponibilidad de geriatras para ver y tratar casos complejos. El número de geriatras es asombrosamente bajo en muchos países, y se necesitan muchos más tan solo para satisfacer las necesidades actuales. Asimismo, se necesitará una base académica mucho más sólida para identificar las intervenciones y los servicios más eficaces. Si bien no todos los servicios de salud necesitarán especialistas y unidades geriátricas académicas, estos serán esenciales para reunir evidencias y elevar el nivel de una especialidad que a menudo se percibe como poco atractiva.

Sistemas de información de salud y cibersalud (eHealth): la clave está en las inversiones

El uso de las TIC en la asistencia sanitaria, o *cibersalud*, será una herramienta esencial para transformar los servicios y sistemas de salud a fin de ofrecer una atención integrada y centrada en las personas que sea apropiada para las personas mayores y se adapte a la agenda del *Envejecimiento Saludable*. El uso estratégico de las TIC será fundamental para mejorar la capacidad funcional de las futuras generaciones, integrar y gestionar la atención de las personas mayores, evaluar el impacto de las intervenciones y garantizar la rendición de cuentas por los servicios prestados.

Los avances en las TIC se están utilizando en todo el mundo para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, así como su calidad y seguridad, y para garantizar la rentabilidad de la prestación de los servicios de salud (*143*). En la Unión Europea, por ejemplo, se estima que con la introducción de las TIC y de la telemedicina mejoró en un 20 % la eficacia de la atención de la salud (*144*). La cibersalud está cambiando el modo en que se prestan los servicios de salud y la forma en que funcionan los sistemas de salud en muchos países.

Las historias clínicas electrónicas y los sistemas de información de salud relacionados pueden captar, organizar y compartir información sobre pacientes individuales y poblaciones clínicas a fin de ayudar a determinar las necesidades de las personas mayores, planificar la asistencia que recibirán, vigilar las respuestas al tratamiento y evaluar los resultados de salud. También pueden facilitar la colaboración entre trabajadores salud y entre los equipos de salud y sus pacientes, que tal vez se encuentren en distintos ámbitos o puntos geográficos. Los servicios de salud como la telemedicina y las consultas a distancia permiten que los pacientes tengan acceso a conocimientos de diagnóstico y tratamiento que no se encuentran disponibles a nivel local. De muchas maneras, las TIC se han vuelto fundamentales para el tratamiento eficaz de las enfermedades crónicas y la implementación de la asistencia por parte de equipos multidisciplinarios.

Las TIC también se usan en diversos entornos para facilitar el acceso a conocimientos actualizados y ayudar a los trabajadores de la salud a suministrar una atención segura con base empírica. Los recordatorios, avisos y advertencias automáticos en los sistemas de historias clínicas, por ejemplo, pueden ayudar al personal a alcanzar los estándares de calidad y documentar sistemáticamente los resultados de las pruebas diagnósticas y la atención suministrada.

La cibersalud se utiliza cada vez más para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Por ejemplo, se usa para comunicar a las personas mayores que viven en su hogar con su equipo de salud, así como con los servicios sociales y comunitarios, a fin de combatir la soledad y el aislamiento, apoyar su independencia y facilitar el manejo que ellas mismas pueden hacer de su enfermedad.

Se están realizando investigaciones sobre el uso de las TIC por parte de las personas mayores para vigilar su salud. Por ejemplo, la tecnología "ponible"o "vestible" puede utilizarse para obtener información sobre la actividad física, la alimentación y las mediciones de capacidad, como la velocidad de la marcha.

Con las investigaciones sobre los determinantes genéticos de la capacidad en las personas mayores y los biomarcadores de deterioro precoz se espera poder ofrecerles un asesoramiento personalizado en una etapa mucho más temprana de lo que hoy es posible. Es necesario desarrollar sistemas de información de modo que se puedan aprovechar al máximo los beneficios de estas innovaciones.

La utilidad de los sistemas de información de salud también se extiende a la vigilancia, la evaluación y la planificación a nivel de políticas, y a la mejora de la atención de las personas mayores, idealmente entre los diferentes sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo. Para que esto sea posible, no obstante, es necesario acordar y utilizar sistemáticamente indicadores comunes. Se deben definir y poner en funcionamiento indicadores de las causas fundamentales y los dominios de la capacidad funcional (como desnutrición, movilidad reducida, deterioro cognitivo y deterioro sensorial), y evaluarlos con regularidad en los grupos de personas mayores. Varios instrumentos para captar la capacidad funcional pueden proporcionar puntos de partida útiles para crear indicadores en los sistemas de salud y asistencia social (*145–147*).

Productos médicos, vacunas y tecnologías: garantía de acceso

Los productos médicos, los medicamentos esenciales y las tecnologías sanitarias son indispensables para que las personas mayores puedan mantenerse saludables, activas e independientes el mayor tiempo posible.

Los medicamentos para las personas mayores deben ser seguros, recetarse de manera adecuada, estar disponibles y ser accesibles. No obstante, estas metas representan todo un desafío para la mayoría de los sistemas de salud. Las personas mayores toman más medicamentos que las más jóvenes y habitualmente toman varios al mismo tiempo (lo que se conoce como *polifarmacia*). Además, a medida que el cuerpo envejece, los efectos de los fármacos también cambian y el mal manejo de los medicamentos puede aumentar con la edad. Por lo tanto, es imperioso mejorar el uso que las personas mayores hacen de los medicamentos, además de aplicar prácticas apropiadas de prescripción (recuadro 4.8).

Los países pueden considerar medidas en varios frentes. Por ejemplo, puede ser necesario establecer pautas para una prescripción apropiada y también puede resultar beneficioso establecer programas que garanticen el acceso gratuito de las personas mayores a los medicamentos esenciales. Brasil, por ejemplo, mejoró el acceso a los medicamentos mediante el suministro gratuito de cinco medicamentos esenciales a los adultos mayores que reciben tratamiento a través del sistema de salud pública; los medicamentos para las enfermedades crónicas se distribuyen de manera gratuita a las personas mayores a través de los servicios de salud pública y el programa nacional de salud familiar (*149*).

Probablemente sea necesario revisar las listas de medicamentos esenciales teniendo en cuenta la dinámica de salud de las personas mayores. Por ejemplo, los complementos alimenticios, las vitaminas y los micronutrientes no suelen incluirse en estas listas, pero su inclusión debe considerarse en virtud de sus efectos en el funcionamiento de las personas mayores. Otras enfermedades, como la demencia y la sarcopenia, aún no cuentan con una base empírica sólida para la gestión farmacológica, por lo que es necesario realizar más investigaciones antes

Recuadro 4.8. Australia: participación de los farmacéuticos en la asistencia integrada para resolver problemas relacionados con los medicamentos

En Australia, las personas mayores que tienen mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos cuentan con la ayuda de un servicio de revisión de los medicamentos que se encuentran en el hogar, que recurre a los farmacéuticos para prevenir, detectar y resolver problemas. El servicio consiste en los siguientes pasos:

1. Los médicos generales seleccionan a las personas mayores que están en riesgo según criterios estándar, por ejemplo, aquellas que toman cinco medicamentos o más o las que toman un medicamento con un margen de seguridad mínimo, que debe administrarse con mucho cuidado y control para evitar efectos adversos. Estas personas mayores son derivadas a la farmacia de su comunidad que prefieran.
2. Un farmacéutico se entrevista con la persona mayor, en general en su domicilio, para obtener un perfil integral de la medicación.
3. El farmacéutico prepara un informe por escrito con los resultados y las recomendaciones, y este se envía al médico general de la persona mayor.
4. El médico general y la persona mayor acuerdan un plan de gestión de medicamentos basado en el informe.

Este servicio constituye un componente clave de la Política Nacional de Medicamentos de Australia, que tiene por objeto garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos. Desde 2001, se han realizado más de 620.000 revisiones de medicamentos en todo el país. Los resultados de una evaluación revelan que las revisiones optimizan las recetas para las personas mayores y, de ese modo, evitan efectos adversos innecesarios (*148*).

de incluir medicamentos para el tratamiento de estas afecciones (*150*).

El acceso a las tecnologías sanitarias de apoyo constituye otro campo importante en el que pueden adoptarse medidas. Estas tecnologías pueden ayudar a las personas mayores a mantener sus facultades ante el deterioro de la capacidad. Además, pueden mejorar el bienestar y la calidad de vida, reducir las caídas y las hospitalizaciones, y aliviar las preocupaciones de las personas mayores y sus familiares (*151*). La integración de servicios y productos de tecnología sanitaria en las políticas nacionales de salud y envejecimiento ayudaría a garantizar la igualdad y a proporcionar los marcos normativos y reglamentarios necesarios para contribuir a aumentar el acceso a estas tecnologías. También es necesario considerar planes financieros para la adquisición de estas tecnologías.

Las soluciones a corto plazo no necesariamente deben centrarse en nuevas tecnologías, sino que pueden provenir de tecnologías ya existentes o de la convergencia entre ambas. Los estudios sobre dispositivos de apoyo usados por personas mayores indican que se trata de artículos básicos muy utilizados, como aparatos de audición y visión, aparatos básicos para la movilidad (como bastones y andadores), equipamiento para inodoros y almohadones u otros elementos para adaptar muebles o camas (*152*). La mayor disponibilidad y asequibilidad de estos equipos debe ser una prioridad.

Las futuras tecnologías deben tener en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores, además de apuntar a determinadas deficiencias físicas y enfermedades no transmisibles. Si bien estos dominios tradicionales de la tecnología sanitaria seguirán siendo importantes, es necesario ampliar el alcance de las tecnologías y los dispositivos. En una era en que la soledad y el aislamiento social tienen un efecto notable en la salud física y mental de los adultos mayores, las tecnologías sanitarias pueden desempeñar una función relevante reduciendo la distancia física y emocional entre los familiares, así como entre las personas mayores y sus cuidadores y otros miembros de la comunidad. Seguirá siendo importante apoyar la atención domiciliaria, un dominio de la tecnología sanitaria que va en ascenso. La tecnología "ponible" o

"vestible" creará oportunidades para monitorear el funcionamiento más estrictamente y diseñar una atención personalizada. Al mismo tiempo, es necesario ampliar el alcance de las tecnologías y los dispositivos para enfrentar problemas como el deterioro cognitivo y la fragilidad, dos esferas donde los recursos humanos son escasos y la capacitación es insuficiente. No obstante, las interfaces de computadora, la asistencia robótica y las redes sociales virtuales solo pueden complementar las necesidades humanas básicas de contacto físico, emocional y social.

Liderazgo y gobernanza: el *Envejecimiento Saludable* en el centro de las políticas y los planes

Las reformas de las políticas constituyen la base para elaborar y aplicar respuestas de servicios integrados de salud ante el envejecimiento de la población. Para que estas respuestas den resultado, son fundamentales los compromisos de los gobiernos, así como las políticas formales, las leyes, las reglamentaciones y el financiamiento que hagan posible cumplir esos compromisos.

Para que las personas mayores reciban una atención integrada y centrada en las personas, los planes y las políticas de salud deben considerar en primer lugar las necesidades de las poblaciones que están envejeciendo (recuadro 4.9). Con demasiada frecuencia, las personas mayores son excluidas de las políticas y los planes. Un primer paso sería revisarlos teniendo en cuenta esta realidad. En las revisiones, se pueden considerar temas importantes para las poblaciones que están en proceso de envejecimiento, como la coordinación de la atención, el apoyo al autocuidado, el envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido y otros resultados funcionales. Siempre que resulte pertinente, las políticas y los planes deben reflejar la integración en los distintos niveles de atención (por ejemplo, en la atención primaria de la salud y en los servicios hospitalarios) y también en los distintos sistemas de atención de la salud y cuidados a largo plazo. La creación de sistemas conjuntos de presupuesto, vigilancia y rendición de cuentas puede afianzar la integración.

Es necesario identificar y cambiar las políticas y los procedimientos discriminatorios por motivos de edad. Estos cambios pueden incluir, por ejemplo, la adaptación de los indicadores nacionales de salud para que incluyan mediciones de afecciones importantes para las personas mayores (como la demencia o las deficiencias sensoriales); la extensión de la recopilación de los datos de salud a todas las edades; el desglose de los datos por edad y sexo en grupos de 5 o 10 años en vez de incluir a las personas mayores en una categoría de "más de 70 años", y la obligatoriedad de que los medicamentos nuevos que salgan al mercado para determinadas enfermedades se evalúen en función de las enfermedades concomitantes comunes. Además, es necesario atender el problema de las inequidades en la asistencia sanitaria entre las personas mayores. Por lo general, las personas mayores pobres y marginadas están más expuestas a riesgos sanitarios y tienen más problemas de salud y más dificultades para acceder a los servicios. Un análisis de las diferencias entre el 20 % más rico y el 20 % más pobre de los hogares brinda información sobre el 40 % de la población. La capacidad y el funcionamiento, así como los factores de riesgo, las enfermedades y el acceso a los servicios, difieren en todo el espectro de la sociedad, desde los más ricos hasta los más pobres, y a menudo en virtud de otras características sociales.

Los sistemas de salud pueden contribuir a reducir las enormes y remediables diferencias en los países, aunque ello requiere un compromiso y un claro entendimiento de la situación (*153*). Los sistemas que logran resolver el problema de la inequidad por lo general comparten varias características. Aspiran a proporcionar una cobertura sanitaria universal y ofrecer beneficios especiales a los niños y las personas mayores, a los grupos sociales desfavorecidos y marginados, y a otras personas que habitualmente no reciben una cobertura adecuada. Utilizan una estrategia integral para entender los determinantes más

Recuadro 4.9. Integración del envejecimiento en la estrategia nacional de salud familiar de Brasil

En 2006, la política nacional de envejecimiento y salud de Brasil puso el foco en las necesidades relacionadas con el envejecimiento de la población, un tema que nunca se había tenido en cuenta en las estrategias de salud y las políticas del país. La nueva política ha facilitado el suministro de una mejor atención para las personas mayores al tomar el compromiso de Brasil con la cobertura sanitaria universal y su sólido programa nacional de salud familiar como los principales vehículos para lograr una mejora.

Un elemento clave del programa de salud familiar es la utilización de equipos multidisciplinarios integrados no solo por médicos y enfermeros, sino también por fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas y terapeutas ocupacionales, entre otros. Estos equipos trabajan juntos en un núcleo de apoyo a la familia y la salud que ofrece servicios sociales y sanitarios, divulgación comunitaria, identificación de casos y visitas a domicilio en un área geográfica definida.

Todos los profesionales de la salud han aprendido a evaluar el estado funcional de las personas mayores, incluida la fragilidad, y a realizar una evaluación psicosocial. Esta evaluación integral se ha convertido en una herramienta fundamental para integrar la atención que suministran distintos servicios y prestadores. La capacitación se ha complementado con la elaboración de nuevas pautas sobre la atención primaria integral de la salud de las personas mayores.

Las consideraciones sobre el envejecimiento se integraron en distintos procedimientos asistenciales y clínicos, y se introdujeron nuevas intervenciones especialmente dirigidas a las personas mayores. Algunas de estas intervenciones se ofrecen en las comunidades donde viven las personas mayores mediante grupos de autoayuda, clases para promover hábitos saludables y clases de ejercicio físico y baile. Uno de los puntos fuertes del programa ha sido el compromiso y la participación de las comunidades. Las personas mayores y los voluntarios, por ejemplo, son responsables de muchas de las iniciativas de asistencia social que ofrece el centro.

Fuente: Eduardo Augusto Duque Bezerra, Gerente de la Secretaría de Salud Pública de Pernambuco, Pernambuco, Brasil, comunicación personal, marzo de 2015.

amplios de la salud y comprender las vulnerabilidades y exposiciones diferenciales de individuos y grupos, e incorporan inquietudes respecto de la equidad sanitaria en los programas de salud pública (*154*). Se miden tanto las inequidades totales como los gradientes sociales y, a partir de esa información, es posible detectar y monitorear las inequidades sanitarias. Los sistemas que logran resolver el problema de la inequidad involucran a los grupos de personas y las organizaciones de la sociedad civil que defienden la participación de las personas mayores en la toma de decisiones, sobre todo a los que trabajan con grupos sociales desfavorecidos o marginados. Por último, poseen liderazgo, procesos y mecanismos que alientan la acción intersectorial para promover el *Envejecimiento Saludable*.

En algunos países, el tema del envejecimiento se incorporará a un plan y una política de salud general, mientras que en otros, se detallará en un documento independiente. Lo ideal sería que el *Envejecimiento Saludable* se incorpore al plan y a la política nacional de salud, con un plan complementario e integral sobre el envejecimiento y una política de salud que ofrezca más detalles (*24*).

Financiamiento de la salud: coordinación con los objetivos del *Envejecimiento Saludable*

Las políticas de financiamiento de la salud pueden apoyar los servicios dirigidos a poblaciones que están envejeciendo. Un punto de partida importante es garantizar la disponibilidad de buena información, lo que permitirá el seguimiento de los niveles generales de gastos y un análisis detallado de la forma en que se gasta el dinero y los productos o resultados que se obtienen. Como se ha remarcado en este informe, el gasto en la salud de las personas mayores es una

inversión en su capacidad para hacer las cosas que importan. Es imperioso encontrar la manera de medir el beneficio económico de esta acción.

Ante el envejecimiento de la población, las políticas de financiamiento de la salud deben estar coordinadas con los objetivos de cobertura universal de salud, lo que la OMS define como asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan —como prevención, promoción de la salud, y tratamiento y rehabilitación— sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos (*155*). La coordinación de las políticas de financiamiento de la salud con los objetivos de cobertura universal de salud, evitaría que las personas mayores tuvieran que privarse de buscar asistencia sanitaria esencial debido a los costos económicos o tuvieran que pasar penurias financieras, e incluso llegar al empobrecimiento, debido a sus necesidades de atención.

En términos prácticos, las políticas de financiamiento de la salud abarcan recaudar ingresos, reunir y asignar fondos, y determinar la forma en que se adquieren los servicios. En cuanto a la recaudación de ingresos, es fundamental que existan niveles adecuados de financiamiento público para limitar la dependencia de lo que los usuarios pagan por los servicios básicos y garantizar así la protección financiera. Los recursos mancomunados a través de distintos grupos de población aseguran la eficacia a la hora de compartir los riesgos y son especialmente importantes para las poblaciones que están envejeciendo.

El objetivo de adquirir una atención integrada y centrada en las personas dirigida a los adultos mayores es proporcionar servicios que sean asequibles y accesibles para todos. Las políticas de financiamiento de la salud deben garantizar que los incentivos sistémicos conduzcan a estos servicios integrales y no promuevan respuestas según las necesidades para cada tema por separado. Por ejemplo, los prestadores de salud deben tener un incentivo económico para realizar evaluaciones integrales, ofrecer intervenciones preventivas para retrasar o prevenir el deterioro de la capacidad, y apoyar los cuidados a largo plazo (incluida la rehabilitación y los cuidados paliativos y al final de la vida). La atención domiciliaria también debe incluirse en el paquete de servicios cubiertos.

No solo es necesario asegurar que los trabajadores de salud que asisten a poblaciones en proceso de envejecimiento reciban una remuneración adecuada, sino también garantizar la disponibilidad de incentivos adecuados, especialmente para quienes trabajan en ámbitos de atención primaria de la salud y atención comunitaria. Los incentivos económicos pueden respaldar las iniciativas dirigidas a alentar al personal de salud a desempeñar su tarea en esferas subatendidas y se usan cada vez más en el sector de la salud junto con arreglos salariales y de pago por el servicio.

Replanteo de la investigación médica

Gran parte de la investigación médica se centra en las enfermedades. En consecuencia, se hace difícil comprender mejor los cambios sutiles en la función intrínseca que ocurren tanto antes como después del inicio de las enfermedades y los factores que influyen en estos cambios.

Los cambios fundamentales en la capacidad y las funciones del organismo, y la presencia frecuente de enfermedades concomitantes, implican que las personas mayores tengan respuestas psicológicas que pueden ser muy distintas de las de otros grupos de edad. Sin embargo, los participantes de más edad o aquellos que tienen enfermedades concomitantes suelen ser excluidos de los ensayos clínicos, lo que implica que los resultados tal vez no sean directamente aplicables a las poblaciones mayores (*156*, *157*).

Es necesario revisar el diseño de los ensayos clínicos para determinar con más precisión la forma en que las personas mayores responden a diversos medicamentos y combinaciones de medicamentos (*158*). Específicamente, se deben realizar más investigaciones sobre la manera en que los medicamentos de receta habitual afectan a las personas con multimorbilidad, lo que supone apartarse de la idea, ampliamente extendida, de

que el tratamiento óptimo para una persona que tiene más de un problema de salud consiste en sumar distintas intervenciones (*158*). Además, es necesario considerar los resultados no solo en términos de marcadores de enfermedad, sino también en términos de capacidad intrínseca. Un mejor control posterior a la comercialización puede ayudar hasta que se desarrollen nuevos enfoques respecto de los ensayos clínicos que sean más adecuados para las personas mayores.

La investigación traslacional referida al envejecimiento y la longevidad deberá incluir más ciencias sociales si se desea producir intervenciones que detengan el ritmo de deterioro de la capacidad. Por ejemplo, entender el motivo por el cual algunas personas mayores no toman los medicamentos podría aumentar el cumplimiento del tratamiento y, por tanto, la eficacia de la medicación (*159*). Además, los mensajes y otras estrategias para fomentar conductas positivas relacionadas con la salud quizás deban ser distintos para los grupos de edad avanzada (*160*, *161*).

Por último, para que los sistemas de salud sean sostenibles, es importante garantizar que las estrategias adoptadas sean eficaces en función del costo. Sería inadecuado, no obstante, suponer que las conclusiones de los análisis de los grupos de personas más jóvenes en términos de costos y eficacia simplemente pueden extrapolarse a las personas mayores, que suelen presentar más riesgos y consecuencias adversas (*162*). Un resultado posible es que tanto los exámenes como el tratamiento sean más económicos en los adultos mayores.

No obstante, quizás el cambio más grande deba ocurrir en la actitud de los investigadores y de quienes conceden las subvenciones. Ellos no solo deberán centrarse más concretamente en las trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional como resultados, sino que también tendrán que superar las actitudes discriminatorias por motivos de edad y cambiar sus políticas y procedimientos para que en los diseños de las investigaciones se incluya más a las personas mayores. Esto requerirá una reasignación de presupuestos, que en las investigaciones relacionadas con el envejecimiento ya son relativamente bajos (*163*).

Conclusión

Para satisfacer las necesidades relacionadas con el envejecimiento de la población, es necesario cambiar radicalmente la forma en que están estructurados los sistemas de salud y en que se presta la asistencia de salud. En muchos lugares, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, el acceso y la asequibilidad son obstáculos clave para la asistencia. En estos contextos es preciso desarrollar nuevos servicios y estrategias.

A nivel mundial, los servicios en general no se ajustan a las necesidades de salud de las personas mayores. Será necesario rediseñarlos para proporcionar la atención integral y coordinada que ha demostrado ser más adecuada y efectiva. Como punto de partida, se deberá colocar a las personas mayores en el centro de la atención de la salud. Esto requerirá centrarse en sus necesidades y preferencias únicas, e incluirlas como participantes activos en la planificación de la atención y en el manejo de su estado de salud.

También es necesario realizar cambios en los sistemas. Los distintos grupos de especialidades y niveles de los sistemas de salud deben integrarse mejor. Es preciso establecer una coordinación mucho más eficaz con los sistemas de cuidados a largo plazo, y posiblemente también una integración formal. Asimismo, es preciso integrar a los planes de salud de las personas mayores la gestión de casos, el apoyo al autocuidado y el apoyo al envejecimiento en el lugar.

Estos cambios parecen ser asequibles y sostenibles. Aunque habitualmente se cree que el envejecimiento de la población trae consigo un aumento incontrolable de la demanda de servicios, los datos disponibles indican que este fenómeno incidirá mucho menos en el aumento de los costos de la asistencia de salud que otros factores, como las nuevas tecnologías y los cambios

en la práctica clínica. De hecho, se ha demostrado que los enfoques integrados y centrados en las personas que se han descrito en este capítulo no solo generan mejores resultados para las personas mayores, sino que además no son más caros que los servicios tradicionales.

Si bien la transformación de los sistemas de salud requiere actuar en varios frentes, hay tres esferas de acción que son fundamentales y prioritarias:

- cambiar el enfoque clínico de la enfermedad a la capacidad intrínseca;
- reconstruir los sistemas de salud para proporcionar a las personas mayores una atención más integrada y centrada en las personas;
- transformar al personal de salud para que esté en mejores condiciones de prestar la atención que estos nuevos servicios requieren.

En el capítulo 7 se detallan las medidas clave relacionadas con cada una de estas esferas de acción.

Referencias bibliográficas

1. WHO World Health Survey: 2002–2004. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/survey/en/, accessed 23 June 2015).
2. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (http://zedbooks.co.uk/node/21198, accessed 9 June 2015).
3. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
4. He W, Muenchrath MN, Kowal P. Shades of gray: a cross-country study of health and well-being of the older populations in SAGE countries, 2007–2010. Washington (DC): United States Government Printing Office; 2012 (http://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf, accessed 9 June 2015).
5. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Serv Res. 2015;15(1):23. doi: http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2 PMID: 25609174
6. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Aff (Millwood). 2014 Dec;33(12):2247–55. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947 PMID: 25410260
7. Alecxih L, Shen S, Chan I, Taylor D, Drabek J. Individuals living in the community with chronic conditions and functional limitations: a closer look. Washington (DC): Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, United States Department of Health and Human Services; 2010 (http://www.aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2010/closerlook.pdf, accessed 9 June 2015).
8. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. Soc Sci Med. 2015 Feb;126:154–63. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028 PMID: 25562311
9. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. Am J Public Health. 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788 PMID: 15451751
10. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian SV. Health care and equity in India. Lancet. 2011 Feb 5;377(9764):505–15. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6 PMID: 21227492
11. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/sage/en/, accessed 23 June 2015).
12. Dey S, Nambiar D, Lakshmi JK, Sheikh K, Srinath Reddy K.Health of the elderly in India: challenges of access and affordability. In: Smith JP, Majmundar M, editors. Aging in Asia: findings from new and emerging data initiatives. Washington (DC): National Academies Press; 2012 (http://www.nap.edu/catalog/13361/aging-in-asia-findings-from-new-and-emerging-data-initiatives, accessed 9 June 2015).
13. Albanese E, Liu Z, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Equity in the delivery of community healthcare to older people: findings from 10/66 Dementia Research Group cross-sectional surveys in Latin America, China, India and Nigeria. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):153. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-153 PMID: 21711546
14. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923–58. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5 PMID: 21112623
15. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Econ Policy Law. 2010 Jan;5(Pt. 1):71–90. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120 PMID: 19732475
16. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):93. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93 PMID: 21549010
17. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x PMID: 19245421
18. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. BMJ. 2005 Mar 19;330(7492):637–9. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7492.637 PMID: 15774994
19. Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans; Board on Health Care Services; Institute of Medicine of the National Academies Press. Retooling for an aging America: building the health care workforce. Washington (DC): National Academies Press; 2008 (http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12089, accessed 9 June 2015).
20. Mateos-Nozal J, Beard JR. Global approaches to geriatrics in medical education. Eur Geriatr Med. 2011;2(2):87–92. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2011.01.001

21. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. Global survey on geriatrics in the medical curriculum. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf, accessed 9 June 2015).
22. Stall N. Time to end ageism in medical education. CMAJ. 2012 Apr 3;184(6):728. doi: http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.112179 PMID: 22410378
23. Center for Health Workforce Studies. The Impact of the aging population on the health workforce in the United States. Rensselaer (NY): University at Albany, School of Public Health; 2006 (http://www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_full.pdf, accessed 9 June 2015).
24. Araujo de Carvalho I, Byles J, Aquah C, Amofah G, Biritwum R, Panisset U, et al. Informing evidence-based policies for ageing and health in Ghana. Bull World Health Organ. 2015 Jan 1;93(1):47–51. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136242 PMID: 25558107
25. National ageing policy: ageing with security and dignity. Accra: Government of Ghana; 2010 (http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/blogs/blog.article.php?blog=3442&ID=1000008901, accessed 23 June 2015). doi: http://dx.doi.org/10.1038/511405a PMID: 25056047
26. Boult C, Counsell SR, Leipzig RM, Berenson RA. The urgency of preparing primary care physicians to care for older people with chronic illnesses. Health Aff (Millwood). 2010 May;29(5):811–8. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0095 PMID: 20439866
27. Adelman RD, Capello CF, LoFaso V, Greene MG, Konopasek L, Marzuk PM. Introduction to the older patient: a "first exposure" to geriatrics for medical students. J Am Geriatr Soc. 2007 Sep;55(9):1445–50. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01301.x PMID: 17767689
28. Band-Winterstein T. Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. J Appl Gerontol. 2013 PMID: 24652870
29. Reese PP, Caplan AL, Bloom RD, Abt PL, Karlawish JH. How should we use age to ration health care? Lessons from the case of kidney transplantation. J Am Geriatr Soc. 2010 Oct;58(10):1980–6. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03031.x PMID: 20831719
30. Galea S, Vlahov D, Tracy M, Hoover DR, Resnick H, Kilpatrick D. Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: evidence from a general population survey after September 11, 2001. Ann Epidemiol. 2004 Sep;14(8):520–31. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.01.006 PMID: 15350950
31. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
32. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 9 June 2015).
33. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. Poverty Public Policy. 2015;7(1):3–21. doi: http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89
34. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. Soc Sci Med. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020 PMID: 25238558
35. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005 (Working Paper 11833; http://www.nber.org/papers/w11833.pdf, accessed 9 June 2015).
36. Wong A, van Baal PH, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. Health Econ. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597 PMID: 20232289
37. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. Health Serv Res. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113 PMID: 12546289
38. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. Med J Aust. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
39. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life–the Dutch experience. Soc Sci Med. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018 PMID: 16781037
40. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. Health Serv Res. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113 PMID: 12546289

41. Marik PE. The cost of inappropriate care at the end of life: implications for an aging population. Am J Hosp Palliat Care. 2014;pii:1049909114537399. http://ajh.sagepub.com/content/early/2014/06/05/1049909114537399.abstract?rss=1 PMID: 24907121
42. Spijker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? BMJ. 2013;347 Nov 12:f6598. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6598 PMID: 24222481
43. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population aging? Copenhagen: World Health Organization; 2009. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf, accessed 9 June 2015).
44. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. N Engl J Med. 2003 Sep 11;349(11):1048–55. doi: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa020614 PMID: 12968089
45. Gandjour A. Health care expenditures from living longer–how much do they matter. Int J Health Plann Manage. 2014 Jan;29(1):43–51. doi: http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2164 PMID: 23418021
46. Wouterse B, Huisman M, Meijboom BR, Deeg DJ, Polder JJ. Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model. J Health Econ. 2013 Mar;32(2):423–39. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.11.005 PMID: 23353134
47. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. Health Econ. 2006 Sep;15(9):947–63. doi: http://dx.doi.org/10.1002/hec.1165 PMID: 16958079
48. Esterman AJ, Ben-Tovim DI. The Australian coordinated care trials: success or failure? The second round of trials may provide more answers. Med J Aust. 2002 Nov 4;177(9):469–70. PMID: 12405885
49. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: The King's Fund; 2014 (http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf, accessed 9 June 2015).
50. Hébert R, Raîche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M; PRISMA Group. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2010 Jan;65B(1):107–18. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp027 PMID: 19414866
51. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 9 June 2015).
52. Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Gambassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63(3):308–13.
53. Conroy SP, Stevens T, Parker SG, Gladman JR. A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. Age Ageing. 2011;40(4):436–43.
54. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2011 Oct 27;343:d6553. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6553 PMID: 22034146
55. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatr Soc. 1991 Sep;39(9 Pt. 2):8S–16S; discussion 17S–18S. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x PMID: 1832179
56. Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. Arch Intern Med. 2012 Aug 13;172(15):1162–8. doi: http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.2555 PMID: 22801930
57. Managing older people with type 2 diabetes: global guideline. Brussels: International Diabetes Federation; 2013 (http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2014/02/IDF-Guideline-for-Older-People.pdf, accessed 9 June 2015).
58. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. Cochrane Database Syst. Rev. 2009;(4):CD000028.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=19821263&dopt=Abstract PMID: 19821263
59. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013 Apr 4;368(14):1279–90. doi: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303 PMID: 23432189
60. Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. Medical challenges of improving the quality of a longer life. JAMA. 2008 Feb 13;299(6):688–90. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688 PMID: 18270358

61. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ. 2000 Aug 5;321(7257):323–9. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323 PMID: 10926586
62. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
63. Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, et al. Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the Caerphilly cohort study. PLOS ONE. 2013;8(12):e81877. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0081877 PMID: 24349147
64. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. Biogerontology. 2010 Oct;11(5):547–63. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2 PMID: 20559726
65. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2013 Jun;27(6):483–93. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384 PMID: 23258932
66. Dorner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay "buddies": study protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2013;13(1):1232. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232 PMID: 24369785
67. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf?ua=1, accessed 9 June 2015).
68. Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. Lancet. 2005 Nov 5;366(9497):1667–71. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67342-4 PMID: 16271649
69. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. Int J Epidemiol. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215 PMID: 24505082
70. Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
71. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/DCO/WHD/2013.2; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
72. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf, accessed 9 June 2015).
73. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8(1):278. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278 PMID: 19115992
74. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. Clin Rehabil. 2011 Nov;25(11):963–74. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0269215511410728 PMID: 21849375
75. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013 Mar 2;381(9868):752–62. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9 PMID: 23395245
76. Murtagh EM, Murphy MH, Boone-Heinonen J. Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention. Curr Opin Cardiol. 2010 Sep;25(5):490–6. doi: http://dx.doi.org/10.1097/HCO.0b013e32833ce972 PMID: 20625280
77. Edwards MH, Dennison EM, Aihie Sayer A, Fielding R, Cooper C. Osteoporosis and sarcopenia in older age. Bone. 2015 Apr 14; doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2015.04.016 PMID: 25886902
78. Giangregorio LM, Papaioannou A, MacIntyre NJ, Ashe MC, Heinonen A, Shipp K, et al. Too fit to fracture: outcomes of a Delphi consensus process on physical activity and exercise recommendations for adults with osteoporosis with or without vertebral fractures. Osteoporos Int. 2014;25(3):821–35. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00198-013-2523-2 PMID: 25510579
79. Levine ME, Suarez JA, Brandhorst S, Balasubramanian P, Cheng CW, Madia F, et al. Low protein intake is associated with a major reduction in IGF-1, cancer, and overall mortality in the 65 and younger but not older population. Cell Metab. 2014 Mar 4;19(3):407–17. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2014.02.006 PMID: 24606898
80. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2008 Mar 1;371(9614):725–35. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6 PMID: 18313501
81. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14):1068–74. doi: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa020423 PMID: 12362007

82. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc. 2004 Apr;52(4):625–34. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52174.x PMID: 15066083
83. Pel-Littel RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Frailty: defining and measuring of a concept. J Nutr Health Aging. 2009 Apr;13(4):390–4. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12603-009-0051-8 PMID: 19300888
84. Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Tijhuis MA, Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. Qual Life Res. 2004 Apr;13(3):667–77. doi: http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000021313.51397.33 PMID: 15130029
85. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al.; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009 Jul;41(7):1510–30. doi: http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c PMID: 19516148
86. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7(1):38. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38 PMID: 20459782
87. Wolfson L, Judge J, Whipple R, King M. Strength is a major factor in balance, gait, and the occurrence of falls. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1995 Nov;50(Spec. No.):64–7. PMID: 7493221
88. Gomes GA, Cintra FA, Batista FS, Neri AL, Guariento ME, Sousa ML, et al. Elderly outpatient profile and predictors of falls. Sao Paulo Med J. 2013;131(1):13–8. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802013000100003 PMID: 23538590
89. Landi F, Liperoti R, Russo A, Giovannini S, Tosato M, Capoluongo E, et al. Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: results from the ilSIRENTE study. Clin Nutr. 2012 Oct;31(5):652–8. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.02.007 PMID: 22414775
90. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ. 2009 Jan 22;338:b50. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b50 PMID: 19164393
91. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. [The acute orthogeriatric unit. Assessment of its effect on the clinical course of patients with hip fractures and an estimate of its financial impact]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011 Jul-Aug;46(4):193–9. (in Spanish). PMID: 21507529
92. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. Age Ageing. 2014 Sep;43(5):731. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105 PMID: 25074536
93. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. Cochrane Database Syst. Rev. 2011;(7):CD009231. PMID: 21735440
94. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". Med J Aust. 2012 Nov 5;197(9):512–9. doi: http://dx.doi.org/10.5694/mja12.10480 PMID: 23121588
95. McDonald KM, Schultz EM, Chang C. Evaluating the state of quality-improvement science through evidence synthesis: insights from the closing the quality gap series. Perm J. 2013 Fall;17(4):52–61. doi: http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-010 PMID: 24079357
96. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int J Qual Health Care. 2005 Apr;17(2):141–6. doi: http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi016 PMID: 15665066
97. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: World Health Organization; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf, accessed 9 June 2015).
98. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. Int J Geriatr Psychiatry. 2003 Mar;18(3):222–35. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.819 PMID: 12642892
99. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/, accessed 9 June 2015).
100. Chernichovsky D, Leibowitz AA. Integrating public health and personal care in a reformed US health care system. Am J Public Health. 2010 Feb;100(2):205–11. doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.156588 PMID: 20019310
101. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. 2013 Jan-Mar;13:e010. PMID: 23687482
102. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/whr/2008/en/, accessed 9 June 2015).

103. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 9 June 2015).
104. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L Jr, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. Am J Prev Med. 2002 May;22(4) (Suppl.):15–38. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00423-3 PMID: 11985933
105. Conroy S, Dowsing T. What should we do about hospital readmissions? Age Ageing. 2012 Nov;41(6):702–4. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs154 PMID: 23045361
106. Nuñez DE, Keller C, Ananian CD. A review of the efficacy of the self-management model on health outcomes in community-residing older adults with arthritis. Worldviews Evid Based Nurs. 2009;6(3):130–48. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00157.x PMID: 19656354
107. Sherifali D, Bai JW, Kenny M, Warren R, Ali MU. Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med. 2015 Apr 10. doi: http://dx.doi.org/10.1111/dme.12780 PMID: 25865179
108. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, William Brown B, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001 Nov;39(11):1217–23. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200111000-00008 PMID: 11606875
109. Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DJ. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Eur J Ageing. 2009 Dec;6(4):303–14. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10433-009-0131-y PMID: 19920862
110. Kim SH, Youn CH. Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2015 Mar;9(1):42–6. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.008 PMID: 25829209
111. Melchior MA, Seff LR, Bastida E, Albatineh AN, Page TF, Palmer RC. Intermediate outcomes of a chronic disease self-management program for Spanish-speaking older adults in South Florida, 2008–2010. Prev Chronic Dis. 2013;10:E146. doi: http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130016 PMID: 23987252
112. Reid MC, Papaleontiou M, Ong A, Breckman R, Wethington E, Pillemer K. Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. Pain Med. 2008 May-Jun;9(4):409–24. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00428.x PMID: 18346056
113. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13(9):1–60. PMID: 24194800
114. Dattalo M, Giovannetti ER, Scharfstein D, Boult C, Wegener S, Wolff JL, et al. Who participates in chronic disease self-management (CDSM) programs? Differences between participants and nonparticipants in a population of multimorbid older adults. Med Care. 2012 Dec;50(12):1071–5. doi: http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318268abe7 PMID: 22892650
115. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Apr;55(513):305–12. PMID: 15826439
116. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. Am J Prev Med. 2001 Jan;20(1):68–74. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00254-3 PMID: 11137778
117. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prev Med. 2002 May;22(4):267–84. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00415-4 PMID: 11988383
118. Public housing in Singapore: residents' profile, housing satisfaction and preferences. HDB Sample Household Survey 2013. Singapore: Housing and Development Board, Singapore Government; 2014.
119. Keenan TA. Home and community preferences of the 45+ Population. Washington (DC): AARP; 2010 (http://assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf, accessed 9 June 2015).
120. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. `Ageing in Place'? Exploring Elderly people's housing preferences in Spain. Urban Stud. 2009;46(2):295–316. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0042098008099356
121. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008 Mar;63(3):298–307. doi: http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.3.298 PMID: 18375879
122. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2014;9(3):e89257. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089257 PMID: 24622676

123. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2002 Feb 27;287(8):1022–8. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.8.1022 PMID: 11866651
124. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2005;(1):CD004017. PMID: 15674925
125. Geraedts H, Zijlstra A, Bulstra SK, Stevens M, Zijlstra W. Effects of remote feedback in home-based physical activity interventions for older adults: a systematic review. Patient Educ Couns. 2013 Apr;91(1):14–24. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.018 PMID: 23194823
126. Opdenacker J, Delecluse C, Boen F. A 2-year follow-up of a lifestyle physical activity versus a structured exercise intervention in older adults. J Am Geriatr Soc. 2011 Sep;59(9):1602–11. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03551.x PMID: 21883103
127. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair R, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2001;323(7315):719–25.
128. van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ. 2000;320(7237):754–8.
129. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8:74.
130. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 9 June 2015).
131. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. J Integr Care. 2011;19(5):5–16. doi: http://dx.doi.org/10.1108/14769011111176707
132. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 9 June 2015).
133. The world health report 2006: working for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/whr/2006/en/, accessed 9 June 2015).
134. Global consensus for social accountability of medical schools. In: Global consensus for social accountability [website]. Global consensus for social accountability; 2010 (http://healthsocialaccountability.org/, accessed 9 June 2015).
135. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
136. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ. 2000 Feb 26;320(7234):569–72. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7234.569 PMID: 10688568
137. Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S, et al. Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? Bull World Health Organ. 2007 Jun;85(6):432–40. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.06.032177 PMID: 17639240
138. Wilson IB, Landon BE, Hirschhorn LR, McInnes K, Ding L, Marsden PV, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. Ann Intern Med. 2005 Nov 15;143(10):729–36. doi: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00010 PMID: 16287794
139. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 1998 Oct 15;129(8):605–12. doi: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-129-8-199810150-00004 PMID: 9786807
140. Epping-Jordan JE, van Ommeren M, Ashour HN, Maramis A, Marini A, Mohanraj A, et al. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. Int J Ment Health Syst. 2015;9(1):15. doi: http://dx.doi.org/10.1186/s13033-015-0007-9 PMID: 25904981
141. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock KM, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. N Engl J Med. 2007 Dec 13;357(24):2510–14. doi: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsb071889 PMID: 18077816
142. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bull World Health Organ. 2002;80(7):575–80. PMID: 12163922
143. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. Lancet. 2015 Feb 14;385(9968):658–61. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6 PMID: 25468151
144. eHealth and ageing. In: Digital Agenda for Europe: a Europe 2020 initiative [website]. Brussels: European Commission; 2015 (http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ehealth-and-ageing, accessed 9 June 2015).

145. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al.; WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010 Nov 1;88(11):815–23. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.067231 PMID: 21076562
146. The International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
147. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care. 1993 Mar;31(3):247–63. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006 PMID: 8450681
148. Castelino RL, Bajorek BV, Chen TF. Retrospective evaluation of home medicines review by pharmacists in older Australian patients using the medication appropriateness index. Ann Pharmacother. 2010;44(12):1922–9.
149. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. Cad Saude Publica. 2010 Jun;26(6):1163–74. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010 PMID: 20657981
150. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, et al; American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med. 2008 Mar 4;148(5):370–8. doi: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00008 PMID: 18316755
151. Assistive devices background paper: prepared for the World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
152. Spillman BC. Assistive device use among the elderly: trends, characteristics of users, and implications for modeling. Washington (DC): Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of Health and Human Services; 2005 (http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/astdev.htm, accessed 9 June 2015).
153. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems: final report of the Knowledge Network on Health Systems. Geneva: WHO Commission on the Social Determinants of Health; 2007. (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 9 June 2015).
154. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? Public Health Rep. 2013 Nov;128(Suppl. 3):12–20. PMID: 24179274
155. World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/whr/2010/en/, accessed 29 June 2015).
156. Gurwitz JH, Goldberg RJ. Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us). Comment on "the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure". Arch Intern Med. 2011 Mar 28;171(6):557–8. doi: http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.33 PMID: 21444845
157. Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. PLOS ONE. 2012;7(8):e41601. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601 PMID: 22870234
158. Banerjee S. Multimorbidity–older adults need health care that can count past one. Lancet. 2015 Feb 14;385(9968):587-9. PMID: 25468155
159. de Souto Barreto P. Ageing: research needs social science. Nature. 2014 Aug 21;512(7514):253. doi: http://dx.doi.org/10.1038/512253e PMID: 25143106
160. Carstensen L, Hartel C. Motivation and behavioral change. In: When I'm 64.. Washington (DC): National Academies Press; 2006: 34–54 (http://www.nap.edu/catalog/11474/when-im-64, accessed 9 June 2015).
161. Notthoff N, Carstensen LL. Positive messaging promotes walking in older adults. Psychol Aging. 2014 Jun;29(2):329–41. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0036748 PMID: 24956001
162. Aedoand C, Walker D. Methodological issues in assessing the cost-effectiveness of interventions to improve the health of older people. In: Dangour AD, Grundy EMD, Fletcher AE, editors. Ageing well: nutrition, health, and social interventions. Boca Raton (FL): CRC Press; 2007:127–37. doi: http://dx.doi.org/10.1201/9781420007565.ch11
163. Fontana L, Kennedy BK, Longo VD, Seals D, Melov S. Medical research: treat ageing. Nature. 2014 Jul 24;511(7510):405–7. doi: http://dx.doi.org/10.1038/511405a PMID: 25056047

Capítulo 5
Sistemas de cuidados a largo plazo

Joaquín, 80 años, Colombia

Hace trece años, a Joaquín le diagnosticaron Enfermedad de Alzheimer.

Su esposa Mara Leonor, de 70 años, lo cuida. Están casados hace más de 50 años y tienen seis hijos y siete nietos.

Mara Leonor dice:

"Lo más difícil ha sido entender la enfermedad. Una vez que la entendimos, todo fue más fácil. No podemos luchar contra la enfermedad y mucho menos contra Joaquín; él no tiene la culpa y es la familia la que debe entender y recibir capacitación para vivir con esta nueva situación. Uno de los médicos que atiende a Joaquín nos recomendó ir a la Fundación Acción Familiar Alzheimer, y allí empecé a tomar cursos para cuidadores y a aprender con otros".

"Dos veces por semana, Joaquín va a un centro de atención diurna. Para mí es un alivio contar con ese apoyo, porque tengo cosas que hacer, como pagar cuentas, pedir citas, etc. También me da tiempo para visitar familias que conocí en la Fundación. Gracias a todo lo que aprendí, puedo ayudar a otras familias a que aprendan a vivir con esta enfermedad. Muchas personas me llaman para que organice algunos talleres. Todos los días me capacito, porque se ha transformado en un desafío personal para mí. He aprendido sobre una enfermedad que antes desconocía totalmente y ahora siento que los roles están invertidos: Joaquín cuidó de mí toda su vida, y ahora es mi turno de cuidar de él".

© Jonas Wresch / HelpAge International 2015

5

Sistemas de cuidados a largo plazo

Introducción

Cualquiera sea su edad o nivel de capacidad intrínseca, las personas mayores tienen derecho a una vida digna y plena. Para quienes sufren una pérdida importante de la capacidad intrínseca, esto solo suele ser posible gracias al cuidado, el apoyo y la asistencia de otros.

La forma que adoptan estos cuidados a largo plazo varía notoriamente de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. La responsabilidad suele recaer en los familiares, para quienes puede representar importantes costos psicológicos, económicos y sociales. No obstante, los gobiernos, sobre todo en los países de ingresos altos, desempeñan una función cada vez más importante. Por este motivo se han generado acalorados debates en muchos países sobre cómo ofrecer atención de manera sostenible y cuál es el equilibrio adecuado entre las familias y el gobierno a la hora de prestar atención y apoyo. Sin embargo, se discute menos sobre la naturaleza y la calidad de la atención y el apoyo ofrecidos, y se presta poca atención a cuantificar los beneficios que podrían derivarse de estas inversiones. Además, las personas mayores que reciben atención con frecuencia son estereotipadas, marginadas y consideradas una carga.

En este capítulo se presenta una manera alternativa para enfrentar el desafío crucial del *Envejecimiento Saludable*. Si bien existen varias definiciones de *cuidados a largo plazo*, en este capítulo, el término se utiliza para referirse a:

> las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

En otras palabras, el cuidado a largo plazo es simplemente un medio para que las personas que padecen una pérdida importante de la capacidad puedan disfrutar de un *Envejecimiento Saludable* de todas formas. Como en todas las

etapas del curso de la vida, esto puede lograrse mediante dos mecanismos:

- optimizar la trayectoria de la capacidad intrínseca de la persona;
- compensar la pérdida de capacidad mediante el suministro de la atención y el apoyo del entorno necesarios para mantener la capacidad funcional en un nivel que garantice el bienestar.

La definición del cuidado a largo plazo se basa en dos principios clave. En primer lugar, incluso cuando presentan un importante deterioro del funcionamiento, las personas mayores todavía tienen un proyecto de vida. Tienen el derecho y merecen la libertad de hacer realidad sus aspiraciones continuas de bienestar, plenitud y respeto.

En segundo lugar, como ocurre con otras etapas de la vida, la capacidad intrínseca durante un período de pérdida importante no es estática. Por el contrario, el deterioro de la capacidad forma parte de un proceso continuo y en algunos casos puede ser evitable o reversible. Para satisfacer todas las necesidades de una persona en esta etapa de la vida, por lo tanto, es necesario adoptar medidas que optimicen esas trayectorias de capacidad, y reducir así los déficits que será necesario compensar por medio de otros mecanismos de atención.

Encuadrar de esta manera el propósito de los cuidados a largo plazo tiene varias implicaciones importantes. Por ejemplo, entre los posibles receptores del cuidado a largo plazo se incluye no solo a las personas que ya dependen de la atención de otros, sino también a las que presentan una pérdida importante de la capacidad y un alto riesgo de deterioro que puede llevarlas a esa dependencia. Mediante algunas intervenciones simples se puede evitar la necesidad de intervenciones más intensivas en el futuro.

Además, la dependencia del cuidado de otros no se considera un estado definitivo o inalterable. Por ejemplo, la rehabilitación, la buena alimentación y la actividad física podrían mejorar la capacidad de una persona mayor al punto de que la necesidad de recibir cuidados a largo plazo se reduzca o incluso desaparezca.

Finalmente, para que los cuidados a largo plazo tengan como objetivo último la capacidad funcional, en lugar de centrarse simplemente en cubrir las necesidades básicas de las personas mayores para la supervivencia, es necesario que los cuidadores se centren en otros aspectos, como la capacidad de la persona mayor para desplazarse, establecer y mantener relaciones, aprender, crecer, tomar decisiones y contribuir a su comunidad (capítulo 6). Para que las personas mayores que han sufrido una pérdida importante de la capacidad puedan hacer realidad estos objetivos, los cuidadores deberán contar con conocimientos, capacitación y apoyo adecuados.

Es probable que el logro de estos objetivos involucre a varios cuidadores que trabajan en una amplia variedad de ámbitos. En este informe se usa el término *sistema de cuidados a largo plazo* para hacer referencia a todos estos cuidadores y los ámbitos en que pueden trabajar, así como a los servicios de apoyo y gestión que pueden ayudarlos a cumplir sus funciones. El sistema de cuidados a largo plazo abarca entonces a los familiares, amigos y voluntarios que prestan asistencia y apoyo, los equipos de cuidadores remunerados y no remunerados, la coordinación de la atención, los servicios basados en la comunidad y la atención institucional, así como los servicios que sirven de apoyo a los cuidadores y garantizan la calidad de la atención que ofrecen (por ejemplo, los servicios de cuidados temporales y las iniciativas para proporcionar información, educación, acreditación, financiamiento y capacitación). Este sistema se superpone considerablemente con el sistema de salud y los prestadores de servicios de salud.

En este informe se deja claro que, en el siglo XXI, ningún país puede darse el lujo de no contar con un sistema coordinado de cuidados a largo plazo. No obstante, esto no implica que haya un único sistema que se ajuste a todos los ámbitos. Lo ideal es que cada país evalúe su

situación para identificar cuál es el mejor sistema para su contexto.

La creciente necesidad de cuidados a largo plazo

La mayoría de las estimaciones del número de personas mayores que necesitan cuidados a largo plazo no representan adecuadamente la realidad porque suponen que la necesidad solo surge cuando la pérdida de capacidad ha llegado a un punto en que la persona tiene dificultades para realizar las tareas básicas, como comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, o usar el baño (como se indica en el capítulo 3, en este informe se usa el término *dependiente de los cuidados de otros* para referirse a estos estados de funcionamiento muy limitados). Por lo tanto, estas estimaciones no incluyen a las personas mayores que tienen una pérdida menor, pero que también pueden necesitar cuidados y apoyo. También sirven para reforzar las perspectivas sobre el umbral del deterioro del funcionamiento, que pueden resultar útiles como mecanismos para determinar qué personas cumplen los requisitos para recibir los servicios, pero no reflejan el proceso continuo de las trayectorias de *Envejecimiento Saludable* ni las oportunidades de influir en ellas. No obstante, en general no se observa un cambio radical entre el momento en que una persona mayor pasa de no necesitar atención y apoyo a necesitarlos.

Algunas encuestas han revelado que una importante proporción de las personas mayores depende de los cuidados de otros, y la prevalencia aumenta con la edad (capítulo 3). Existe una marcada variación entre países, que va desde menos del 5 % de la población de entre 65 y 74 años que depende de los cuidados de otros en Suiza hasta alrededor del 50 % de las personas de la misma edad en muchos países de ingresos bajos y medianos (dependiendo de cómo se mida). La prevalencia es aún mayor entre las personas de más de 74 años.

Esta mayor prevalencia de la dependencia de cuidados en los países de ingresos bajos y medianos con respecto a los países de ingresos altos es importante porque en general estos son los ámbitos con menos infraestructura para satisfacer esta importante necesidad. También hay que destacar que la dependencia de los cuidados es más prevalente en las mujeres que en los hombres de la misma edad (*1*), probablemente por diferencias de género en determinadas afecciones de salud y relaciones sociales (capítulo 3) (*2*).

El envejecimiento de la población a nivel mundial aumentará considerablemente el número absoluto de personas mayores dependientes de cuidados.

En muchos países de ingresos bajos y medios se registrarán aumentos más importantes debido al ritmo más acelerado de envejecimiento de la población y, para 2050, en algunos se habrá duplicado el número absoluto de personas mayores dependientes de cuidados (*3*). De hecho, es posible que esta tendencia esté subestimada, dada la mayor prevalencia de pérdida importante de la capacidad en las personas mayores que viven en esos países (figura 3.17). África Subsahariana puede enfrentar aumentos particularmente notorios (*4*).

Enfoques actuales de cuidados a largo plazo

El cuidado a largo plazo se ofrece en ámbitos que abarcan desde el domicilio de la persona hasta centros comunitarios, centros de vida asistida, hogares de personas mayores, hospitales y otras instituciones de salud. El alcance y la intensidad de la atención y el apoyo suministrados pueden diferir en cualquiera de estos ámbitos.

En este informe, "cuidados en la comunidad" hace referencia a todas las formas de asistencia que no requieren que una persona mayor resida permanentemente en un centro de atención institucional. Este tipo de cuidados puede suministrarse en el domicilio de la persona mayor

o en centros comunitarios o diurnos. Además, puede facilitar el envejecimiento en el lugar y retrasar el ingreso a hogares de personas mayores, reducir el número de días de hospitalización y mejorar la calidad de vida (*5*, *6*).

El cuidado institucional se ofrece, entre otras instalaciones, en centros de vida asistida y en hogares de personas mayores. En la segunda mitad del siglo XX, el cuidado institucional habitualmente se basaba en un modelo médico de suministro de servicios, por lo que su apariencia y funcionamiento se asemejaban más a los de un hospital que a los de un hogar. En los últimos tiempos, se ha prestado más atención a otros conceptos alternativos de cuidado institucional . En países como Alemania, Estados Unidos, Japón, Países Bajos y Suecia, se están rediseñando algunos entornos de atención institucional similares a hospitales para convertirlos en instituciones más pequeñas, con una atmósfera más parecida a un hogar y con atención las 24 horas del día. El principal objetivo de estas iniciativas innovadoras es tratar a los residentes ante todo como personas, no como pacientes (*7*). En general, estos nuevos conceptos de atención ofrecen grandes posibilidades a las personas mayores, los familiares y los voluntarios que prestan asistencia y apoyo, así como a otros cuidadores profesionales, y en lo que respecta a la mejora de la calidad de la atención (*8*–*13*).

Además, muchos países de ingresos altos se encuentran en vías de cambiar el énfasis de los servicios de cuidados a largo plazo, de la atención institucional a la atención en la comunidad (*14*). En muchos países de la OCDE, entre la mitad y las tres cuartas partes de las personas mayores reciben cuidados a largo plazo en su domicilio (*15*).

El personal de cuidados a largo plazo: subestimado y carente de apoyo y capacitación

El personal a cargo de los cuidados a largo plazo abarca un amplio espectro de personas y habilidades. En un extremo del espectro se encuentran los cuidadores informales que no reciben remuneración ni apoyo externo y tampoco están capacitados; estos incluyen a familiares, amigos y vecinos. En el otro extremo se encuentran los profesionales sanitarios altamente capacitados. En medio de ambos, hay personas que cuentan con distintos niveles de capacitación, conocimientos técnicos, estatus y remuneración. Por ejemplo, existen grandes diferencias entre un cuidador que no cuenta con capacitación formal, pero recibe una remuneración de los familiares para que cuide a una persona mayor que depende de cuidados, y un cuidador que posee una capacitación completa, avanzada y acreditada, cuenta con habilitación del gobierno y participa con regularidad en actividades de educación permanente. Además, distinguir entre cuidadores profesionales remunerados y cuidadores familiares no siempre es fácil. En algunos casos, los cuidadores familiares están muy capacitados y tienen amplia experiencia, y en algunos países reciben prestaciones en efectivo del gobierno o de los planes de seguros (*14*).

Un elemento común en este amplio espectro es que la mayoría de los cuidadores son mujeres, ya sean familiares, vecinas o amigas que proporcionan atención y apoyo, o cuidadoras profesionales remuneradas (*16*). Como se observa en el cuadro 5.1, las hijas y las nueras prestan gran parte de los cuidados a los familiares, aunque los cónyuges, la mayoría de los cuales probablemente sean personas mayores, también prestan un importante nivel de apoyo. En algunos entornos, como en las zonas urbanas de China y Perú, una proporción considerable de los cuidados ofrecidos en el domicilio proviene de cuidadores remunerados, la mayoría de los cuales no cuenta

Cuadro 5.1. Características de los cuidadores y modalidades de cuidado (en porcentajes) de las personas mayores dependientes de cuidados en la comunidad, China, México, Nigeria y Perú, 2003-2008

Características	China		México		Nigeria[a] (*n* = 228)	Perú	
	Urbana (*n* = 183)	Rural (*n* = 54)	Urbana (*n* = 114)	Rural (*n* = 82)		Urbana (*n* = 135)	Rural (*n* = 26)
Cuidador							
Cónyuge	38,8	38,9	16,7	15,9	13,7	18,5	26,9
Hijo, hija, yerno o nuera	43,2	59,3	73,7	65,8	68,0	40,0	50,0
No familiar	16,4	1,9	3,6	0,0	1,4	25,2	3,8
Cuidadora mujer	67,2	50,0	83,3	81,7	63,2	85,9	88,5
Modalidad de cuidado							
El cuidador redujo sus horas de trabajo para prestar cuidados	3,8	48,1	25,4	36,6	39,2	16,3	23,1
Otro(s) cuidador(es) informal(es) presta(n) ayuda	7,1	22,2	55,3	58,5	66,5	45,9	57,7
Un cuidador profesional remunerado ayuda con los cuidados	45,4	1,9	3,5	1,2	2,1	33,3	7,7

[a] Los datos de Nigeria no están completos.

Fuente (*17*).

con capacitación. Esta dependencia de cuidadores remunerados en el domicilio es posible gracias a mujeres con escasa educación formal, que probablemente hayan migrado de zonas rurales a zonas urbanas y reciban una remuneración relativamente baja para prestar asistencia.

Debido a que las personas tienen menos hijos y viven más, a que los países se desarrollan económicamente y a que cada vez más mujeres tienen un empleo remunerado, es poco probable que la dependencia de cuidadores informales que no reciben una remuneración sea sostenible sin apoyo adicional. Esto es válido no solo para los países de ingresos altos (*14*), sino también para los países de ingresos bajos y medios, donde los cambios están ocurriendo incluso más rápido (*18*, *19*).

Debido al envejecimiento de la población y al descenso previsto del número disponible de cuidadores informales que no reciben remuneración, se estima que la demanda de cuidadores profesionales remunerados en la fuerza laboral, como mínimo, se habrá duplicado en 2050 (*15*). No obstante, muchos cuidadores profesionales remunerados no se encuentran preparados para las exigencias que deberán enfrentar y carecen de capacitación adecuada (*20*–*22*). Al igual que los profesores, los estudiantes de las disciplinas de salud y asistencia social suelen tener percepciones y creencias negativas respecto de las personas mayores, a lo que se suma la idea, persistente e incorrecta, de que atender a una persona mayor es tarea fácil (*23*). Además, las actitudes negativas respecto de los cuidados a largo plazo dificultan la contratación de cuidadores profesionales remunerados en muchos países. Esta situación puede deberse a la discriminación por motivos de edad en la cultura en general, la tendencia a equiparar los cuidados a largo plazo con condiciones de trabajo de baja calidad o el bajo prestigio asignado a la prestación de cuidados (*24*).

El financiamiento de los cuidados a largo plazo siempre tiene un costo

En muchos países, los debates sobre los cuidados a largo plazo se centran en la sostenibilidad de los mecanismos de financiamiento actuales ante el rápido crecimiento de la demanda. Estas inquietudes son justificadas: en los países miembros de la OCDE, el gasto público en cuidados a largo plazo aumentó en promedio un 4,8 % anual de 2005 a 2011 (*15*). Las proyecciones de la Unión Europea prevén al menos una duplicación de los niveles de gasto actuales para 2060 (*25*).

Pese a estas similitudes generales, el gasto público en los países de la OCDE es muy variable: en 2011, el gasto varió de más del 3,5 % del producto interno bruto (PIB) en los Países Bajos y Suecia a menos del 0,3 % en Estonia, Grecia, Hungría y Portugal (*15*). La principal causa de esta variabilidad es el grado de apoyo del gobierno a los cuidados a largo plazo, tanto en lo que respecta a la variedad de servicios incluidos como a la proporción del gasto total que las personas mayores deben pagar (*14*). Además, en ocasiones, el acceso a los servicios está determinado por las necesidades.

La asistencia informal casi nunca se incluye en las estimaciones de costos de los cuidados a largo plazo. Estos costos no públicos pueden ser importantes e incluir los costos de trabajo no remunerado y las oportunidades de educación y generación de ingresos a las que renuncian los cuidadores familiares, así como los pagos realizados por las personas mayores o sus familiares para recibir asistencia privada (*26*). Los familiares que asumen funciones de cuidado no remunerado muchas veces enfrentan grandes problemas para mantener un empleo u otras actividades generadoras de ingresos. La prestación de cuidados suele ser incompatible con un empleo de jornada completa y limitar el desarrollo profesional normal. Para las personas en edad de trabajar, los cuidados informales se asocian a un mayor riesgo de pobreza y pueden reducir o eliminar totalmente los derechos posteriores de jubilación (*27*).

Muchos países dependen de los pagos directos o por cuenta propia para financiar al menos una parte de los cuidados a largo plazo. Estos pagos por lo general tienen un importante efecto adverso en el ingreso disponible de la persona mayor y sus familiares. En muchos países de ingresos bajos, donde los gobiernos no financian cuidados a largo plazo, toda la carga económica recae directamente en la persona mayor o sus familiares. Incluso en Europa, los pagos directos de las personas mayores equivalen al 9,6 % del ingreso de sus hogares, en promedio, y pueden llegar a representar hasta el 25 % (*28*). Los más afectados por estos costos son los pobres, las mujeres y las personas muy mayores (*29*).

Por último, como se describe en el capítulo 4, en los países de ingresos altos, el uso de los servicios de salud tiende a bajar después de los 75 años de edad, aproximadamente, siempre que se cuente con cuidados a largo plazo como apoyo. Cuando no existen cuidados a largo plazo, es probable que surjan otros costos a causa del mal uso de los servicios de atención de cuadros agudos. Así, aunque los gastos públicos en cuidados a largo plazo puedan parecer bajos, es probable que se hayan transferido, al menos en parte, hacia el sector de la salud.

Todo cuidado a largo plazo —incluso el que suministran los familiares en forma gratuita— tiene un costo. Inevitablemente, alguien paga por esa atención de una forma u otra. Una cuestión de política central es cómo estos costos pueden compartirse de manera equitativa en las sociedades.

Cuando existe, el financiamiento público de los cuidado a largo plazo en general se obtiene de la tributación general, los planes de ahorro forzoso o una combinación de ambos. La mayoría de los planes y sistemas también incluyen copagos de fuentes públicas y privadas. Como ocurre con los planes de financiamiento de la salud, los cuidados a largo plazo que se financian mediante el prepago universal, la cobertura conjunta de riesgos y la adquisición estratégica permite distribuir la carga económica entre todos los participantes y ayuda a garantizar el acceso de las personas mayores más pobres (recuadro 5.1).

Recuadro 5.1. Financiamiento de los cuidados a largo plazo en Japón

Antes de los años 1990, la prestación estatal de cuidados a largo plazo en Japón era limitada y se financiaba principalmente a nivel de los gobiernos locales. El acceso por lo general estaba determinado por las necesidades, por lo que las personas mayores que no eran consideradas pobres debían pagar por el total de la atención que recibían (*30*). En 2000, el Gobierno de Japón reconoció que la demanda insatisfecha iba en aumento y, como respuesta, puso en marcha un sistema de seguro de cuidados a largo plazo con el objeto de reducir la carga de los cuidadores familiares e integrar los servicios de salud y seguridad social a un plan integral para las poblaciones aseguradas.

Desde 2000, los beneficios de las personas se determinan en virtud de una evaluación de necesidades. Quienes usan servicios de cuidados a largo plazo contribuyen un 10 % al costo de la atención (aunque hay un tope para las personas aseguradas de bajos ingresos) y el resto de los beneficios se financian por igual con las contribuciones del seguro y los ingresos fiscales. El sistema ofrece una amplia gama de servicios, incluido los cuidados institucionales y en la comunidad, así como la libre elección de servicios y prestadores (*31*).

Este nuevo plan de seguro generó un importante aumento en el acceso a la atención profesional a largo plazo, y la proporción de personas de 65 años o más que usan los servicios comunitarios se elevó del 39 % en 1999 al 61 % en 2001.

Debido a que la responsabilidad de gestión del sistema recae en los gobiernos locales, han surgido ciertas disparidades entre las distintas zonas del país. Esto ha desencadenado un debate sobre cómo promover la uniformidad en el acceso a los servicios en todo el país (*32*).

El aumento en el acceso a hogares de atención especializada ha sido más moderado porque el Gobierno controla la oferta y las personas mayores aún deben pagar una parte de los costos asociados. Se ha expresado cierta preocupación respecto de que estos pagos puedan representar un importante obstáculo para el acceso de las personas mayores provenientes de familias pobres.

Más allá de la fuente de financiamiento, en los entornos de ingresos más altos se han aplicado diversas estrategias para reducir las cargas y los costos para los cuidadores informales. En algunos países, los pagos se efectúan directamente a los cuidadores, tanto para respaldar sus tareas de cuidado como para compensarlos por la posible pérdida de ingresos. Por ejemplo, los países nórdicos de ingresos altos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) emplean a los cuidadores familiares a través de sus municipios (*14*), y en Canadá, los cuidadores pueden acceder a créditos fiscales (*14*). No obstante, estos planes siguen siendo limitados y los encargados de formular políticas han expresado inquietudes atendibles respecto de la enorme carga fiscal que supondría extender estos beneficios a todos los cuidadores informales. Varios países de ingresos medios están considerando planes similares, también sobre una base limitada. Chile, por ejemplo, ha aprobado pagos para cuidadores de personas mayores con alto grado de dependencia de cuidados, pero ha fijado un tope al número total de cuidadores remunerados.

Con el fin de ayudar a los cuidadores a mantener su puesto de trabajo, algunos gobiernos han aprobado leyes que exigen que los empleadores otorguen licencias a los empleados para cuidar a sus familiares mayores. Existen variaciones en las condiciones para acceder a esta licencia y en su duración, y respecto de si el pago de la licencia corresponde a la póliza de seguro del empleador o del empleado. En 2004, dos tercios de los miembros de la OCDE exigían que los empleadores ofrecieran licencia para la atención de un familiar, a menos que hubiera fuertes razones comerciales para rechazar las solicitudes. No obstante, algunas encuestas realizadas ese mismo año mostraban que solo el 37 % de los empleadores europeos ofrecían ese beneficio (*14*). En los países de ingresos bajos y medios, donde gran parte del trabajo remunerado se realiza en actividades informales a pequeña escala y donde la regla-

mentación estatal de los empleadores suele ser limitada, los desafíos de implementar la licencia paga para la atención de un familiar serán especialmente importantes y podrían motivar la discriminación en contra de las mujeres al momento de la contratación.

Además de la licencia laboral, en algunos países se han aprobado por ley otras opciones como el trabajo a tiempo parcial o la modalidad de trabajo flexible. En muchos de estos países, sin embargo, los empleadores pueden rechazar las solicitudes de trabajo flexible de los trabajadores por motivos operativos o comerciales (*14*).

En otros países, las personas mayores dependientes de cuidados reciben dinero en efectivo o vales que les permiten cubrir el costo de su cuidado a largo plazo. En España, por ejemplo, se otorga un subsidio directo a la persona que recibe la atención para ayudar a organizar los cuidados domiciliarios que prestan los familiares (*14*). Un rasgo positivo de esta iniciativa es que puede empoderar a la persona mayor y aumentar su autonomía. En la práctica, no obstante, esto puede resultar todo un desafío, en especial para las personas mayores con deterioro cognitivo o bajo nivel educativo. Como ocurre con los pagos a los cuidadores, los encargados de formular políticas se muestran cautelosos respecto de las implicaciones fiscales de otorgar estos beneficios a gran escala.

Una atención anticuada y fragmentada

La calidad de los cuidados a largo plazo siempre se puede mejorar, incluso en los países de ingresos altos (*33*, *34*). La calidad se deteriora por dos grandes factores: el tipo de atención que se suministra (que por lo general no concuerda con los grandes objetivos de los cuidados a largo plazo y en algunos casos puede llegar a ser abusiva) y la falta de integración con los servicios de salud. La falta de normas y reglamentaciones eficaces, y la baja prioridad que se asigna a los cuidados a largo plazo, debilitan aún más su calidad.

Salvo raras excepciones, la calidad de la atención se ve muy afectada por ideas y formas de trabajar que resultan anticuadas y que por lo general se centran en mantener a la persona con vida en vez de velar por que tenga una vida digna y mantener su capacidad intrínseca. En virtud de este paradigma, muchas veces las personas mayores son vistas como receptores pasivos de la atención, y los servicios se desarrollan en torno a las necesidades de los prestadores de servicios, no a las necesidades y preferencias de la persona mayor. La atención se centra a veces en satisfacer las necesidades básicas de las personas, como bañarse o vestirse, en detrimento de los objetivos más amplios de garantizar su bienestar, que su vida tenga un sentido y que se sientan respetadas (*34*). La fragmentación y la falta de flexibilidad en las responsabilidades de la atención en los entornos residenciales pueden exacerbar aún más estos problemas (*35–37*). Es posible, por ejemplo, que los cuidadores que son responsables de tareas concretas, como cocinar o dar medicamentos, no sean conscientes de las necesidades y los deseos de las personas mayores.

En ciertos casos, los cuidados a largo plazo son totalmente nocivos para la seguridad y la dignidad de la persona mayor. Por ejemplo, si bien la prevalencia del maltrato de las personas mayores se ha estimado en torno al 10 % en la comunidad general, se ha estimado que el maltrato físico de las personas mayores con demencia llega al 23 % (capítulo 3). Las violaciones a los derechos humanos pueden ocurrir tanto en entornos comunitarios como residenciales. Algunos ejemplos son la inmovilización para enfrentar conductas problemáticas o para evitar que las personas se caigan (*38–40*) y la receta inadecuada de medicamentos antipsicóticos para controlar el comportamiento (*41*). Es habitual que los familiares y los cuidadores profesionales remunerados desconozcan otras alternativas a estas medidas (*42*, *43*). De este modo, el maltrato de las personas mayores puede comprometer aún más la autonomía, la dignidad y la seguridad de los adultos mayores que ya son vulnerables. En ciertas circunstancias incluso

es probable que la persona mayor no sea la única víctima, ya que el maltrato puede ser consecuencia del desgaste de los propios cuidadores, que se sienten sobrecargados (*44*).

La falta de integración entre los cuidados a largo plazo y los servicios de salud convencional, tanto desde el punto de vista administrativo como en los lugares en que se prestan estos servicios, es otro factor que incide de forma negativa en la calidad de la atención. La estricta separación de los servicios sociales de los servicios de salud convencionales puede dar lugar a una cobertura fragmentada, a deficiencias en el suministro de cuidados a largo plazo y al uso inadecuado de los servicios de salud de agudos. Se requiere más y mejor coordinación a nivel de los sistemas.

Respuesta al desafío de los cuidados a largo plazo

A nivel mundial, los cuidados a largo plazo deberán evolucionar de modo radical si se desea satisfacer de manera sostenible las crecientes necesidades. Esta transformación requerirá una respuesta coordinada y multisectorial que involucra a gran variedad de interesados, tanto dentro como fuera de las estructuras gubernamentales. Es fundamental cambiar por completo el modo de pensar respecto de qué puede comprender los cuidados a largo plazo y es necesario desarrollar nuevas ideas sobre este tipo de cuidados y los sistemas para ofrecerlos.

Sin una reorientación importante de las políticas, muchos países quedarán sumamente rezagados, sin poder ofrecer lo que se necesita. La oferta de servicios formales de cuidados a largo plazo seguirá siendo escasa y, cuando estos servicios existan, es probable que perpetúen antiguos modelos de atención institucional. Las personas mayores dependientes de cuidados continuarán siendo vulnerables al maltrato, en tanto los cuidados a largo plazo y los servicios de salud convencional seguirán desconectados. Además, los cuidadores, que en su mayoría son mujeres, continuarán siendo explotados de manera inequitativa e injusta.

Avance hacia un sistema integrado: una agenda revolucionaria

Los cambios deben abarcar dos grandes aspectos. En primer lugar, es necesario reconocer los cuidados a largo plazo como un bien público, tanto desde el punto de vista social como político. También se deben reconocer los enormes costos sociales y económicos que supone no enfrentar este desafío.

En segundo lugar, es necesario redefinir los cuidados a largo plazo. Se debe adoptar una perspectiva más positiva y proactiva, y dejar de ver los cuidados a largo plazo como una red de seguridad mínima y básica que proporciona apoyo rudimentario a las personas mayores que ya no pueden valerse por sí mismas. En este nuevo marco, los cuidados a largo plazo deben orientarse a optimizar la capacidad intrínseca y compensar por la falta de capacidad de modo tal de mantener la capacidad funcional de la persona mayor y garantizarle la dignidad y el bienestar. En líneas más generales, los cuidados a largo plazo deben promover la cohesión social y la justicia de género, y garantizar un nivel aceptable de bienestar para todos los miembros de la sociedad, incluidas no solo las personas mayores dependientes, sino también las que las cuidan (recuadro 5.2). Además, al igual que la atención de salud, siempre que sea posible, los cuidados a largo plazo deben realizarse de forma de potenciar el papel de la persona mayor y permitir su autocuidado.

Es probable que para lograr estos objetivos de una manera equitativa, sostenible y socialmente justa se requieran cambios fundamentales en los modelos de desarrollo de los países. Estos modelos deben reflejar el papel esencial de los cuidados a largo plazo para mantener la cohesión social, las oportunidades y el crecimiento económico que pueden acompañar la reforma, y los derechos de las personas mayores vulnerables.

Recuadro 5.2. Intervenciones basadas en la comunidad para apoyar a los cuidadores de personas mayores con demencia en Goa (India)

En Goa, como en toda India, en general escasean los servicios formales de cuidados a largo plazo. Las instituciones de personas mayores no admiten a personas con demencia, y desde 2008 no existen instituciones especiales para pacientes con esta afección. La responsabilidad de las personas con demencia recae principalmente en los familiares, quienes sienten una gran carga y altos niveles de sufrimiento psicológico.

Como respuesta a esta situación, se creó una intervención comunitaria para proporcionar apoyo y educación a los familiares de personas con demencia aprovechando los recursos humanos y sanitarios disponibles a nivel local. Mediante esta iniciativa, se ofrece información básica sobre la demencia, las conductas problemáticas asociadas y cómo manejarlas, y los servicios públicos disponibles. También se proporciona información sobre cómo los cuidadores de más edad pueden ayudar con las actividades de la vida diaria (AVD) y cómo hacer para que se derive al paciente a médicos o psiquiatras ante síntomas graves, y sobre los grupos informales de apoyo. Esta intervención ha logrado mejorar la salud mental y reducir el estrés de los cuidadores. Además, algunos datos indican que puede haber mejorado el estado funcional de las personas con demencia y reducido las conductas problemáticas asociadas a la enfermedad (*45*).

El mismo modelo de intervención ha producido efectos similares en Perú y la Federación de Rusia (*46*, *47*), lo que indica que esta intervención relativamente simple y asequible podría implementarse en distintos países de ingresos bajos y medios que presentan limitaciones de recursos e infraestructura.

Principios generales de un sistema integrado de cuidados a largo plazo

Todos los países necesitan contar con un sistema totalmente integrado de cuidado a largo plazo, sin importar su nivel de desarrollo económico ni la proporción de personas mayores dependientes de cuidados en su población. Los gobiernos deben asumir toda la responsabilidad para garantizar que el sistema funcione, pero esto no significa que deban financiar ni prestar todos los servicios.

Los sistemas de cuidados a largo plazo necesariamente presentarán variaciones considerables de un país a otro en virtud de los recursos disponibles, la infraestructura existente (incluidos los servicios de salud) y las preferencias culturales. A la hora de desarrollar un sistema integral, los países deben tener en cuenta estas diferencias y considerar el número actual y futuro de personas mayores y sus necesidades de cuidados a largo plazo, los modelos de suministro de servicios existentes, y la disponibilidad y los conocimientos de los cuidadores informales y los cuidadores profesionales remunerados. Otros factores que tener en cuenta son: la presencia de sistemas de datos e información y su naturaleza, la infraestructura existente, la disponibilidad de tecnologías de apoyo, los recursos disponibles a nivel nacional y las políticas sobre los cuidados. Pese a la diversidad, se aplican algunos principios generales:

- El cuidado a largo plazo debe ser asequible y accesible. Se debe garantizar especialmente que las personas pobres y marginadas puedan acceder a los servicios.
- El cuidado a largo plazo debe defender los derechos humanos de las personas mayores dependientes de cuidados. La atención debe brindarse de manera que respete la dignidad de la persona mayor y posibilite su autoexpresión y, cuando sea posible, su capacidad de tomar decisiones.
- Siempre que sea posible, el cuidado a largo plazo debe mejorar la capacidad intrínseca de la persona mayor.
- El cuidado a largo plazo debe estar centrada en la persona. Debe orientarse en torno a las necesidades de la persona mayor, y no a la estructura del servicio.
- El personal que brinda cuidado a largo plazo, remunerado y no remunerado, debe

ser tratado con justicia y tener el prestigio social y el reconocimiento que merece.
- Los gobiernos nacionales deben asumir toda la responsabilidad por la administración de los sistemas de cuidados a largo plazo.

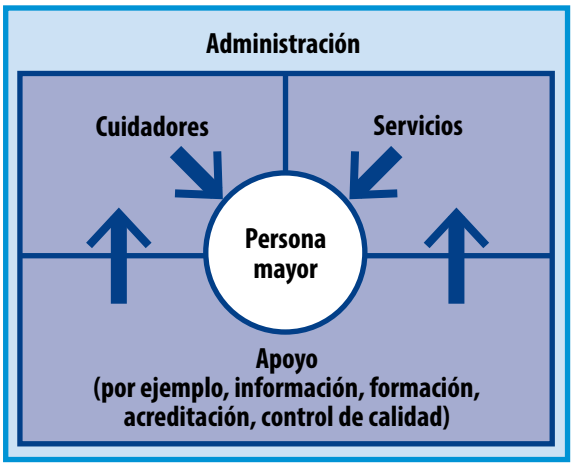
En la figura 5.1 se muestran los principales elementos de un sistema de cuidados a largo plazo centrado en la persona mayor. Estos elementos incluyen a los cuidadores y los entornos que permiten asistir a la persona mayor. Casi tan importantes como ellos son los servicios de apoyo que pueden proporcionarse para aliviar la carga del cuidado (por ejemplo, cuidados temporales) y para garantizar la adecuación y calidad del cuidado que se proporciona (por ejemplo, información, capacitación y acreditación a los cuidadores), y la administración que generará recursos para el sistema y le permitirá funcionar de manera coordinada y dirigida. Todos los países ya poseen al menos algunos de los elementos de este sistema, pero, en muchos casos, tales elementos han sido mal articulados, no se encuentran del todo integrados o no se ajustan a los principios rectores mencionados anteriormente.

Los países tienen libertad considerable para la diversidad, la innovación y la flexibilidad en cuanto a cómo aplicar esos elementos. En todos los casos, no obstante, son fundamentales las asociaciones efectivas e integradas entre los gobiernos, las familias, los voluntarios, las organizaciones no gubernamentales, los profesionales de la salud y los servicios sociales, y el sector privado. Cada país determinará quién se encargará realmente de proporcionar qué servicios.

A partir de los principios generales detallados anteriormente, es posible señalar algunas estrategias específicas para guiar el desarrollo de un sistema efectivo de cuidados a largo plazo, cualquiera sea la forma que ese sistema adopte. Estas estrategias incluyen:
- facilitar que las personas mayores permanezcan o mantengan lazos con su comunidad y sus redes sociales; o sea, propiciar el envejecimiento en el lugar;
- apoyar y fomentar las capacidades de los cuidadores remunerados y no remunerados;
- promover los cuidados integrada mediante el uso de estrategias de gestión de casos y colaboraciones más amplias;
- establecer mecanismos de financiamiento equitativos y sostenibles para los cuidados a largo plazo.

Es necesario apoyar todas estas estrategias para conocer más acerca de qué es lo que funciona en entornos con distintas limitaciones de recursos y distintos problemas, a fin de garantizar un acceso equitativo en países de ingresos bajos, medios y altos.

Figura 5.1. Elementos de un sistema de cuidados a largo plazo centrado en la persona mayor



Propiciar el envejecimiento en el lugar adecuado

Como se describió en el capítulo 2, el envejecimiento en el lugar hace referencia a una preferencia común entre las personas mayores por quedarse en su comunidad local y mantener sus redes sociales durante el proceso de envejecimiento. Existen muchas formas de que las personas mayores puedan envejecer en su comunidad. Para algunos, significa quedarse en el lugar, o sea, seguir viviendo en la misma casa. Para otros, significa mudarse

Recuadro 5.3. Nuevas tecnologías sanitarias de apoyo pueden ayudar a envejecer en el lugar

Las nuevas tecnologías sanitarias de apoyo para los cuidados a largo plazo —como el monitoreo a distancia y los cuidadores robóticos— han suscitado mucha atención. Por lo general, se presentan como medios muy prometedores para mejorar la capacidad funcional de las personas mayores que presentan deterioro de la capacidad intrínseca, mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores y, posiblemente, reducir los costos individuales y sociales y permitir el envejecimiento en el lugar (*49*).

La realidad de las nuevas tecnologías sanitarias de apoyo tiene otros matices. Existen pocas investigaciones sólidas sobre el impacto de diversos dispositivos e intervenciones, y las nuevas tecnologías pueden representar una amenaza para la privacidad y la autonomía de las personas mayores si no se implementan de manera considerada y pensando en la persona.

Pese a la necesidad de más investigaciones, el uso de determinados tipos de tecnologías innovadoras debe basarse en las necesidades y preferencias de la persona mayor o su cuidador. El uso de una tecnología de seguimiento y rastreo, por ejemplo, podría ser una buena solución para una persona que tiene demencia temprana y desea moverse con independencia por el barrio. En las etapas posteriores de la demencia, no obstante, es probable que esta tecnología no ofrezca las mismas ventajas y se deba recurrir a otra estrategia (*50*).

También cabe considerar otras cuestiones éticas relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías sanitarias de apoyo. Siempre hay que tener en cuenta el impacto de las tecnologías nuevas en la privacidad, la autonomía y la participación social de las personas mayores. Ciertas formas de tecnologías innovadoras podrían tener el efecto imprevisto de aislar a las personas mayores o limitar su libertad de movimiento. En cada caso hay que poner en la balanza estos posibles perjuicios y los beneficios. No obstante, algunas investigaciones indican que las personas mayores tienen pocas objeciones éticas al uso de las tecnologías innovadoras y suelen verlas como una alternativa aceptable a la falta de asistencia o a la internación (*51*).

A la hora de definir buenas políticas sobre el uso de las nuevas tecnologías sanitarias de apoyo deben intervenir varias partes. Se trata de un proceso en el que deben participar desde los encargados de formular políticas hasta los prestadores de asistencia, los sectores industrial y académico y, muy importante, las propias personas mayores. Las tecnologías desarrolladas deben reflejar las necesidades y preferencias de los usuarios finales, y es fundamental capacitar a los cuidadores, los profesionales de la salud y otros agentes. Por último, especialmente en los países de ingresos bajos, se debe prestar mucha atención a la creación de mecanismos de financiamiento para la investigación y el desarrollo y para una implementación equitativa.

a una vivienda más segura y más adaptada a sus necesidades, sin renunciar a vínculos vitales con su comunidad, sus amigos y familiares. En todos los casos, se trata de que la persona mayor envejezca en un lugar que sea adecuado para ella.

El envejecimiento en el lugar adecuado puede requerir de diversos servicios y una familia de cuidadores (*48*). Juntos, estos pueden ampliar las opciones para que la persona mayor no tenga que elegir solo entre la atención institucional permanente o vivir en su casa sin ningún tipo de apoyo. Las nuevas tecnologías sanitarias de apoyo (recuadro 5.3) también ofrecen grandes posibilidades para ayudar a lograr este objetivo.

El plan de seguro de cuidados a largo plazo de la República de Corea, establecido en 2008, es un ejemplo de la puesta en práctica de estos principios (*52*, *53*). El plan incluye evaluaciones de las necesidades individuales y ofrece diversos servicios que abarcan asistencia domiciliaria, ayuda doméstica, enfermeros de salud pública y centros diurnos y para estadías de corta duración.

Mejora de la capacidad del personal y apoyo a los cuidadores

La tarea de fomentar y mejorar el trabajo remunerado y no remunerado de brindar cuidados a

largo plazo plantea varios desafíos, entre ellos la necesidad de garantizar una oferta suficiente de cuidadores, ya sean remunerados o no remunerados, y asegurar que reciban la capacitación y el apoyo adecuados y un tratamiento justo en su lugar de trabajo.

Garantía de oferta

La oferta puede optimizarse mediante la adopción de medidas en distintos ámbitos. Aumentar la remuneración y los beneficios podría ayudar a contratar y retener cuidadores profesionales remunerados. Otra medida importante sería mejorar sus condiciones de trabajo, ya sea mediante capacitación, oportunidades de carrera, cargas de trabajo adecuadas, horarios de trabajo flexibles y el otorgamiento a los cuidadores profesionales de autoridad para tomar decisiones (*54*, *55*). Los cuidadores profesionales cuyo trabajo es valorado y apreciado, y que se sienten parte del equipo clínico, tienen mayores niveles de satisfacción laboral y menos probabilidad de abandonar su empleo (*14*). Más allá de esto, es necesario mejorar la imagen y el estatus de la prestación de cuidados. La modernización de la imagen del cuidado a largo plazo y la reducción de los estereotipos negativos respecto de las funciones de los cuidadores ayudarían a atraer más personas a este campo de trabajo. Las oportunidades de educación permanente y desarrollo profesional también ayudarían a cambiar la idea de que la prestación de cuidados es un trabajo sin futuro. La oferta de oportunidades académicas a los cuidadores y el establecimiento de un programa de investigación serio también podrían cambiar la idea y el valor adjudicado a la prestación de cuidados, además de promover la selección rigurosa de modelos de atención y prácticas eficaces.

La reserva mundial de posibles cuidadores aumentaría si más hombres se sintieran atraídos hacia esta tarea. En varios países de Europa, la proporción de cuidadores hombres aumenta con la edad, lo que indica que los hombres, más probablemente los cónyuges, ya constituyen la mayoría de los cuidadores informales de 75 años o más. No obstante, los hombres están mucho menos representados en otros grupos de edad y entre los cuidadores informales que no son cónyuges (*56*). Esto demuestra que los hombres pueden estar más dispuestos a asumir la tarea de prestar cuidados de lo que generalmente se cree. Recabar más información sobre cómo y por qué los hombres intervienen en la prestación de cuidados ayudaría a la sociedad a aprovechar este recurso (*57*).

Los inmigrantes también pueden trabajar como cuidadores, pero la práctica de recurrir a trabajadores extranjeros para llenar estos cargos plantea numerosas consideraciones legales y éticas. En países con una alta proporción de trabajadores migratorios que prestan cuidados, es necesario garantizar que la inmigración de cuidadores no suponga una fuga de trabajadores capacitados de países de ingresos más bajos (*58*). La OMS ha elaborado un código de ética mundial que sirve de guía para encarar los problemas relacionados con la contratación (*59*). Además, es fundamental garantizar que estos cuidadores tengan las capacidades y los conocimientos adecuados para estar a la altura de la tarea.

Las comunidades y los barrios también pueden tener una participación más directa en el apoyo a los cuidados a largo plazo, sobre todo mediante la promoción del voluntariado local (*60*) y la habilitación del aporte de los miembros de más edad de la comunidad. Las asociaciones de personas mayores constituyen un mecanismo para lograr este objetivo (recuadro 5.4).

Capacitación y acreditación

Asegurar que todos los cuidadores cuenten con las capacidades y los conocimientos adecuados para desempeñar su tarea es otro factor esencial para desarrollar la capacidad global. Los requisitos de capacitación específicos variarán en virtud del lugar que ocupa el cuidador en el espectro que va de los cuidadores familiares no remunerados a los cuidadores profesionales altamente capacitados. Por ejemplo, puede alentarse, pero no obli-

Recuadro 5.4. Asociaciones de personas mayores: aprovechar el poder de la vejez

Las asociaciones de personas mayores constituyen una estrategia innovadora para la acción comunitaria. Estas organizaciones empoderan a las personas en las últimas etapas de la vida, aprovechando sus conocimientos, sus capacidades y su disposición para participar de manera activa y proporcionar servicios a sus comunidades. Su importancia en la promoción del bienestar de las personas mayores, incluidas las personas pobres y desfavorecidas, ha sido reconocida por la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental, las Naciones Unidas, la OMS y los gobiernos de toda Asia (*61*). China, por ejemplo, implementó recientemente una política para promover la mejora y expansión de sus 490.000 asociaciones a fin de adaptarlas mejor a sus objetivos de desarrollo.

Las asociaciones de personas mayores son polivalentes y llevan a cabo diversas actividades, las más comunes de las cuales se centran en mejorar los ingresos a través del microcrédito y las actividades generadoras de ingresos; proporcionar atención de salud a personas mayores, por ejemplo a través de programas de atención comunitaria dirigidos a personas mayores dependientes de cuidados; ofrecer actividades sociales y culturales, así como preparación para casos de desastre, y habilitar la participación social. Las asociaciones también pueden ofrecer asistencia social en forma de dinero, alimentos y trabajo a las personas de la comunidad que más lo necesitan. Trabajan en estrecha colaboración con las autoridades públicas no solo para garantizar que los miembros de la comunidad reciban los servicios a los que tienen derecho (como pensiones sociales y seguros de enfermedad), sino también para promover el desarrollo y la ampliación de los servicios y recursos suministrados por las autoridades locales. Las asociaciones también trabajan para garantizar su propia sostenibilidad económica, y en Vietnam han demostrado su capacidad para recaudar fondos.

Las asociaciones de personas mayores tienen gran potencial para promover el *Envejecimiento Saludable*. Con regularidad, organizan controles médicos para sus miembros y realizan actividades de educación para la salud y sesiones de ejercicio físico, además de transmitir información sobre la vida saludable y la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. En Asia Sudoriental, las asociaciones están desarrollando una estrategia de asistencia comunitaria integral en apoyo al creciente número de personas mayores que tienen un alto grado de dependencia y necesitan ayuda con las actividades de la vida cotidiana, perciben ingresos limitados o no reciben una atención adecuada por parte de sus familiares. Estas actividades incluyen la contratación, capacitación y gestión de voluntarios de la comunidad para que presten cuidados a domicilio para el aseo personal a las personas mayores que lo necesiten. Las asociaciones también pueden ayudar a pagar el transporte hasta las instituciones de salud cuando sea necesario y facilitar vínculos con servicios complementarios, como los que ofrecen dispositivos de apoyo o rehabilitación. Algunas asociaciones también movilizan recursos y mano de obra para modificar y reparar viviendas, y en zonas expuestas a desastres aseguran que todas las personas mayores que están en riesgo tengan un compañero de emergencia designado que las ayude en momentos de peligro. Las asociaciones de personas mayores han hecho un uso eficaz de los recursos inherentes a las poblaciones mayores para movilizar comunidades enteras.

garse, a los cuidadores de la familia o voluntarios que no son remunerados a participar en cursos de capacitación básica o se les puede ofrecer información a través de Internet (recuadro 5.5). Todos los cuidadores remunerados, cualquiera sea su función, deberían demostrar conocimientos de información y capacidades básicas, como rutinas de ejercicios o la vigilancia de afecciones crónicas, o participar en cursos de educación permanente, ya sea presenciales o por Internet. Los cuidadores profesionales (aquellos con preparación formal en disciplinas relacionadas con los cuidados) requieren una capacitación mucho más larga y completa, y se los puede regular por medio de juntas reguladoras profesionales. Todos los programas de educación profesional deben estar vinculados a mecanismos de acreditación sólidos y eficazmente implementados.

La educación debe abarcar no solo estados de salud o enfermedades específicas, sino también actitudes discriminatorias por motivos de edad. Se debe transmitir la información, los conocimientos y las actitudes necesarias para que los cuidadores puedan poner en práctica la aten-

Recuadro 5.5. Una intervención basada en Internet para cuidadores informales de personas con demencia

Internet es una potente herramienta para brindar apoyo a los cuidadores familiares, en especial a aquellos que encuentran obstáculos para acceder al apoyo presencial. Este grupo incluye a cuidadores que trabajan en zonas rurales o apartadas, en países de ingresos bajos o medios, con limitaciones de tiempo o sin acceso a transporte. Se ha demostrado que las intervenciones por Internet reducen la depresión de los cuidadores, aumentan su confianza y mejoran su autonomía (*62*).

Un ejemplo es *Mastery over Dementia*, una intervención de autoayuda guiada por Internet (*63*).

Este programa, creado para cuidadores de personas con demencia, consiste en ocho lecciones básicas y una lección de refuerzo que resume lo enseñado. Después de cada lección, los cuidadores deben hacer deberes y enviarlos a su instructor, que dispone de tres días hábiles para devolverles sus comentarios. Los cuidadores solo pueden continuar con la siguiente lección una vez que hayan abierto y leído los comentarios del instructor. También deben llevar un diario con los acontecimientos de cada día y sus pensamientos y sentimientos al respecto. En un estudio aleatorizado de esta intervención se comprobó que reducía los síntomas de depresión y ansiedad de los cuidadores (*64*). Tener más de 75 años no era impedimento para participar. No obstante, más de la mitad (55,7 %) de los participantes no completaron todas las lecciones, lo que demuestra que la intervención se puede mejorar (*65*).

Dado lo prometedor de esta estrategia, la OMS se encuentra trabajando con socios internacionales para crear una herramienta de apoyo en línea integral llamada *iSupport* (véase más información en http://www. who. int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en). El portal tiene por objeto aliviar cargas y mejorar la autonomía y la salud mental al poner énfasis en la autoayuda, la adquisición de capacidades y el apoyo dirigido a los cuidadores de personas con demencia. Se podrá acceder a esta herramienta mediante computadoras personales, tabletas y teléfonos inteligentes a través de una conexión a Internet segura. El acceso mediante teléfonos inteligentes es clave para garantizar la participación de los cuidadores en aquellas zonas del mundo (como Asia) donde se registra un alto índice de utilización de estos teléfonos.

ción centrada en las personas de edad. (Véase un ejemplo de educación para cuidadores de personas con demencia en el recuadro 5.6). Estas competencias abarcan diversas esferas y podrían incluir las habilidades de asistir en las actividades de la vida cotidiana y ayudar a mantener la capacidad intrínseca, propiciar que las personas mayores adopten decisiones y vivan de manera autónoma, y trabajar como parte de un equipo multidisciplinario.

Una vez que se han determinado las competencias básicas y otros objetivos de capacitación, puede usarse la acreditación para integrarlos en el plan de estudios básico o de formación preparatoria para cuidadores profesionales. Tal vez haya que fomentar la capacidad de las instituciones educativas para que los cuidadores puedan recibir este tipo de capacitación.

Para quienes ya trabajan como cuidadores, la educación y la supervisión permanentes constituyen aspectos importantes de la capacitación. A nivel directivo, se puede recurrir a las auditorías y los comentarios para verificar que se cumpla con la educación permanente y que el conocimiento de los cuidadores esté actualizando para acompañar la evolución de las necesidades. Algunos países optan por otorgar habilitaciones formales a los cuidadores, lo que constituiría otro mecanismo para garantizar la mejora continua de las capacidades.

Además de la capacitación, es necesario desarrollar y difundir pautas de atención. En varios países, se han diseñado pautas multidisciplinarias que abarcan aspectos como la nutrición, la continencia, las soluciones sustitutivas de la inmovilización, el manejo de las conductas problemáticas y la prevención del maltrato de las personas mayores. Algunas investigaciones indican que la implementación sistemática es factible (*69–71*).

Recuadro 5.6. Atención centrada en la persona en casos de demencia

La atención centrada en la persona valora a las personas mayores como individuos con experiencias, necesidades y preferencias únicas (*66*). Las considera en el contexto de su vida diaria y las ayuda a mantener las relaciones con sus amigos, sus familiares y su comunidad. En oposición a lo que ocurre cuando se presentan actitudes discriminatorias por motivos de edad, su dignidad y autonomía se respetan y aceptan, en una cultura de decisiones compartidas.

A menudo se priva a las personas con demencia de este enfoque de atención y se las trata como si no fueran personas, en especial en las etapas avanzadas de la enfermedad, cuando los síntomas se vuelven más notorios.

Algunas investigaciones realizadas indican que la capacitación de los cuidadores en la atención centrada en la persona y en el suministro de apoyo continuo puede cambiar sus actitudes y conductas frente a las personas con demencia. Los estudios también han mostrado que los cuidadores que participan en intervenciones centradas en la persona tienen menos estrés laboral y un mayor grado de satisfacción personal y profesional.

Mediante la capacitación, los cuidadores pueden aprender que las personas con demencia continúan experimentando diversas emociones, aun en las etapas avanzadas del deterioro cognitivo, y siguen comunicándose a través de sus conductas, incluso cuando tienen dificultades para hablar. Si bien las personas con demencia pueden terminar perdiendo la capacidad para tomar decisiones verdaderamente informadas sobre temas complejos, la mayoría puede tomar decisiones confiables sobre sus preferencias. Incluso cuando su capacidad para entender el lenguaje se ve muy afectada, la conducta no verbal al consultarlas sobre sus preferencias u opiniones será de gran utilidad para transmitir a las personas con demencia que ellas son importantes (*67*).

En todas las interacciones, los cuidadores pueden evaluar si están prestando atención centrada en la persona, haciéndose las siguientes preguntas (*68*):

- ¿Mi conducta y la manera en que me estoy comunicando muestran que respeto y valoro a esta persona?
- ¿Estoy tratando a esta persona como un individuo único, con una historia y diversidad de fortalezas y necesidades?
- ¿Estoy intentando seriamente ver mis acciones desde la perspectiva de la persona que estoy tratando de ayudar? ¿Cómo podría esta persona interpretar lo que estoy haciendo?
- ¿Mi conducta y mis interacciones ayudan a esta persona a sentirse confiada y respaldada desde el punto de vista social?

Por último, será esencial garantizar que se cumpla con estas pautas y protocolos. Un mecanismo para lograrlo pueden ser las licencias o acreditaciones a cuidadores e instituciones. En muchos países de ingresos medios han proliferado las agencias privadas que ofrecen capacitación a cuidadores que luego asignan a distintas familias. En muchos casos, se trata de agencias prácticamente sin ninguna reglamentación. Del mismo modo, en países de ingresos bajos, las instituciones residenciales por lo general no están reglamentadas y la calidad de la atención suele ser baja. La acreditación de estos establecimientos es esencial para prestar una atención de mejor calidad.

Apoyo a los cuidadores no remunerados

Es posible implementar varias formas de apoyo a los cuidadores no remunerados. El apoyo puede consistir en educación, capacitación y cuidados temporales o de respiro, así como en la oferta de modalidades de trabajo flexible y pagos en efectivo.

La mayoría de los cuidadores informales necesitan recibir educación y capacitación, por lo general sobre la afección de la persona mayor y sus consecuencias, el progreso previsto y las maneras de ayudar a la persona a manejarse en el hogar. Los cuidadores también necesitan información sobre cómo aplicar una perspectiva centrada en la persona al prestar cuidados a personas mayores y cómo trabajar en un equipo multidisciplinario.

Recuadro 5.7. Cuidados de respiro para personas con demencia y sus cuidadores

Los cuidados de respiro se ofrecen principalmente en el domicilio de la persona mayor, pero también pueden ofrecerse en centros diurnos o residenciales. En estos entornos grupales, las personas con demencia pueden interactuar en un espacio seguro con otras que tienen problemas similares.

En los países de ingresos altos, como Estados Unidos, desde hace varias décadas se recurre a los centros diurnos y al cuidado temporal en centros residenciales para ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores informales. Los centros que ofrecen cuidado de respiro uno o más días a la semana o durante varias semanas permiten que los familiares que actúan como cuidadores puedan tomarse un descanso y dejar a la persona con demencia en un entorno seguro y supervisado. Esto ayuda a alcanzar el propósito último de respaldar el envejecimiento en la comunidad donde las personas con demencia han vivido, garantizando que reciban asistencia de alta calidad y reduciendo la probabilidad de que los cuidadores familiares sufran problemas de salud.

En el último decenio, los países de ingresos más bajos han apostado cada vez más a la instalación de centros diurnos. Por ejemplo, el grupo Alzheimer's Pakistan estableció su primer centro diurno para personas con demencia con la colaboración técnica de Alzheimer's Australia en Australia Occidental (*77*). El centro fue diseñado para personas que se encuentran en cualquiera de las etapas de la demencia y que necesitan asistencia y supervisión durante el día. Permite que los familiares tengan un descanso regular de su responsabilidad de prestar cuidados y puedan continuar trabajando. Un equipo de cuidadores profesionales ofrece educación, grupos de apoyo y orientación para familiares. También se ofrece un amplio paquete de servicios para personas con demencia, incluido el traslado puerta a puerta hacia y desde el centro, actividades como pintura, cocina, jardinería, lectura de periódicos y ejercicios diarios, y ayuda con el aseo personal. Se ofrece almuerzo y té. Además, se incluyen servicios médicos y psicológicos, así como el suministro de medicamentos recetados. Alzheimer's Pakistan se hace cargo de los gastos del centro y los servicios relacionados, y si bien los servicios son gratuitos, se alienta a quienes puedan hacerlo a efectuar una contribución para compartir los costos. La estructura financiera del centro es frágil porque Alzheimer's Pakistan depende por completo de donaciones privadas y de la recaudación de fondos externos.

En Singapur también existen centros diurnos para personas con demencia. La Asociación de la Enfermedad de Alzheimer local ha establecido cuatro centros en toda la ciudad, ubicados principalmente cerca de viviendas de financiamiento público. Los centros atienden a personas con demencia y otras enfermedades (por ejemplo, personas que se están recuperando de accidentes cerebrovasculares), cinco días a la semana (de lunes a viernes) y a veces también los sábados. Hay transporte disponible para quienes lo necesiten. Las actividades incluyen terapia ocupacional (que abarca aspectos físicos, cognitivos y sociales), terapia artística y salidas planificadas. Uno de los centros también sirve como centro diurno de rehabilitación y cuenta con un fisioterapeuta. Se recurre a planes de asistencia personalizados y a una herramienta de generación de perfiles de bienestar para ofrecer servicios centrados en la persona y monitorear los resultados de los pacientes. Los cuidadores disponen de grupos de apoyo y aquellos que requieren orientación o cuidados de respiro adicionales son derivados a trabajadores sociales designados. El Ministerio de Salud financia estos centros a través de subsidios que otorga a las personas con demencia que carecen de medios suficientes (*78*).

Los datos disponibles indican que es posible aliviar el estrés de los cuidadores ofreciéndoles información básica sobre la afección de la persona mayor y enseñándoles a manejar conductas problemáticas, como las que se observan en casos de demencia (*72*, *73*). Además, se puede brindar a los cuidadores capacitación práctica, por ejemplo sobre la manera segura de pasar a una persona de una silla a la cama o la forma de ayudarla a bañarse. También se puede proporcionar información sobre los recursos de la comunidad disponibles para la persona mayor o el cuidador. La educación y capacitación se pueden impartir en forma particular, en un salón de clases, por Internet (recuadro 5.5) o en un grupo de apoyo para cuidadores. Gran cantidad de datos de países de ingresos altos indican que estos tipos de intervenciones tienen un efecto positivo en los cuidadores informales (*73*–*76*).

Los cuidados de respiro constituyen otra forma de apoyo al posibilitar que los cuidadores informales primarios puedan dejar de lado sus responsabilidades de cuidado por períodos cortos. El principal objetivo de los cuidados de respiro es ayudar a reducir el estrés de los cuidadores informales, sin dejar de satisfacer las necesidades diarias de las personas que necesitan asistencia. A veces, los voluntarios o profesionales prestan cuidados de respiro en el domicilio de la persona mayor. En otras ocasiones, la persona mayor ingresa temporalmente a una institución residencial. Los centros de atención diurna para adultos constituyen otra forma de cuidados de respiro, ya que la persona mayor pasa parte del día participando en programas sociales (en el recuadro 5.7 se presenta un ejemplo de cuidados de respiro para personas mayores con demencia). Si bien diversos estudios han tratado de establecer el impacto de los cuidados de respiro en la carga y el bienestar de los cuidadores, los resultados son variados (*79–81*): parecen depender de la calidad de la atención suministrada y de hasta qué punto el servicio satisface las necesidades de los cuidadores familiares (*82*). Es necesario realizar más investigaciones para determinar cómo diseñar los programas de cuidados de respiro para que sean más útiles. Es importante asegurarse de que los cuidadores familiares conozcan los cuidados temporales disponibles y de que estos se proporcionen teniendo en cuenta las preferencias culturales (*83*).

Promoción de la atención integrada mediante la gestión de casos y mayor colaboración

La gestión de casos es una herramienta clave para asegurar que la asistencia que reciben las personas mayores se centre en la persona y se integre a través de los sectores de salud y social (*84*, *85*). Sus funciones principales consisten en detectar casos, planificar preventivamente y vigilar la asistencia, y garantizar la coordinación continua mediante un coordinador de casos. Algunas investigaciones han demostrado que la gestión de casos tiene un efecto positivo en el bienestar y la salud psicológica de las personas mayores (*86*, *87*), así como en la satisfacción y el bienestar de los cuidadores (*87*, *88*). También tiene el potencial de retrasar el ingreso a una residencia de personas mayores y de reducir las tasas de ingreso y acortar las estadías en esas instituciones (*89–91*). A mediano plazo se verificó un ahorro en los costos (*91*).

Algunos programas de gestión de casos no solo están dirigidos a las personas mayores, sino también a sus cuidadores. En los Países Bajos, por ejemplo, los coordinadores de casos cumplen una función importante al proporcionar educación y apoyo a las personas mayores y a sus cuidadores informales (*92*, *93*).

Durante todo el proceso de los cuidados, la planificación de la gestión de casos debe permitir que las personas mayores tomen sus propias decisiones, respaldando de esa forma su autonomía. Esto es válido para todas las personas mayores, incluso para las que presentan un deterioro importante de la capacidad (*94*). Por ejemplo, si bien es probable que las personas con demencia grave no puedan decidir si necesitan someterse a una cirugía, sí puede que tengan la capacidad de decidir qué comer o qué ropa usar. Cumplir con este principio puede ser todo un desafío. El enfoque del *Envejecimiento Saludable* exige que las personas que prestan cuidados a largo plazo ayuden a las personas mayores a tomar las decisiones que son capaces de tomar (*94*), por lo que los cuidadores continuamente deben evaluar "cuándo se justifica defender los intereses de la persona y cuándo comienza el paternalismo injustificado" (*95*).

Además de la gestión de casos, la planificación anticipada de la atención constituye una parte importante del cuidado de las personas que presentan deterioro considerable de la capacidad intrínseca. Se trata de instancias formales que tienen como propósito ayudar a las personas a adoptar decisiones personales sobre su

Recuadro 5.8. ¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas que tienen un deterioro importante de la capacidad intrínseca y esperanza de vida limitada; también buscan ayudar a los pacientes y sus familiares mediante la prevención o el alivio del sufrimiento físico, psicosocial o emocional. Este concepto ha evolucionado, ya que anteriormente los cuidados paliativos se centraban sobre todo en las personas con cáncer en fase terminal y en la asistencia institucional y de especialistas. En el último decenio, no obstante, su alcance se ha extendido a una gama más amplia de afecciones, ámbitos de atención y grupos de cuidadores. En la actualidad también se vincula al bienestar de los familiares.

La OMS estima que alrededor de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año (*98*). Aproximadamente el 80 % vive en países de ingresos bajos y medios, y alrededor del 67 % tiene 60 años o más. Sin embargo, los sistemas de salud de la mayoría de los países responden a esta necesidad de manera inadecuada: se estima que el 42 % de los países carece de servicios de cuidados paliativos y que en un 30 % de los países con estos servicios se llega solo a un porcentaje ínfimo de la población que los necesita (*99*). La capacitación en cuidados paliativos suele ser limitada o inexistente, y la falta de acceso a analgésicos opiáceos y otros medicamentos usados en los cuidados paliativos afecta al 80 % de la población mundial (*99*). Otros obstáculos son la falta de conocimientos respecto de la necesidad de cuidados paliativos y las concepciones erróneas sobre la naturaleza de tales cuidados.

Los cuidados paliativos usan un enfoque interdisciplinario para abordar las necesidades integrales de los receptores y sus familiares (*100*). Lo ideal es que estos comiencen en los entornos de atención primaria de salud, una vez que se conoce el pronóstico. Quienes intervienen en la planificación de los cuidados paliativos se aseguran de que las personas mayores tomen decisiones informadas y autónomas, que estén de acuerdo con sus valores y preferencias. La asistencia se ofrece en diversos entornos, con especial énfasis en la asistencia en la comunidad, y es prestada por diversos cuidadores, incluidos cuidadores comunitarios entrenados o voluntarios. Estos principios de los cuidados paliativos pueden aplicarse en todos los entornos de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo, y forman parte de las estrategias presentadas en este capítulo.

tratamiento y cuidados paliativos futuros (*96*, *97*) (recuadro 5.8). El principal objetivo de la planificación anticipada de la atención es defender la autonomía y las decisiones personales de las personas mayores cuando ya no puedan expresarse, dejando en claro sus deseos, necesidades y preferencias antes de llegar al punto en que no puedan hacerlo. Los facilitadores calificados que convocan a los responsables clave de tomar decisiones, así como a las personas mayores y sus cuidadores, pueden mejorar la efectividad de esta planificación (*101*).

Si bien las estrategias de gestión de los cuidados y los principios que los sostienen ayudarán a asegurar que los cuidados a largo plazo sean más integrados y centrado en la persona; los servicios de salud y servicios sociales también deben coordinarse e integrarse a nivel administrativo. Esto requiere un enfoque más unificado. Una opción podría ser que un único organismo público, por ejemplo el ministerio de Salud o de Servicios Sociales, asuma la responsabilidad de todo el sistema de cuidados a largo plazo y no solo de una parte. No obstante, estas estructuras administrativas formales no son la única manera de facilitar la integración (recuadro 5.9).

Otro aspecto de la integración consiste en asegurar la colaboración entre cuidadores informales y profesionales. Hay indicios de que la transferencia efectiva de información entre distintos cuidadores mejora la integración y coordinación de los cuidados (*88*). Por lo tanto, el establecimiento de sistemas de información compartida puede constituir una estrategia fundamental para desarrollar servicios verdaderamente integrados.

Es importante destacar que los cuidados que prestan los familiares y los cuidados que prestan los profesionales no son excluyentes. Los cuidadores profesionales pueden fortalecer a los cui-

Recuadro 5.9. Un sistema integrado de servicios sociales y servicios de salud a domicilio para personas mayores en Turquía

En Turquía existen varias instituciones que ofrecen servicios y apoyo a las personas mayores que viven en su domicilio. Estos servicios son gratuitos y se financian mediante una combinación de gastos del presupuesto general, impuestos, presupuestos municipales y primas pagadas por empleadores y empleados. El Ministerio de Salud ofrece servicios de salud a domicilio a cargo de equipos multidisciplinarios de profesionales; el Ministerio de Familia y Políticas Sociales ofrece apoyo social, cuidados y atención en diversos entornos, incluido el domicilio de la persona mayor; y los municipios prestan apoyo social y otros servicios, como servicios de salud a domicilio, apoyo psicológico, reparaciones y mantenimiento del hogar, ayuda con las tareas domésticas, el aseo personal y la cocina, y actividades sociales (*102–104*).

En 2015, los ministerios de Salud, de Familia y Políticas Sociales y del Interior y la Unión de Municipios de Turquía establecieron un nuevo protocolo sobre la necesidad de compartir datos electrónicos entre distintas instituciones y organizaciones que ofrecen cuidados domiciliarios (*105*, *106*). La fase piloto del sistema abarcará a nueve provincias, y posteriormente este se implementará en todo el país. El gobierno usará un *software* para compartir datos con el propósito de asegurar que las personas mayores reciban servicios de salud a domicilio, así como asistencia social y cualquier otro servicio público que necesiten. La integración de datos también permitirá implementar una estrategia coordinada integral con lo que mejorará la eficacia y se reducirá la duplicación de servicios.

Cuando una persona mayor o una familia solicitan un servicio específico, su información se ingresa en la base de datos. Cuando el equipo que presta asistencia en primera instancia estima que alguien podría beneficiarse con otro servicio, notifica a la institución correspondiente a través de la base de datos. De esta forma, las necesidades de las personas mayores serán satisfechas con rapidez.

Este protocolo es un buen ejemplo de cómo un país puede mejorar el suministro de cuidados a largo plazo integrados e integrales, incluida la asistencia sanitaria y el apoyo y la asistencia social. La estrategia global, colaborativa y multidisciplinaria de Turquía ofrece las siguientes ventajas:

- Mejora el acceso a los servicios y la oferta de atención profesional para las personas mayores.
- Está centrada en la persona, es coordinada y flexible, y se adapta a las circunstancias y necesidades de cada persona.
- Respeta los derechos y la dignidad de las personas mayores al permitirles participar en decisiones sobre sus necesidades y recibir muchos de los servicios en su domicilio.
- Apoya a las personas que cuidan a sus familiares de edad avanzada y ayuda a mejorar la participación social de las personas mayores.
- Mejora la calidad de vida y aumenta el bienestar de las personas mayores.
- Protege a las personas mayores y mejora su seguridad.
- Saca el máximo provecho de las instalaciones, los recursos humanos y otros recursos a través de los datos compartidos, lo que permite una asistencia coordinada.

Si bien este sistema es nuevo en Turquía y aún no ha sido evaluado, el protocolo demuestra algunas cuestiones generales interesantes.

- Incluso en un país en desarrollo, con un sistema fragmentado de cuidados a largo plazo, es posible ofrecer un sistema de servicios sociales gratis.
- Las estrategias multisectoriales son clave para ofrecer cuidados a largo plazo, y el sistema piloto demuestra que los gobiernos pueden proporcionar la administración necesaria para afianzar la colaboración entre instituciones y organizaciones.
- Las responsabilidades más importantes del gobierno en el marco del sistema consisten en crear el mecanismo de coordinación, determinar quién necesita servicios de salud, servicios sociales, y trabajar con distintos socios para poder prestar los servicios necesarios.

dadores informales y complementar su tarea. Del mismo modo, los familiares pueden servir de guía a los cuidadores profesionales, cuyo trabajo puede complementarse con el de la familia.

Garantizar un financiamiento equitativo y sostenible

Los costos de responder a la dependencia de los cuidados relacionados con la edad ya son altos y aumentarán de manera considerable. Como se describió en este capítulo, cuando los servicios no cuentan con financiamiento público, alguien debe pagarlos. Debido a que la carga de la mala salud en la vejez recae de manera desproporcionada en las personas desfavorecidas, es probable que la carga de cuidarlos recaiga de manera desproporcionada en los pobres y en las mujeres. Por lo tanto, es fundamental determinar formas equitativas de compartir la carga del cuidado. Por lo general, esto requerirá la cobertura conjunta de los riesgos o dirigir los recursos específicamente a quienes más los necesitan.

Esto no significa, no obstante, que los gobiernos deban necesariamente asumir todos los gastos de cuidados a largo plazo. Se trata, en gran parte, de una cuestión política, que refleja elecciones sociales más amplias respecto de cómo debe distribuirse el costo global de los cuidados. Incluso en aquellos casos en que el papel del gobierno se limita mayormente a la administración, esto tiene un costo: la gestión efectiva requiere una gran coordinación y supervisión, con recursos suficientes.

Como ocurre con el financiamiento de la salud (*107*), en el financiamiento de los cuidados a largo plazo deben considerarse tres objetivos principales: cómo generar suficientes recursos económicos; cómo asegurar que los cuidados sean accesibles y asequibles, incluso para los miembros más pobres de la sociedad; y cómo usar los recursos de manera rentable y equitativa.

Si se logra un sólido consenso social respecto de que los cuidados a largo plazo es un bien público importante y una alta prioridad social, los gobiernos pueden generar recursos para los cuidados a largo plazo desviando recursos fiscales generales de esferas que no son tan prioritarias. En forma alternativa o adicional, los gobiernos pueden establecer planes de ahorro forzoso o seguros de cuidados a largo plazo. Varios países de la OCDE, como Alemania, Japón, Luxemburgo, los Países Bajos y la República de Corea, han adoptado planes de seguro universal para generar recursos económicos (*14*) (recuadro 5.10). Por ejemplo, a cuatro años de su implementación, el plan de seguro de cuidados a largo plazo de la República de Corea prestaba cuidados al 5,5 % de la población de 65 años o más, con una sobrerrepresentación de personas mayores pobres, mujeres y personas que viven solas, lo que indica que el plan estaba llegando a grupos vulnerables (*110*). Un 89 % de quienes usaban el servicio se mostraban satisfechos con la calidad de los cuidados y un 93 % de las familias informaron que les había reducido la carga de los cuidados (*111*).

En América Latina y África Subsahariana, no obstante, las experiencias con los planes de seguros contributivos para pensiones y servicios de salud han sido diversas (*112*). Por lo general, los planes generaron grandes déficits económicos y requirieron importantes rescates financieros mediante las rentas generales. Una razón fueron los altos niveles de evasión registrados, que posiblemente reflejen los bajos niveles de confianza en los sistemas de seguros públicos. Si ya es difícil convencer a las personas de que aporten a un fondo de seguros que ofrece beneficios tangibles, como jubilaciones, puede ser aún más difícil persuadirlas de que efectúen aportes de por vida para un cuidado a largo plazo que quizás nunca necesiten.

En los países muy pobres, la escasez de recursos públicos y las diversas prioridades hacen que sea muy poco probable que se destinen grandes cantidades de fondos públicos a los cuidados a largo plazo en el futuro próximo. No obstante, es posible que existan oportunidades para generar conciencia sobre los compromisos económicos con cuidados largo plazo en los socios para

Recuadro 5.10. Financiamiento de los servicios de salud y los cuidados a largo plazo para la población que envejece en los Países Bajos

En los Países Bajos, las personas mayores reciben servicios de salud y cuidados a largo plazo a través de distintos planes municipales que cubren sus necesidades de salud, y cuidados a largo plazo en el hospital, y el apoyo y la asistencia social. Además, el sistema de bienestar social del país proporciona apoyo financiero a quienes no tienen otros medios (*108*). En un esfuerzo por enfrentar el aumento en los costos y los cambios en las necesidades, en 2015, los Países Bajos realizaron profundas reformas en los distintos planes (*109*).

El sistema de seguro de salud (conocido como *Zorgverzekeringswet* o Ley de Aseguradoras Médicas), que cubre las necesidades de salud básicas de toda la población, se implementa por medio de aseguradoras de salud privadas (principalmente sin fines de lucro). Está prevista la ampliación de su cobertura para incluir la asistencia personal y los cuidados de enfermería. Las aseguradoras de salud tienen la responsabilidad de satisfacer las principales necesidades de cuidados domiciliarios, como levantarse de la cama, bañarse y vestirse, además de ofrecer servicios de enfermería comunitarios.

Además de este seguro de salud, las personas pueden optar por un seguro de salud voluntario, que cubre servicios que no se incluyen en los planes públicos. El seguro voluntario cubre atención odontológica para adultos y fisioterapia. Alrededor del 85 % de la población está afiliada a estos planes voluntarios, incluida una proporción relativamente grande de personas mayores.

Por su parte, el plan de cuidados a largo plazo ha sufrido drásticas reformas. Antes era un plan obligatorio que cubría cuidados a largo plazo para personas mayores, personas con trastornos mentales y personas con discapacidad. El nuevo plan (conocido como *Wet Langdurige Zorg* o Ley de Cuidado a Largo Plazo) solo cubrirá las formas más intensivas de atención Institucional a largo plazo (y las personas que cumplirán los requisitos para recibir cuidado institucional serán menos). El cuidado personal y los cuidados de enfermería ambulatorios se han transferido al sistema de seguro de enfermedad, como ya se describió.

Los servicios sociales, incluidos ciertos servicios de cuidados domiciliarios y cuidados de respiro, se han transferido a los municipios en virtud de una consignación financiada con impuestos (en el marco de lo que se conoce como *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*). La finalidad de esta asistencia es que las personas puedan vivir en su domicilio durante el mayor tiempo posible y recibir la atención que necesitan para hacerlo. Con estas reformas, se asigna a las autoridades locales un papel más destacado en el suministro de cuidados a largo plazo en la comunidad.

Las personas mayores pueden obtener un presupuesto personal de estos tres planes, pero únicamente para sus necesidades de cuidados a largo plazo. El presupuesto personal permite a las personas comprar y organizar su propios cuidados según sus preferencias. Como titulares del presupuesto, las personas mayores son libres de contratar a sus familiares o a cualquier otra persona para que las asistan.

Las siguientes son las principales lecciones de la experiencia de los Países Bajos.

1. El suministro de una amplia cobertura de salud y cuidados a largo plazo tiene muchos beneficios y contribuye a la solidaridad social.
2. Para cubrir todas las necesidades de las personas mayores podrían necesitarse varios planes. En este caso, es fundamental que exista una colaboración entre los distintos planes y que se use una estrategia integrada y global.
3. Es importante respetar la voluntad de las personas mayores que quieren vivir en su casa el mayor tiempo posible.

el desarrollo y las organizaciones no gubernamentales. Incluso en los entornos con menos recursos, los gobiernos pueden reunir a posibles socios, hacer valer sus argumentos y obtener su apoyo económico.

Sin importar cómo se reúnan los ingresos, la cobertura conjunta de riesgos de base amplia ayuda a distribuir los costos financieros de cuidados a largo plazo en toda la sociedad, lo que contribuye a proteger a las personas pobres y mar-

ginadas y reduce el riesgo de catástrofe económica para las personas mayores y sus familiares.

Garantizar la rentabilidad de las intervenciones permite asegurar un uso prudente de los recursos. Por ejemplo, propiciar que las personas mayores permanezcan en sus hogares no solo mejora su calidad de vida sino que puede resultar más asequible que la atención institucional, aunque esto no siempre sea así (*113*).

Más allá de esto, algunas iniciativas como las asociaciones de personas mayores (recuadro 5.4), que se valen del capital humano y social inherente a las poblaciones de edad avanzada para satisfacer las necesidades de las personas mayores, ofrecen opciones de cuidados sostenibles y de bajo costo a corto plazo. Si bien en la actualidad están limitados principalmente a países de ingresos bajos y medios, estos mecanismos para aprovechar un recurso que habitualmente se desestima también pueden resultar útiles en entornos más desarrollados.

El financiamiento de un sistema universal de cuidados a largo plazo puede parecer un desafío en los países de ingresos bajos y medios. No obstante, por varios motivos, estos entornos tienen ventajas de costos respecto de los países de ingresos altos. En primer lugar, el envejecimiento de la población se encuentra menos avanzado, por lo que la demanda de cuidados a largo plazo es menor. En segundo lugar, la mayoría de las formas de cuidados a largo plazo no requieren tecnología especializada ni equipos costosos: el elemento central y esencial son los recursos humanos, y sus costos son considerablemente menores en las economías menos desarrolladas. En tercer lugar, estos países tienen la oportunidad de aprender de los errores de los países de ingresos altos: pueden poner énfasis en el uso de servicios más rentables que sirvan de respaldo a los cuidadores familiares. En Chile, por ejemplo, se ha estimado que el costo de un sistema de servicios sociales en el domicilio rondaría el 0,45 % del PIB, lo que equivale aproximadamente al 10 % del presupuesto total de salud (*114*).

Cambio de actitud respecto a los cuidados a largo plazo: un desafío político y social

Los problemas y las injusticias de los actuales sistemas de cuidados a largo plazo no suelen recibir la atención que merecen. En parte, esto se debe a que muchas de las personas que se ven directamente afectadas carecen de voz política o de una representación organizada. Las personas mayores dependientes de cuidados, los cuidadores emigrantes y los cuidadores familiares que se encuentran confinados a sus hogares enfrentan diversos obstáculos para participar en los debates políticos. La mayoría de los gobiernos nacionales carece de un organismo con la influencia necesaria para resaltar y promover estas cuestiones. En muchos casos, la división de funciones y responsabilidades entre los departamentos del gobierno nacional y local es poco clara y confusa. Esto dificulta la coordinación de un sistema integrado de servicios de salud y servicios sociales, y oculta las líneas de responsabilidad del gobierno. Cuando hay un debate sobre políticas, habitualmente se centra en cuestiones fiscales y presta menos atención a los importantes beneficios que proporciona un sistema eficaz de cuidados a largo plazo (recuadro 5.11).

Los medios de comunicación suelen presentar los cuidados a largo plazo de manera sesgada, desinformada y discriminatoria por motivos de edad (*115*). Hacer que la sociedad cobre mayor conciencia respecto de la inexactitud y el potencial destructivo de los estereotipos comunes de discriminación por motivos de edad es una forma de enfrentar estas actitudes negativas (*116*). Cuando el deterioro físico y cognitivo, la depresión y el dolor se consideran aspectos inevitables del envejecimiento, es poco probable que las personas mayores sean tomadas en serio y es muy posible que se las margine, sobre todo en sociedades donde la independencia y la autosuficiencia son características muy valoradas (*117*).

Recuadro 5.11. Principales ventajas de la adopción de medidas respecto de los cuidados a largo plazo

1. Promueve la dignidad en la vejez: se respetan los derechos de las personas mayores.
2. Reduce las hospitalizaciones y los costos asociados: el uso de los cuidados a largo plazo acorta la duración de las hospitalizaciones, reduce las tasas de reingreso y apoya el retorno de las personas mayores a sus hogares. Todo esto reduce los costos de salud asociados. Para las personas de más de 70 años que viven en países con cuidados a largo plazo accesibles, los costos de salud disminuyen con la edad.
3. Reduce la pobreza: los cuidados a largo plazo que se basan en garantizar el uso y el acceso equitativo a los cuidados ofrece una red de seguridad a las personas mayores y las protege a ellas y a sus familiares de la pobreza en las últimas etapas de la vida. También ayuda a compartir el riesgo de los gastos catastróficos en salud, al tiempo que reduce la carga de los familiares y promueve la cohesión social.
4. Mejora la calidad de la asistencia y la calidad de vida: un sistema de cuidados a largo plazo bien diseñado, que ofrezca diferentes opciones de atención, ayuda a los familiares a mantener una atención de calidad en el domicilio, alivia la carga de los cuidadores y mejora la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores.
5. Mejora los cuidados en casos de demencia: la orientación y la capacitación a domicilio permiten a los familiares que realizan las tareas de cuidado manejar conductas problemáticas en el domicilio y reduce las crisis y el sufrimiento de los cuidadores.
6. Mejora los cuidados al final de la vida: unos cuidados a largo plazo coherente con los principios de los cuidados paliativos permite liberar a las personas mayores del dolor y el sufrimiento al final de la vida. Si se ofrece en entornos de cuidados domiciliarios o cuidados institucionales, ayuda a evitar hospitalizaciones innecesarias, costosas y estresantes para recibir cuidados al final de la vida.
7. Mejora el empleo: si se maneja de manera proactiva, la demanda de cuidadores profesionales genera puestos de trabajo y mejora el acceso a los servicios de cuidados a largo plazo. Por lo tanto, se trata de una solución que beneficia tanto a los gobiernos como a la gente común. Además, el hecho de aliviar la carga de los cuidadores puede permitirles ingresar (o reingresar) al mercado laboral.
8. Respalda la innovación y el comercio: se están desarrollando muchas tecnologías innovadoras para satisfacer las necesidades de las personas mayores con una pérdida importante de la capacidad. Estos productos ayudan a llenar un vacío para las personas mayores y, a la vez, se pueden comercializar a otros con necesidades similares.

El miedo generalizado a morir y la incomodidad a la hora de hablar de la muerte, incluso entre los trabajadores sanitarios, profundiza aún más este problema (*118*).

Los medios de comunicación, no obstante, pueden ofrecer soluciones al problema que constantemente refuerzan desafiando las actitudes discriminatorias por motivos de edad y apoyando el debate informado sobre los cuidados a largo plazo. Un estudio de Estados Unidos, por ejemplo, mostró que las diferencias geográficas en la cobertura que los medios de comunicación hacen de los cuidados a largo plazo estaban fuertemente vinculadas con las reformas de políticas que priorizaban los cuidados en la comunidad (*119*).

Conclusión

En este capítulo se mostró que los cuidados a largo plazo deben evolucionar en aspectos fundamentales. En muchos países de ingresos bajos y medios, prácticamente no existen servicios formales de cuidados a largo plazo. La tarea de asistir a las personas mayores dependientes de cuidados generalmente recae en familiares mujeres, que en su mayoría no se encuentran capacitadas ni reciben ningún pago por este trabajo. En algunos países de ingresos altos, si bien existen servicios públicos integrales, la sostenibilidad se convierte en un gran problema a medida que la población envejece. La naturaleza y la calidad de los cuidados suelen ser inadecuadas en todos los entornos. Es muy probable que no se preste atención alguna a la necesidad de optimizar las trayectorias de la capacidad intrínseca y de apoyar la autonomía y la dignidad.

Un primer paso importante es promover nuevas formas de concebir los cuidados a largo plazo, incluso tomando como nuevo objetivo central la optimización de la capacidad funcional. Más allá de esto, es necesario adoptar medidas en varios frentes.

En primer lugar, todos los países necesitan contar con un sistema de cuidados a largo plazo completamente integrado. Para la mayoría de los países, esto implica elaborar un plan nacional. Los gobiernos pueden reunir a los interesados para discutir y decidir lo que se debe hacer y cuáles serán las responsabilidades de cada uno. Como mínimo, el plan debe mencionar los servicios que se prestarán, quién los prestará, cómo se financiarán, cómo se facilitará el acceso universal, cómo se garantizará la calidad y cómo se coordinará el sistema para asegurar el suministro de unos cuidados a largo plazo integrados e integrales.

La segunda prioridad es encontrar formas de conformar y mantener un equipo de trabajo preparado para prestar cuidados a largo plazo. Una manera de lograrlo es preparar adecuadamente a cuidadores remunerados para el desempeño de su tarea, pagarles un salario justo y crear condiciones de trabajo razonables. Otorgar a los cuidadores una autoridad significativa para tomar decisiones y brindarles opciones de carrera importantes también son formas de mejorar la contratación y la retención. Es fundamental apoyar a los cuidadores familiares. Esto puede lograrse con educación, capacitación, cuidados de respiro, leyes que respalden la modalidad de trabajo flexible o las licencias, y pagos en efectivo por los servicios prestados.

En tercer lugar, es necesario adoptar medidas para promover los derechos de las personas mayores y sus cuidadores. Es inaceptable que las personas mayores dependientes de cuidados reciban un trato despersonalizado, degradante o abusivo. El objeto de los cuidados a largo plazo debe ser promover la dignidad, la autonomía y la voluntad personal de las personas mayores, manteniéndolas vinculadas a su comunidad y sus redes sociales. Del mismo modo, las cuidadoras también deben recibir un trato equitativo y justo. Los países tienen un margen considerable de diversidad, innovación y flexibilidad a la hora de decidir qué hacer en estas esferas (recuadro 5.12). En el capítulo 6 se ofrecen más sugerencias al respecto. Si bien es probable que en todos los países intervenga una amplia gama de interesados en este proceso, solo los gobiernos pueden establecer y administrar de manera integral los sistemas de cuidados a largo plazo.

Recuadro 5.12. La Estrategia Nacional sobre la Demencia de Escocia

La Estrategia Nacional sobre la Demencia 2013-2016 de Escocia se orienta a los siguientes resultados clave (*120*).

1. Más personas con demencia vivirán en su hogar por más tiempo y con buena calidad de vida.
2. Las comunidades estarán abiertas a las personas con demencia y les brindarán apoyo, lo que contribuirá a divulgar conocimientos sobre la demencia y reducir el estigma.
3. Las personas recibirán un diagnóstico oportuno y preciso.
4. Las personas con demencia y sus familiares recibirán un mejor apoyo posterior al diagnóstico.
5. Más personas con demencia y sus familiares y cuidadores participarán en pie de igualdad en los cuidados.
6. Se respetarán y promoverán más los derechos de las personas con demencia en todos los entornos, y se cumplirá mejor con los requisitos legales respecto del tratamiento.
7. Las personas con demencia serán tratadas con dignidad y respeto en los hospitales y otras instituciones de atención.
8. La estrategia contribuye a la visión para 2020 de Escocia respecto de la salud y la atención (*121*): todas las personas, incluidas las que tienen demencia, podrán vivir bien y por más tiempo en su hogar o en entornos similares a un hogar. Un sistema integrado de servicios de salud y servicios sociales constituye la estrategia clave para hacer realidad esta visión; el autocuidado con apoyo y la atención de salud en la comunidad son dos características de esta estrategia integrada. Ambas estrategias se encuentran respaldadas en la Carta de Derechos para las Personas con Demencia y sus Cuidadores de Escocia (*122*), que establece los derechos humanos vigentes y otros derechos legales de las personas con demencia y sus cuidadores. En el centro de esta estrategia basada en los derechos humanos se ubica el derecho de las personas con demencia y sus cuidadores a ser tratados igual que el resto de los ciudadanos de sus comunidades, a recibir apoyo para vivir de la mejor manera posible y a continuar vinculados a sus comunidades, familiares y redes de apoyo social.

Alzheimer Scotland ha sido fundamental para avanzar en este tema. Por ejemplo, su modelo de cinco pilares de apoyo posterior al diagnóstico constituye la base del compromiso del Gobierno escocés de brindar a todas las personas que tienen diagnóstico de demencia un mínimo garantizado de un año de apoyo posterior al diagnóstico (*120*). Este modelo permite a las personas y sus familiares crear planes personales sólidos, diseñados para que todas las personas con demencia puedan vivir bien y de manera independiente el mayor tiempo posible. Alzheimer Scotland ha encabezado campañas de sensibilización e iniciativas sobre comunidades abiertas a las personas con demencia y dispuestas a establecer lazos de amistad con personas con demencia para ayudar a comprender mejor esta enfermedad y a combatir las percepciones negativas en todo el país. También ha elaborado normas nacionales de atención a personas con demencia (*123*) y un marco de capacitación que establece cuáles son los conocimientos, las capacidades y las conductas que se esperan de todos los trabajadores de la salud y la asistencia social. Más de 500 personas que trabajan por los derechos de las personas con demencia, con el respaldo de personal de enfermería especializado, se desempeñan en el Servicio Nacional de Salud como agentes de cambio para promover prácticas óptimas dirigidas a mejorar la experiencia, la atención y el tratamiento, así como los resultados, para las personas con demencia y sus familiares. El objetivo de esta tarea es reducir el uso de psicofármacos y fomentar los tratamientos sin fármacos.

La Estrategia Nacional sobre la Demencia 2013–2016 de Escocia pone de relieve varios puntos tratados en este informe.

1. Es importante contar con una estrategia o plan nacional para organizar a los interesados y acordar esferas prioritarias para la acción.
2. Las iniciativas de mejoramiento deben abarcar una amplia gama de servicios y entornos —no solo servicios sociales, sino también la atención de cuadros agudos que se presta en hospitales y en la comunidad—, incluidas todas las organizaciones o los entornos que probablemente las personas mayores visiten.
3. Un enfoque basado en los derechos humanos constituye una estrategia global clave para mejorar los cuidados a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000 Jan;55(1):S41–50. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/55.1.S41 PMID: 10728129
2. Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. Cad Saude Publica. 2009;25 (Suppl. 3):S464–76. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500011 PMID: 20027393
3. Current and future caregiver needs for people with disabling conditions. Geneva: World Health Organization; 2002 (Longterm care series).
4. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer report 2013. Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2013 (https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf, accessed 17 June 2015).
5. Low LF, Fletcher J. Models of home care services for persons with dementia: a narrative review. Int Psychogeriatr. 2015 Feb 12. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000137 PMID: 25672570
6. Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, et al. Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project. J Am Geriatr Soc. 2015 Feb;63(2):371–4. doi: http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13245 PMID: 25644085
7. Pot AM. Improving nursing home care for dementia: is the environment the answer? Aging Ment Health. 2013;17(7):785–7. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.828679 PMID: 23971862
8. De Bruin SR, Oosting SJ, Tobi H, Blauw YH, Schols JM, De Groot CP. Day care at green care farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? J Nutr Health Aging. 2010 May;14(5):352–7. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0079-9 PMID: 20424801
9. Nakanishi M, Nakashima T, Sawamura K. Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2012 Jan;59(1):3–10. PMID: 22568106
10. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP. Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. Int J Nurs Stud. 2012 Jan;49(1):21–9. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008 PMID: 21820656
11. Willemse BM, Depla MF, Smit D, Pot AM. The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. Int Psychogeriatr. 2014 May;26(5):805–16. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214000015 PMID: 24507445
12. Smit D, Willemse B, de Lange J, Pot AM. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. Int Psychogeriatr. 2014 Jan;26(1):69–80. PMID: 24053758
13. te Boekhorst S, Depla MF, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. Int J Geriatr Psychiatry. 2009 Sep;24(9):970–8. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.2205 PMID: 19452499
14. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing; 2011.
15. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
16. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and dementia: a global research review. London: Alzheimer's Disease International; 2015 (http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/Women-and-Dementia.pdf, accessed 17 June 2015).
17. Mayston R, Guerra M, Huang Y, Sosa AL, Uwakwe R, Acosta I, et al. Exploring the economic and social effects of care dependence in later life: protocol for the 10/66 research group INDEP study. Springerplus. 2014;3(1):379. doi: http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-379 PMID: 25105086
18. Redondo N, Lloyd-Sherlock P. Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina. Norwich, England: University of East Anglia, School of International Development; 2009 (Working paper 13; https://www.uea.ac.uk/documents/6347571/6504346/WP13.pdf/40c878ad-25f5-4967-b338-fca4246103d9, accessed 17 June 2015).
19. Herd R, Hu Y, Koen V. Providing greater old age security in China. Paris: OECD Publishing; 2010 (Economics Department working paper No. 750; http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2010)6, accessed 17 June 2015).

20. Wong YC, Leung J. Long-term care in China: issues and prospects. J Gerontol Soc Work. 2012;55(7):570–86. doi: http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2011.650319 PMID: 22963116
21. Nienhaus A, Westermann C, Kuhnert S. Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. [Burnout among elderly care staff: a review of its prevalence]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012 Feb;55(2):211–22. (in German).doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00103-011-1407-x PMID: 22290165
22. Vernooij-Dasssen MJ, Faber MJ, Olde Rikkert MG, Koopmans RT, van Achterberg T, Braat DD, et al. Dementia care and labour market: the role of job satisfaction. Aging Ment Health. 2009 May;13(3):383–90. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607860902861043 PMID: 19484602
23. Baumbusch J, Dahlke S, Phinney A. Nursing students' knowledge and beliefs about care of older adults in a shifting context of nursing education. J Adv Nurs. 2012 Nov;68(11):2550–8. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05958.x PMID: 22364192
24. The long-term care workforce: can the crisis be fixed? Problems, causes and options. Washington (DC): Institute for the Future of Aging Services; 2007 (http://www.leadingage.org/uploadedFiles/Content/About/Center_for_Applied_Research/Center_for_Applied_Research_Initiatives/LTC_Workforce_Commission_Report.pdf, accessed 17 June 2015).
25. The 2012 Ageing Report: economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). Brussels: European Union; 2012. doi: http://dx.doi.org/10.2765/19991
26. Wimo A., Prince M. World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010 (https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf, accessed 17 June 2015).
27. Leichsenring K, Billings J, Nies H, editors. Long-term care in Europe: improving policy and practice. London: Palgrave Macmillan; 2013 (http://www.palgraveconnect.com/pc/doifinder/10.1057/9781137032348.0001, accessed 17 June 2015).
28. Scheil-Adlung X, Bonan J. Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care: assessing impacts and policy implications. Geneva: International Labour Organization; 2012 (ESS paper No. 31; https://www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.do?ressource.ressourceId=30228, accessed 17 June 2015).
29. World social protection report 2014/15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014. (http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--en/index.htm, accessed 17 June 2015).
30. Ogawa T. Ageing in Japan: an issue of social contract in welfare transfer or generational conflict? In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004 (http://zedbooks.co.uk/node/21198, accessed 17 June 2015).
31. Mitchell O, Pigott J, Shimizutani S. Developments in long-term care insurance in Japan. Sydney: University of New South Wales, Australian School of Business; 2008 (UNSW Australian School of Business Research Paper No. 2008 ECON 01; http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1115186, accessed 17 June 2015).
32. Simizutani S, Inakura N. Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurers: evidence from municipality-level data. Government Auditing Review. 2007;14:27–40.
33. Hayashi M. Japan's long-term care policy for older people: the emergence of innovative "mobilisation" initiatives following the 2005 reforms. J Aging Stud. 2015 Apr;33:11–21. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.004 PMID: 25841725
34. Adressing dementia: the OECD response. Paris: OECD Publishing; 2015.
35. Willemse BM, Downs M, Arnold L, Smit D, de Lange J, Pot AM. Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. Aging Ment Health. 2015;19(5):444–52. PMID:25117793 PMID: 25117793
36. Cohen-Mansfield J, Bester A. Flexibility as a management principle in dementia care: the Adards example. Gerontologist. 2006 Aug;46(4):540–4. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/46.4.540 PMID: 16921008
37. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. Int J Geriatr Psychiatry. 2006 Jan;21(1):43–9. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.1421 PMID: 16323258
38. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. J Clin Nurs. 2009 Apr;18(7):981–90. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x PMID: 19284433
39. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lövheim H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. Int Psychogeriatr. 2012 Jul;24(7):1144–52. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S104161021200018X PMID: 22414562
40. de Veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. J Am Geriatr Soc. 2009 Oct;57(10):1881–6. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02440.x PMID: 19682126

41. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. Int J Geriatr Psychiatry. 2009 Oct;24(10):1110–8. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.2232 PMID: 19280680
42. Hamers JP. Review: nurses predominantly have negative feelings towards the use of physical restraints in geriatric care, though some still perceive a need in clinical practice. Evid Based Nurs. 2015 Apr;18(2):64. doi: http://dx.doi.org/10.1136/eb-2014-101827 PMID: 24997212
43. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. BMC Geriatr. 2014;14(1):39. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-39 PMID: 24674081
44. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age Ageing. 2013 May;42(3):292–8. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs195 PMID: 23343837
45. Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. PLOS ONE. 2008;3(6):e2333. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0002333 PMID: 18523642
46. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. Rev Bras Psiquiatr. 2011 Mar;33(1):47–54. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000017 PMID: 20602013
47. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care–the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. Int J Geriatr Psychiatry. 2009 Apr;24(4):347–54. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.2126 PMID: 18814197
48. Morley JE. Aging in place. J Am Med Dir Assoc. 2012 Jul;13(6):489–92. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011 PMID: 22682696
49. Schulz R, Wahl HW, Matthews JT, De Vito Dabbs A, Beach SR, Czaja SJ. Advancing the aging and technology agenda in gerontology. Gerontologist. 2014;pii: gnu071. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu071 PMID: 25165042
50. Pot AM, Willemse BM, Horjus S. A pilot study on the use of tracking technology: feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. Aging Ment Health. 2012;16(1):127–34. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.596810 PMID: 21780960
51. Zwijsen SA, Niemeijer AR, Hertogh CM. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. Aging Ment Health. 2011 May;15(4):419–27. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.543662 PMID: 21500008
52. Baek SH, Sung E, Lee SH. The current coordinates of the Korean care regime. J Comp Soc Welf. 2011;27(2):143–54. doi: http://dx.doi.org/10.1080/17486831.2011.567019
53. Community-based social care in East and Southeast Asia. Chiang Mai, Thailand: HelpAge International, East Asia and Pacific Regional Office; 2015 (http://ageingasia.org/eaprdc0019/, accessed 17 June 2015).
54. Hussein S, Manthorpe J. An international review of the long-term care workforce: policies and shortages. J Aging Soc Policy. 2005;17(4):75–94. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J031v17n04_05 PMID: 16380370
55. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. Int J Nurs Stud. 2014 Jan;51(1):63–71. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001 PMID: 23273537
56. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012 (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 17 June 2015).
57. Thompson B, Tudiver F, Manson J. Sons as sole caregivers for their elderly parents. How do they cope? Can Fam Physician. 2000 Feb;46:360–5.%20http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1987702/pdf/canfamphys00002-122.pdf PMID: 10690492
58. Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. J Eur Soc Policy. 2006;16(3):271–85. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0958928706065598
59. The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization; 2010 (World Health Assembly Resolution WHA63.16; http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1, accessed 17 June 2015).
60. Morita A, Takano T, Nakamura K, Kizuki M, Seino K. Contribution of interaction with family, friends and neighbours, and sense of neighbourhood attachment to survival in senior citizens: 5-year follow-up study. Soc Sci Med. 2010 Feb;70(4):543–9. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.057 PMID: 19944506

61. Older people's associations. In: HelpAge International [website]. London: HelpAge International; 2015 (http://www.helpage.org/tags/older+people's+associations/, accessed 27 July 2015).
62. Boots LM, de Vugt ME, van Knippenberg RJ, Kempen GI, Verhey FR. A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Apr;29(4):331–44. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016 PMID: 23963684
63. Pot AM. Mastery over dementia: an internet intervention for family caregivers of people with dementia. Alzheimers Dement. 20010:6(4)(Suppl.):S90. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016 PMID: 23963684
64. Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaaftink RB, Cuijpers P, Pot AM. Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. PLOS ONE. 2015;10(2):e0116622. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116622 PMID: 25679228
65. Pot AM, Blom MM, Willemse BM. Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia. Int Psychogeriatr. 2015;4:1–12. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000034 PMID: 25648589
66. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press; 1997 (http://www.mheducation.co.uk/9780335198559-emea-dementia-reconsidered, accessed 17 June 2015).
67. Greenblat C. Love, loss and laughter: seeing Alzheimer's differently. Guildford (CT): Lyons Press; 2012 (http://www.lyonspress.com/book/9780762779079, accessed 17 June 2015).
68. Brooker D. Person-centred dementia care: making services better, second edition. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015 (http://www.jkp.com/uk/person-centred-dementia-care.html, accessed 17 June 2015).
69. Zwijsen, SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JW, Gerritsen DL, Pot AM, et al. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(7):531. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517 PMID: 22618925
70. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012 May 23;307(20):2177–84. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517 PMID: 22618925
71. Flores-Castillo A. Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria. [Care and subjectivity. a look at care at home.] Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2012 (CEPAL – Serie Mujer y desarrollo No. 112; http://archivo.cepal.org/pdfs/2012/S1200015.pdf, accessed 17 June 2015) (in Spanish).
72. Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM, Chang LI, Chen CH, et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Oct;26(10):1089–98. doi: http://dx.doi.org/10.1002/gps.2660 PMID: 21308785
73. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry. 2012 Sep;169(9):946–53. doi: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529 PMID: 22952073
74. Van't Leven N, Prick AE, Groenewoud JG, Roelofs PD, de Lange J, Pot AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2013 Oct;25(10):1581–603. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000860 PMID: 23883489
75. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. Dementia: which non-pharmacological interventions? Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2011 (KCE reports 160C; https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160c_dementia_0.pdf, accessed 17 June 2015).
76. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf, accessed 17 June 2015).
77. Day care centre.In: Alzheimer's Pakistan [website]. Lahore: Alzheimer's Pakistan; 2014 (http://alz.org.pk/day-care-centre/, accessed 2 June 2015).
78. Dementia day care: New Horizon Centres. In: Alzheimer's Disease Association [website]. Singapore: Alzheimer's Disease Association; 2010 (http://www.alz.org.sg/support-services/dementia-day-care-new-horizon-centres, accessed 2 June 2015).
79. Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):CD004396.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=24435941&dopt=Abstract PMID: 24435941
80. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. Health Technol Assess. 2009 Apr;13(20):1–224. doi: http://dx.doi.org/10.3310/hta13200 PMID: 19393135
81. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. Health Technol Assess. 2007 Apr;11(15):1–157. doi: http://dx.doi.org/10.3310/hta11150 PMID: 17459263

82. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AM. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. Aging Ment Health. 27 Mar 2015. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023765 PMID: 25815563
83. Huang HL, Shyu YI, Chang MY, Weng LC, Lee I. Willingness to use respite care among family caregivers in Northern Taiwan. J Clin Nurs. 2009 Jan;18(2):191–8. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x PMID: 19120749
84. Beland F, Hollander MJ. Modelos integrados de asistencia para ancianos frágiles: perspectiva internacional. [Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives]. Gac Sanit. 2011;25(Suppl. 2):138–46. (in Spanish). doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x PMID: 19120749
85. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x PMID: 19245421
86. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):395. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-395 PMID: 23151143
87. Somme D, Carrier S, Trouve H, Gagnon D, Dupont O, Couturier Y, et al. Niveau de preuve de la gestion de cas dans la maladie d'Alzheimer: revue de literature. [Level of evidence for case management in Alzheimer's disease: a literature review.] Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2009 Dec;7(Spec. No. 1):29–39. (in French). PMID: 20061231
88. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x PMID: 19245421
89. You EC, Dunt DR, Doyle C. Case managed community aged care: what is the evidence for effects on service use and costs? J Aging Health. 2013 Oct;25(7):1204–42. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264313499931 PMID: 23958520
90. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. J Nutr Health Aging. 2010 Oct;14(8):669–76. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0314-4 PMID: 20922344
91. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(1):CD008345.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=25560977&dopt=Abstract PMID: 25560977
92. Peeters JM, Francke AL, Pot AM. Organisatie en invulling van casemanagement dementie in Nederland. [Organization and content of case-management for people with dementia in the Netherlands.] Utrecht: Nivel/Trimbos-instituut; 2011 (in Dutch).
93. Verkade PJ, van Meijel B, Brink C, van Os-Medendorp H, Koekkoek B, Francke AL. Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. BMC Geriatr. 2010;10(1):54. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-54 PMID: 20696035
94. Peisah C, Sorinmade OA, Mitchell L, Hertogh CM. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. Int Psychogeriatr. 2013 Oct;25(10):1571–9. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213001014 PMID: 23809025
95. Diesfeldt H, Teunissen S. Wislbekwaamheid. [Capacity.] In: Pot AM, Kuin Y, Vink MT, editors. Handboek Ouderenpsychologie. [Handbook of geropsychology]. Utrecht: De Tijdstroom; 2007 (https://www.tijdstroom.nl/boek/handboek-ouderenpsychologie#.VYmmSPlVhHw, accessed 17 June 2015) (in Dutch).
96. Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. Br J Gen Pract. 2011 Aug;61(589):e537–41. doi: http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X588592 PMID: 21801576
97. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 17 June 2015).
98. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf, accessed 17 June 2015).
99. Humphreys G. Push for palliative care stokes debate. Bull World Health Organ. 2013 Dec 1;91(12):902–3. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.021213 PMID: 24347727
100. Amblàs-Novellas J, Espaulella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med. 2015 Apr;6(2):189–94. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002

101. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008 Jan 15;148(2):147–59. doi: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010 PMID: 18195339
102. Evde Bakim Hizmetleri Sunumu Hakkinda Yönetmelik. [The regulation of home care services.] In: Mevzuat Geliştirme ve Yayin Genel Müdürlüğü [website]. Ankara: Mevzuat Geliştirme ve Yayin Genel Müdürlüğü [Ministry of Health, Turkey.]; 2005 (http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m, accessed July 3 2015) (in Turkish).
103. [Ankara Metropolitan Municipality.] Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri. [Services for the elderly and care homes.] In: Ankara Büyükşehir Belediyesi [website]. Ankara: Ankara Büyükşehir Belediyesi; 2013 (in Turkish) (http://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri, accessed 2 July 2015).
104. [Ministry of Family and Social Policies, Mardin province, Turkey.] Engelli Evde Bakım Hizmetleri Nelerdir? [What are home care services for the disabled?] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin Il Müdürlüğü [website]. Mardin: T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin Il Müdürlüğü; 2012 (in Turkish) (http://www.mardin-aile.gov.tr/engelli-evde-bakim-hizmetleri-1.html, accessed 2 July 2015).
105. [Ministry of Family and Social Policies, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinde Işbirliği Protokolü Imzalandı. [Cooperation protocol signed for home health and social support services.] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014 (in Turkish) (http://www.aile.gov.tr/haberler/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinde-isbirligi-protokolu-i%CC%87mzalandi, accessed 2 July 2015).
106. [Ministry of Health, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinin Işbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol İmzalandı. [Implementation protocol for home health and social support services.] In: T.C. Sağlık Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015 (in Turkish) (http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39760/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinin-isbirligi-ic-.html, accessed 2 July 2015).
107. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/, accessed 17 June 2015).
108. van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P. The future of health care. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis; 2013 (CPB Policy Brief 2013/03; http://www.cpb.nl/en/publication/the-future-of-health-care, accessed 17 June 2015).
109. Verbeek-Oudijk D, Woittiez I, Eggink E, Putman L. Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research; 2014. (http://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Who_cares_in_Europe, accessed 17 June 2015).
110. Kim H, Kwon S, Yoon NH, Hyun KR. Utilization of long-term care services under the public long-term care insurance program in Korea: implications of a subsidy policy. Health Policy. 2013 Jul;111(2):166–74. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.009 PMID: 23706386
111. Lee HS, Wolf DA. An evaluation of recent old-age policy innovations in South Korea. Res Aging. 2014 Nov;36(6):707–30. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0164027513519112 PMID: 25651545
112. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. Soc Policy Adm. 2006;40(4):353–68. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
113. Kuo YC, Lan CF, Chen LK, Lan VM. Dementia care costs and the patient's quality of life (QoL) in Taiwan: home versus institutional care services. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Sep-Oct;51(2):159–63. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.10.001 PMID: 20042244
114. Matus-López M, Pedraza CC. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. [Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012–2020.] Rev Panam Salud Publica. 2014 Jul;36(1):31–6. PMID:25211675 (in Spanish). PMID: 25211675
115. Mebane F. Want to understand how Americans viewed long-term care in 1998? Start with media coverage. Gerontologist. 2001 Feb;41(1):24–33. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.1.24 PMID: 11220811
116. Butler RN. Psychiatry and the elderly: an overview. Am J Psychiatry. 1975 Sep;132(9):893–900. doi: http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.9.893 PMID: 1098483
117. Allen JO. Ageism as a risk factor for chronic disease. Gerontologist. 2015 23 Jan; pii: gnu158. doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu158 PMID: 25618315
118. Leclerc BS, Lessard S, Bechennec C, Le Gal E, Benoit S, Bellerose L. Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. J Am Med Dir Assoc. 2014 Mar;15(3):207–13. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.017 PMID: 24461725
119. Miller EA, Nadash P, Goldstein R. The role of the media in agenda setting: the case of long-term care rebalancing. Home Health Care Serv Q. 2015;34(1):30–45. doi: http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2014.995259 PMID: 25517684

120. Scotland's National Dementia Strategy: 2013–2016. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (http://www.gov.scot/Resource/0042/00423472.pdf, accessed 13 July 2015).
121. 2020 Vision. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2015 (http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/2020-Vision, accessed 13 July 2015).
122. Charter of Rights for People with Dementia and their Carers in Scotland. In: Alzheimer Scotland [website]. Edinburgh: Alzheimer Scotland, Action on Dementia; 2015 (http://www.dementiarights.org/charter-of-rights/, accessed 13 July 2015).
123. Standards of care for dementia in Scotland: action to support the change programme. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2011 (http://www.gov.scot/Resource/Doc/350188/0117212.pdf, accessed 13 July 2015).

Capítulo 6

Hacia un mundo amigable con las personas mayores

Yeun, 59 años, Camboya

Yeun cuida de sus dos nietos y vive solo.

"Nací en esta aldea y viví aquí toda mi vida. Nunca estuve en la capital, Phnom Penh; solo en la vecina ciudad de Battambang. El organizador comunitario de HelpAge me preguntó si me gustaría empezar un nuevo negocio. Cuando dije que sí, la asociación de personas mayores me organizó un período de prácticas con alguien que sabía arreglar bicicletas. Una vez que estuve listo, la asociación de personas mayores me dio un subsidio de 220 dólares (880.000 rieles de Camboya) para comprar herramientas y un inflador; todo lo que necesitaba para comenzar a reparar bicicletas. Antes arreglaba zapatos, pero no me alcanzaba para vivir. En aquel entonces, la gente usaba muchos zapatos de segunda mano, pero ahora no tanto. Me gusta mucho más mi negocio de reparación de bicicletas porque ahora gano el doble o el triple. Gracias a las ganancias de este negocio, pude comprar más herramientas y reemplazar algunas de las viejas. Pude colocar un techo de chapa sobre mi casa para que no entrara la lluvia. Además, pude elevar mi casa, que puede inundarse fácilmente por estar de este lado del río. Ahora, hasta les presto dinero a mis hijos. En la aldea, la gente me trae todo tipo de vehículos, casi cualquier cosa que tenga ruedas. Tengo al menos dos o tres clientes por día. Lo más difícil de reparar una pinchadura es cambiar los neumáticos. Me costó un poco aprender a hacerlo bien, pero ahora soy un experto. Creo que las personas mayores no deben rendirse y siempre deben tener esperanza. Aun teniendo una discapacidad como yo, se puede vivir con los propios esfuerzos y habilidades. Con un poco de ayuda, pude establecer este negocio, y pienso que otros pueden hacer lo mismo".

© Mayur Paul / HelpAge International 2012

6

Hacia un mundo amigable con las personas mayores

Introducción

En el capítulo 4 y el capítulo 5 se destacó la importancia de la atención de la salud y de los cuidados a largo plazo, y lo que se puede hacer para fortalecer estos sistemas. En este capítulo se aborda el papel fundamental de otros aspectos del entorno de la persona mayor y la contribución que pueden hacer otros sectores para aprovechar las oportunidades y resolver los retos del envejecimiento de la población.

El proceso de *Envejecimiento Saludable* se basa en que todos los sectores comparten un objetivo común: fomentar y mantener la capacidad funcional. Por lo tanto, este capítulo se estructura en torno a cinco dominios clave de la capacidad funcional que son esenciales para que las personas mayores puedan:

- satisfacer sus necesidades básicas;
- aprender, crecer y tomar decisiones;
- tener movilidad;
- crear y mantener relaciones;
- contribuir.

Estas capacidades son fundamentales para que las personas mayores puedan hacer las cosas que valoran. Juntas, les permiten envejecer de forma segura en un lugar adecuado para ellas, continuar con su desarrollo personal, ser incluidas y contribuir a sus comunidades conservando su autonomía y salud.

Si bien las cinco capacidades se abordan en forma independiente en el texto, se encuentran muy conectadas. Por ejemplo, participar en el trabajo puede ser esencial para satisfacer las necesidades básicas. Satisfacer las necesidades básicas es necesario para aprender y crecer, y las oportunidades para aprender y crecer también son oportunidades para establecer relaciones.

En estos análisis influyen tres consideraciones importantes. En primer lugar, lo que los adultos pueden hacer física o mentalmente (su capacidad intrínseca) es solo una parte de su potencial. Lo que realmente son capaces de hacer (su capacidad funcional) dependerá de la adecuación que exista entre ellos y su entorno. En segundo lugar, se necesita un cambio de paradigma respecto de la forma en

Recuadro 6.1. Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores

Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un buen lugar para envejecer. Las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores promueven el envejecimiento activo y saludable, y, por lo tanto, se preocupan por el bienestar durante todo el curso de la vida. Ayudan a que las personas mantengan su independencia por el mayor tiempo posible y, cuando es necesario, proporcionan asistencia y protección, siempre respetando la autonomía y la dignidad de las personas mayores.

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS fue establecida en 2010 para apoyar a los municipios que deseaban hacer realidad estas ambiciones, contando con la participación de personas mayores en el proceso y aprovechando al máximo las oportunidades a nivel local. Con su trabajo, la red procura:

- **inspirar** el cambio y mostrar lo que se puede hacer y cómo se puede hacer;
- **conectar** ciudades y comunidades de todo el mundo para facilitar el intercambio de información y experiencias;
- **apoyar** a las ciudades y comunidades para encontrar soluciones mediante orientación técnica innovadora y de base empírica.

La red se basa en el trabajo previo de la OMS, y en 2015 incluía más de 250 ciudades y comunidades en 28 países. Los miembros de la red se comprometen a:

- interactuar con las personas mayores y otros interesados en distintos sectores;
- evaluar si sus ciudades están adaptadas a las personas mayores y determinar prioridades para la acción;
- usar los resultados de la evaluación para formular políticas y hacer planes con base empírica en diversos campos, de modo de adaptar sus "estructuras y servicios para que sean accesibles e inclusivos para personas mayores con diversas necesidades y capacidades" (*3*).

Las intervenciones de adaptación a las personas mayores responden a necesidades locales. En la ciudad de Nueva York, por ejemplo, el programa Safe Streets for Seniors (Calles seguras para los adultos mayores) del Departamento de Transporte ha diseñado medidas para aumentar la seguridad de los peatones de más edad, sobre todo en aquellos puntos de la ciudad donde personas mayores sufrieron accidentes que les provocaron lesiones graves o la muerte. Entre 2009 y 2014, se rediseñaron más de 600 cruces peligrosos y las muertes de peatones mayores se redujeron en 21 % (*4*).

En otras ciudades, las iniciativas se centraron en mejorar la movilidad con transporte más asequible y accesible para las personas mayores, incluso en zonas rurales. Por ejemplo, en Winnipeg (Canadá), Handi-Transit ofrece transporte a las personas mayores que no reciben un servicio adecuado del transporte público o que ya no pueden conducir (*5*).

Para enfrentar el problema de la soledad y el aislamiento social, muchas comunidades han puesto en marcha líneas telefónicas de ayuda y planes para hacer amigos, en los que un equipo de voluntarios visita a las personas mayores. Otra forma de abordar el tema de la soledad y el aislamiento social es mediante programas que ofrecen actividades de interés para personas mayores. Un ejemplo son los Men's Sheds en Australia e Irlanda, que ofrecen a hombres en riesgo de aislamiento social actividades de su interés, como torneado de madera, reparación de vehículos antiguos, compilación de recuerdos patrimoniales y clases de computación (*6*). En el portal de la red (http://agefriendlyworld.org/en/about-us/) se puede acceder a más ejemplos de intervenciones locales.

que la sociedad entiende el envejecimiento. Los estereotipos generalizados de discriminación de los adultos mayores por su edad como personas que siempre tienen fragilidad, representan una carga y dependen de cuidados no tienen una base empírica (capítulo 1) y limitan la capacidad de la sociedad para apreciar y liberar el potencial de los recursos sociales y humanos inherentes a las poblaciones de edad avanzada. Estas actitudes negativas influyen en la toma de decisiones, las opciones sobre políticas públicas y las conductas y actitudes públicas (*1*). En tercer lugar, el efecto del entorno será distinto en cada persona mayor, dependiendo de factores como el género, el origen étnico o el nivel educativo, lo que quizás redunde en un acceso desigual al apoyo material o psicológico, o limite las opciones de conducta y, de ese modo, afecte la capacidad de la persona

mayor de tener un *Envejecimiento Saludable* (*2*). Si no se consideran estas relaciones desiguales, las políticas en todos los sectores corren el riesgo de ampliar las diferencias demostradas en el capítulo 1 y el capítulo 3.

Este capítulo también se basa en la estrategia de la OMS, aplicada en el último decenio, para desarrollar ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Gran parte de este trabajo se basa en servicios clave a nivel municipal: transporte, vivienda y desarrollo urbano, información y comunicación, y servicios de salud y comunitarios. Este capítulo complementa esa estrategia estructurando las acciones favorables a las personas mayores en torno al objetivo de mejorar la capacidad funcional y extendiendo esos conceptos de forma que responda a las necesidades de todos los sectores y pueda alentarlos a trabajar juntos. Por lo tanto, el debate es de interés para todos los niveles de gobierno y todos los sectores, tanto públicos como privados.

Las acciones que se analizan adoptan diversas formas, pero mejoran la capacidad funcional de dos maneras fundamentales:

1. Por un lado, fomentan y mantienen la capacidad intrínseca mediante la reducción de los riesgos (como los altos niveles de contaminación del aire), el fomento de hábitos saludables (como la actividad física) o la eliminación de los obstáculos que limitan la adopción de esos hábitos (como los altos índices de delincuencia o el tráfico peligroso), o la prestación de servicios que fomentan la capacidad (como la asistencia sanitaria).
2. Por otro, propician una mayor capacidad funcional; en otras palabras, salvan la brecha entre lo que las personas pueden hacer teniendo en cuenta su nivel de capacidad y lo que podrían hacer si vivieran en un entorno propicio (por ejemplo, con tecnologías de apoyo adecuadas, transporte público accesible o barrios más seguros). Al respecto, es importante reconocer que, aunque las intervenciones a nivel de la población tal vez mejoren el entorno para muchas personas mayores, muchas otras no podrán beneficiarse plenamente sin un apoyo adaptado a sus necesidades.

Este capítulo tiene por objeto ofrecer un panorama general de las cinco capacidades y analizar cómo se las puede fomentar. El propósito es ayudar a los responsables de tomar decisiones a reflexionar sobre las prácticas actuales y proporcionar apoyo para poder avanzar. Las lecciones aprendidas y compartidas por los miembros de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS (recuadro 6.1) se reflejan en muchos de los ejemplos.

Capacidad para satisfacer las necesidades básicas

Quizás la capacidad más importante de las personas mayores sea la de gestionar y satisfacer sus necesidades inmediatas y futuras para asegurarse un nivel de vida adecuado, como se establece en el artículo 25 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de las Naciones Unidas (*7*). Esta capacidad comprende que las personas mayores sean capaces de acceder a alimentación, vestido y vivienda apropiados, y servicios de salud y los cuidados a largo plazo. También abarca contar con apoyo para reducir al mínimo la conmoción económica que en ocasiones producen la enfermedad, la discapacidad, la pérdida de un cónyuge o de los medios de vida (*7*).

La incapacidad de las personas mayores para satisfacer sus necesidades básicas puede ser tanto una causa como un efecto del deterioro de la capacidad (*8–11*). No obstante, el entorno también tiene un papel crucial. Las políticas sociales insuficientes, los acuerdos económicos injustos (por los cuales quienes ya tienen dinero y salud se vuelven más ricos, y los pobres, que tienen más probabilidad de enfermarse, se vuelven más pobres) y las políticas inadecuadas (*12*) hacen que sea mucho más difícil satisfacer las necesidades básicas de

los adultos mayores y, por lo tanto, limitan lo que estas personas pueden o podrían hacer.

Además de servicios de salud y los cuidados a largo plazo, las necesidades básicas más importantes señaladas por las personas mayores son la seguridad personal, la seguridad económica y la vivienda adecuada (*13, 14*). En esta sección se repasa brevemente lo que se sabe sobre estas tres importantes esferas, sus implicaciones para el *Envejecimiento Saludable* y el potencial para la acción.

Seguridad económica, vivienda y seguridad personal

La falta de seguridad económica en la vejez es un gran obstáculo para el *Envejecimiento Saludable* y para reducir las inequidades en salud (*12*). La prevalencia de la pobreza entre las personas mayores en comparación con la población general varía considerablemente a nivel mundial. En Europa, una de cada cinco personas mayores tiene un ingreso por debajo de la línea de pobreza, y las personas de más de 80 años son las más afectadas. Cada país europeo, no obstante, presenta características distintas. En la mayoría de los países de la Unión Europea, las personas mayores tienen mayor riesgo de caer en la pobreza que la población general, pero en algunos de estos países, como Francia, Hungría, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia y la República Checa, los adultos mayores parecen contar con una protección relativamente buena frente a la pobreza (*15*). Esto demuestra que se puede cambiar la situación por medio de políticas nacionales. En los países de ingresos altos en general, el nivel de seguridad económica de una persona tiende a cambiar poco en el curso de la vida: las personas que eran ricas en sus primeros años de vida siguen siéndolo en los años posteriores y las personas que eran pobres continúan siendo pobres (*15, 16*). En los países de África Subsahariana, los hogares integrados únicamente por personas mayores suelen tener menos seguridad económica que aquellos que abarcan diversas edades (*17*). En América Latina, los índices de pobreza en las personas mayores suelen ser menores que en la población general (*18*).

Algunos grupos específicos tienen mayor riesgo de no poder satisfacer sus necesidades básicas de seguridad económica. En todos los contextos, es más probable que las mujeres sean pobres, en comparación con los hombres, y que estas no hayan generado derechos de jubilación en sus años de trabajo. En los países de la OCDE, por ejemplo, las mujeres mayores tienen un 33 % más de probabilidad de ser pobres que los hombres de la misma edad (*15, 19*). En África Subsahariana, las personas mayores que viven con sus nietos (en lo que se conoce como *hogares donde falta una generación*) tienen mayor riesgo de pobreza (*17*). En los países de la OCDE, las personas mayores que viven solas, en su mayoría viudas, corren mayor riesgo de pobreza, con índices que superan el 40 % en muchos países, como Australia, Estados Unidos, Irlanda, Japón, México y la República de Corea (*15*).

En todo el mundo, las personas mayores con ingresos bajos afrontan dificultades especiales para satisfacer la necesidad básica de una vivienda adecuada (recuadro 6.2). La vivienda habitualmente es el mayor gasto doméstico para las personas mayores pobres y el principal factor que determina cuánta comida hay y si se enciende la calefacción cuando hace frío (*21, 22*). Garantizar que las personas mayores vivan en una vivienda adecuada y de un tamaño manejable para su núcleo familiar, y cuya calefacción puedan costear, se asocia con un mejor estado de salud y posiblemente promueva mejores relaciones sociales dentro y fuera del hogar (*23*). Cuando las personas mayores tienen un ingreso fijo, se ven particularmente afectadas por el nivel en que se fijan los alquileres y los costos de los servicios básicos, el mantenimiento o las reformas necesarias para adaptarse a una pérdida de capacidad. El hecho de realizar en la vivienda mejoras que aumenten el alquiler por encima de la capacidad de pago de las personas mayo-

Recuadro 6.2. El derecho a una vivienda adecuada

El derecho a una vivienda adecuada implica más que cuatro paredes y un techo (artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (*20*). Incluye el derecho a una vivienda segura y a una comunidad donde se pueda vivir en paz y con dignidad. El derecho a una vivienda adecuada abarca diversos conceptos relacionados con las personas mayores (*21*), como una vivienda que:

- garantice la protección legal de la tenencia ante desalojos forzosos, acoso y otras amenazas;
- sea lo suficientemente asequible como para que los costos no pongan en riesgo ni comprometan otras necesidades básicas de los ocupantes;
- garantice el acceso a agua potable segura, saneamiento adecuado, eliminación de residuos y energía para cocinar, calefaccionar e iluminar el ambiente y preservar los alimentos;
- garantice la habitabilidad, o sea que garantice la seguridad física, proporcione un espacio adecuado, proteja contra amenazas a la salud y contra daños estructurales, y no esté ubicada en zonas contaminadas o peligrosas;
- garantice la accesibilidad y la usabilidad, por ejemplo, al tener en cuenta el deterioro de la capacidad;
- facilite el acceso al transporte, las compras, las oportunidades de empleo, los servicios de asistencia sanitaria y otros servicios sociales;
- respete la expresión de la identidad cultural.

res puede causar gran sufrimiento y tener efectos negativos en su salud (*24*).

También es más probable que las personas más pobres vivan en barrios desfavorecidos, con menos acceso a entornos seguros, que podrían permitirles mantenerse físicamente activas; con menos recursos, como hospitales, que podrían ayudarlas a enfrentar eventos adversos; y con menos acceso a alimentos saludables, que podrían ayudarlas a tener una alimentación nutritiva (*25*). Las características de los barrios y las comunidades también pueden incidir en los niveles de delincuencia y estrés, y llevar a las personas mayores a restringir sus movimientos. Se ha demostrado que, cuando se combinan, estos efectos de la pobreza personal y del barrio aumentan el riesgo de presentar síntomas de depresión (*26*). Las personas con menos seguridad económica y menos capacidad intrínseca suelen tener menos probabilidades de satisfacer su necesidad de una vivienda adecuada. Por ejemplo, los índices más altos de discapacidad se registran entre las personas más pobres y las que tienen menos capacidad para pagar una vivienda adecuada o mejorar su situación de vivienda (*27, 28*). Por lo tanto, sus desventajas se acumulan (*29*).

La seguridad personal es otro tema crucial para las personas mayores. Esta también se ve más amenazada en los barrios desfavorecidos, aunque es importante en todos, y su ausencia tiene importantes consecuencias para la salud, el bienestar y la supervivencia (*30*). El maltrato y el delito pueden causar heridas, dolor, estrés y depresión. Cuando las personas mayores, en especial las mujeres, son víctimas de delitos violentos, las consecuencias suelen ser más graves que en otros grupos de edad: es más probable que las mujeres mayores necesiten más atención médica, deban ingresar a una residencia de personas mayores y mueran como resultado de una agresión (*31*). Las personas mayores víctimas de maltrato tienen el doble de riesgo de morir que las que informan no sufrir maltrato (*32*). El miedo al delito y el hecho de haber sido víctima de delito, desastre o maltrato pueden aumentar el riesgo de aislamiento social y el sentimiento de vulnerabilidad, y afectar gravemente tanto la capacidad de las personas mayores para participar en las actividades de sus familias y sus comunidades, como las iniciativas comunitarias destinadas a mejorar su salud (*33, 34*).

No obstante, debido a que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, sus experiencias y las consecuencias en su salud del delito, el miedo y el maltrato no son uniformes. Algunos factores como la edad, el sexo, el nivel de capacidad física o mental, el nivel socioeconómico, el origen étnico, la religión y ser parte de una minoría sexual tienen gran influencia en

el riesgo y en la forma en que este se vive. En general, las personas mayores que son pobres, que están en mal estado de salud física y mental, que dependen de cuidados y que se encuentran socialmente aisladas tienen más probabilidades de ver amenazada su seguridad personal.

Los desastres pueden dificultar que todas las personas mayores tengan posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, agua, saneamiento, vivienda y servicios de salud. Es probable que las personas mayores con menos resiliencia y que ya tenían dificultades para satisfacer sus necesidades básicas antes del desastre estén mal preparadas para mitigar los efectos de un desastre (por ejemplo, por no hacer su casa a prueba de huracanes) o para enfrentar la situación posterior. Los desastres muchas veces crean o exacerban amenazas a su seguridad personal, por ejemplo, cuando las personas mayores se ven obligadas a vivir en alojamientos temporarios tras un desastre (*35*).

¿Qué se puede hacer para mejorar la seguridad económica?

No tener grandes preocupaciones económicas es importante durante todo el curso de la vida, pero lo es más en la vejez, cuando disminuye la capacidad de generar ingresos. Hay indicios de que disponer de cierta cantidad de dinero hace que las personas sean más felices y reduce los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad (*36, 37*). El dinero también puede ampliar las opciones en relación con otras capacidades, como las decisiones sobre las relaciones y las opciones educativas y laborales.

La seguridad económica en la vejez puede provenir de diversas fuentes: pensiones, prestaciones del seguro social, rentas, activos y transferencias intergeneracionales. Ciertas investigaciones han demostrado que en los países de ingresos altos es más probable que los hogares de ingresos más altos dependan de diversas fuentes, mientras que los hogares más pobres tienen mayor dependencia de los ingresos provenientes del seguro social (*27*). En los países de ingresos bajos, el acceso a prestaciones del seguro social y otras redes de seguridad social es muy limitado.

El apoyo de la protección social puede ayudar a satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores que no logran generar ingresos suficientes mediante pensiones contributivas, ahorros, transferencias intergeneracionales u otras fuentes. La protección social es un derecho humano fundamental que puede ser vital para las personas mayores, ya que les permite manejar los riesgos financieros y las protege de la pobreza (*7, 20*). Para garantizar la protección social se necesitan diversos instrumentos, como pensiones sociales, prestaciones condicionadas al nivel de ingresos y cobertura de los costos de la asistencia sanitaria y la atención social. No obstante, la dependencia de estos instrumentos no debe estigmatizar a los adultos mayores. El análisis que se plantea a continuación se centra en las estrategias utilizadas en distintos contextos para proporcionar apoyo a los adultos mayores pobres y refleja instrumentos tanto universales como específicos. Esta sección debe leerse junto con la sección "Capacidad para contribuir", donde se analiza, entre otros aspectos, cómo apoyar a las personas mayores para que permanezcan en la fuerza laboral sin perjudicar sus posibilidades de un *Envejecimiento Saludable*.

Las pensiones no contributivas (transferencias de efectivo dirigidas a las personas mayores) pueden elevar la posición social de las personas mayores en la familia, permitir que sigan participando en las decisiones del hogar y mejorar su acceso a los servicios (*12, 38, 39*). También pueden contribuir a la equidad de género porque las mujeres tienden a vivir más, pero suelen tener menos acceso a las pensiones tradicionales. Especialmente en los países de ingresos bajos, los sistemas de pensiones sociales también pueden mejorar el bienestar de otros miembros del hogar, incluidos los niños, ya que el dinero adicional que ingresa puede, por ejemplo, ayudar a que los niños vayan a la escuela y usarse para mejorar su alimentación (*40*). De modo que otorgar

una pensión no contributiva a una persona mayor puede ayudar a romper un ciclo intergeneracional de pobreza. Varios países han establecido planes de pensiones no contributivas que pueden utilizarse para prestar asistencia a personas mayores vulnerables. En Chile, por ejemplo, las mujeres y los hombres pobres reciben una pensión no contributiva si no están incluidos en los sistemas de pensiones formales, que solo otorgan prestaciones tras años de trabajo y aportes. Las mujeres mayores por lo general son más pobres que los hombres mayores, de modo que, proporcionalmente, reciben más beneficios del programa, sobre todo en las zonas rurales (*18*). Este es un ejemplo de una política sobre el envejecimiento que resulta eficaz para combatir las inequidades mencionadas en este informe.

Los instrumentos de cobertura y financiamiento pueden reforzarse para enfrentar estas vulnerabilidades (*41*). En Namibia se otorga una pensión universal, que no está condicionada al nivel de ingresos, a las personas de 60 años y más. Alrededor del 88 % de las personas que reúnen los requisitos necesarios reciben esta pensión, que se ha convertido en la principal fuente de ingresos para el 14 % de los hogares rurales y el 7 % de los hogares en zonas urbanas. Además de ser un importante instrumento de reducción de la pobreza, con frecuencia beneficia indirectamente a los niños que viven en hogares donde falta una generación porque sus padres trabajan en otro lugar o murieron de SIDA (*18*). Por ejemplo, un estudio realizado en Sudáfrica comprobó que las niñas que vivían con abuelas que recibían una pensión social tenían estatura y peso más adecuados a su edad (*42*). Pese al conflicto y las secuelas, Nepal también ha mantenido y desarrollado pensiones no contributivas para personas mayores (*43*). La República de Corea implementó en 2008 una pensión básica para la vejez: una pensión no contributiva y condicionada al nivel de ingresos, que constituye un mecanismo de protección social. Esta pensión ha mejorado la capacidad de las personas mayores de satisfacer sus necesidades básicas, como calefacción y alimentación nutritiva, sobre todo en el grupo de mayor edad (*44*). En Kazajstán también se ha demostrado que las pensiones tienen una influencia importante en la reducción de la pobreza en las personas mayores (*45*).

No obstante, para satisfacer las necesidades económicas de las personas mayores pobres es necesario mucho más que otorgar pensiones (recuadro 6.3). Se necesitan distintas formas de apoyo directo e indirecto, como las que se presentan a continuación.

- Poner a disposición de la comunidad programas de recapacitación que se ajusten a las necesidades de los trabajadores mayores y les permitan trabajar por más tiempo.
- Cambiar las actitudes de los empleadores respecto del valor y las contribuciones de los trabajadores mayores.
- Prestar atención social en el hogar y la comunidad para las personas más pobres y mayores (dos categorías que con frecuencia se superponen), y para aquellas que no cuentan con apoyo familiar. Con frecuencia, las mujeres conforman gran parte de este grupo (*47*). Por ejemplo, en Jordania, las

Recuadro 6.3. Promoción de la rendición de cuentas ante las personas mayores y más pensiones en Bangladesh

La organización no gubernamental Resource Integration Centre trabajó con personas mayores en 80 pueblos de Bangladesh para crear asociaciones. Las asociaciones eligieron a algunos miembros para supervisar los derechos a prestaciones de las personas mayores, como el subsidio a la vejez, el subsidio de viudez y el acceso a servicios de salud. Se comprobó que muy pocas personas recibían los beneficios que les correspondían: menos de 1 de cada 10 en una zona. Las asociaciones de personas mayores se reúnen con regularidad con los gobiernos locales para ayudar a las personas a reclamar sus derechos de pensión; como resultado, las pensiones se quintuplicaron y los bancos mejoraron los procedimientos para prestar servicios a las personas mayores (*46*).

transferencias de efectivo selectivas (pagos directos de dinero realizados a personas que reúnen los requisitos necesarios) favorecen a las mujeres pobres y a los hogares encabezados por personas mayores, pero además este beneficio se entrega en un contexto de redes familiares y comunitarias y de un importante apoyo social adicional proporcionado por organizaciones religiosas y organizaciones no gubernamentales (*18*).

- Prestar atención social esencial a partir de un nivel mínimo definido a escala nacional que satisfaga criterios específicos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (capítulo 4) (*48*).
- Elaborar políticas que ofrezcan seguro de desempleo y seguro de enfermedad, incluida la cobertura para gastos médicos catastróficos (*48*).
- Conectar a trabajadores informales con distintas formas de cobertura de pensiones y seguridad social (*49*). En India, por ejemplo, el plan nacional de pensiones se ha ampliado para incluir a trabajadores informales (*50*).
- Proporcionar atención a familias que cuidan a familiares mayores (capítulo 5).

¿Qué se puede hacer para asegurar una vivienda adecuada?

Las personas mayores quieren una vivienda que les permita vivir con comodidad y seguridad, cualquiera sea su edad, ingreso o nivel de capacidad. Para algunas, se trata del deseo de envejecer en la comunidad donde han vivido, o sea, de permanecer en su casa y en su comunidad mientras envejecen (*28, 51–54*). Para otras, el envejecimiento en la comunidad quizás no sea recomendable. Por ejemplo, la vivienda quizás deje de servirles si el barrio ha sufrido un proceso de declive o de aburguesamiento y si las redes y los servicios comunitarios de los que dependían han desaparecido. En otros casos, la vivienda puede ser inadecuada al punto de tornarse perjudicial para la persona mayor, lo que sucede muy a menudo en contextos de bajos recursos. En estos contextos, los servicios básicos limitados, los múltiples riesgos para la seguridad y los hogares intergeneracionales superpoblados pueden restringir la comodidad y la seguridad (*55*) (Fuente: I. Aboderin, [African Population and Health Research Center] Older men and women's experience of older age in three sub-saharan cities [datos inéditos], 27 de julio de 2015).

Las políticas deben hacer que las necesidades y preferencias de las personas mayores concuerden mejor con su vivienda, mediante mecanismos que se ocupen de los cambios inevitables que ocurren tanto en las personas como en los lugares con el transcurso del tiempo (*56*). Entre los beneficios de una mejor adecuación se incluyen: mejoras en la salud mental, menos lesiones, la capacidad de mantener vínculos tanto con el hogar como con la comunidad, y mayor autonomía e independencia (*54*).

Es importante debatir sobre programas y políticas generales de vivienda y lo que se puede hacer para proporcionar viviendas adecuadas y barrios seguros. Pero esto va más allá del alcance de este informe, cuyo propósito es centrarse en lo que se puede hacer para que las políticas contemplen el envejecimiento de la población y se concentren específicamente en las personas mayores pobres y en aquellas que presentan deterioro de la capacidad. Las medidas que se pueden adoptar involucrarán a distintas organizaciones, disposiciones de gobernanza, instrumentos de financiamiento, tipos de alojamiento y proveedores. Cualquier medida que se escoja dependerá del contexto.

Facilitar opciones a las personas mayores

Las personas mayores de todos los grupos de ingresos y de todos los contextos deben disponer de diversas opciones para acceder a una vivienda adecuada y asequible. Puede tratarse de viviendas regidas por el mercado para quienes puedan costearlas, viviendas sociales, centros de vida asistida, comunidades de atención con-

tinua (que ofrecen opciones residenciales según los distintos niveles de capacidad: vida independiente, vida asistida o internación) y centros de vida compartida, como albergues y hogares de atención especializada.

En la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* y el *Protocolo Facultativo* de las Naciones Unidas se reconoce que todas las personas con discapacidad tienen los mismos derechos a vivir en su comunidad, a elegir dónde y con quién vivir, y a no verse obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico (*57*). En el artículo 19 de la Convención también se incluyen disposiciones para una variedad de servicios de atención domiciliaria, residencial y otros servicios comunitarios, que pueden representar opciones rentables para permitir el envejecimiento en la comunidad. Se ha demostrado, por ejemplo, que la teleasistencia (la prestación de servicios a distancia) mejora la capacidad de las personas mayores de mantenerse en sus hogares, incluso en casos de personas con demencia. En Bradford (Inglaterra), un proyecto piloto que proporcionaba teleasistencia a adultos mayores comprobó que el 26 % de las personas que participaban en el programa de teleasistencia pudieron permanecer en su hogar, y evitar así el ingreso no deseado a un hogar de atención especializada (*58*). Otro 13 % de las personas que participaban en el programa evitaron la hospitalización, y se registró una reducción del 29 % en el número de horas necesarias de atención domiciliaria. Este fue un proyecto piloto, pero si se amplía hasta su capacidad máxima, se estima que el programa ahorraría importantes recursos (*58*).

Formular políticas que apoyen las reformas en las viviendas y el acceso a tecnologías de apoyo

La accesibilidad de las viviendas y la funcionalidad de las reformas y los dispositivos de apoyo son de especial importancia para los adultos mayores porque es probable que pasen más tiempo que las personas más jóvenes en el hogar, o en las inmediaciones, y quizás tengan menos capacidad intrínseca para superar obstáculos como pisos desnivelados o calles con baches (*59*). El deterioro de la capacidad intrínseca es la razón más común por la cual las personas no pueden continuar viviendo en su hogar y deben mudarse (*60*). Muchas personas mayores habitan viviendas que fueron construidas hace mucho tiempo y tienen elementos potencialmente peligrosos —como alfombras, puertas estrechas, baños inaccesibles y poca luz—, que se transforman en obstáculos para la independencia a medida que las personas envejecen y pierden capacidad (*52, 61*). Cuando las personas sufren una pérdida importante de la capacidad, los que antes eran obstáculos domésticos menores posiblemente se transformen en grandes obstáculos que les impidan satisfacer sus necesidades diarias, por lo que en muchos casos las personas mayores no podrán regresar a su casa luego de una hospitalización o necesitarán vivir por un tiempo en una vivienda mejor adaptada (*62*).

Las reformas del hogar (conversiones o adaptaciones realizadas a elementos físicos permanentes de la vivienda para reducir las exigencias del entorno físico) pueden tener diversos beneficios: facilitan las tareas; reducen los riesgos para la salud, como las caídas (recuadro 6.4); proporcionan mayor seguridad; ayudan a mantener la independencia con el transcurso del tiempo; tienen efectos positivos en las redes y relaciones sociales, y facilitan así el compromiso continuo con la sociedad (*24, 61, 72*). Se ha demostrado que las reformas del hogar son eficaces en función del costo (recuadro 6.5). Por lo general, se centran en uno o más de los siguientes tres aspectos:

- la accesibilidad física: por ejemplo, mediante la eliminación de obstáculos (como escaleras de ingreso) y la inclusión de elementos de ayuda para la movilidad y la seguridad (como barras de sujeción en las duchas y cerca de los inodoros);
- la comodidad: por ejemplo, mediante la mejora de la eficiencia energética con la instalación de aislamientos y burletes (*25*);

- la seguridad: por ejemplo, mediante la reducción del polvo en el aire o la instalación y el mantenimiento de mecanismos para evitar lesiones, como pisos antideslizantes en los baños.

Las personas mayores pueden hacer planes con tiempo e integrar los cambios necesarios para asegurar la accesibilidad —por ejemplo, agregar barras de sujeción cuando renuevan el baño—, o pueden realizar los cambios a medida que su capacidad disminuye. Debido a que la capacidad de las personas mayores puede deteriorarse con rapidez, es necesario garantizar que las evaluaciones sean oportunas y que los cambios se realicen en forma rápida, de modo que las personas mayores puedan mejorar todo lo posible sus trayectorias de funcionamiento y envejecer en la comunidad (*72*). El hogar puede ser una base importante desde la cual promover los vínculos, por lo que las personas mayores deben tener control sobre cualquier decisión acerca de las modificaciones propuestas (*61*).

A continuación se presentan algunos ejemplos de políticas o programas que se han puesto en marcha para ayudar a las personas mayores a realizar reformas en el hogar. Los programas deben asegurar que la información sobre los servicios disponibles para ayudar con las modificaciones se encuentre en formatos accesibles y fáciles de entender.

- Préstamos, subvenciones o transferencias directas (subsidios). Se entregan directamente a las personas mayores o a los propietarios cuyos residentes mayores cumplen determinados criterios (como un determinado nivel de ingresos), y los propietarios deben acordar no aumentar el alquiler de ninguna persona mayor a causa de las adaptaciones (*74, 75*). Se han usado en muchos países de Europa, América del Norte y el Caribe, y pueden destinarse específicamente a personas mayores que sean pobres, pero que sean propietarias de su vivienda, y a propietarios con inquilinos de ingresos bajos. Por ejemplo, en Alemania, el *Pflegeversicherung* (un seguro nacional de asistencia basado en

Recuadro 6.4. Intervenciones en el entorno que evitan caídas

El entorno inmediato tiene un importante papel en la protección de las personas mayores contra las caídas. Una revisión sistemática de intervenciones polifacéticas a nivel de la población que fueron evaluadas en estudios realizados en Australia, Dinamarca, Noruega y Suecia mostró que se evitaron entre el 6 % y el 75 % de las lesiones relacionadas con caídas (*63*).

Además del tratamiento de afecciones de salud y el control de medicamentos, se ha demostrado que diversas intervenciones en el entorno resultan útiles para reducir los riesgos en el caso de los adultos mayores que viven integrados en la comunidad (*64*):

- educación para las personas mayores a fin de ampliar sus conocimientos y reducir el temor a las caídas (*63, 65, 66*);
- visitas a domicilio realizadas por profesionales de la salud a personas en situación de alto riesgo (*65, 67, 68*). Las evaluaciones conjuntas realizadas por prestadores de asistencia sanitaria certificados y la persona mayor pueden ser más exhaustivas y lograr un mejor seguimiento que la autoevaluación por separado o una evaluación realizada solo por un médico general (*69*);
- información sobre la reducción de riesgos en el hogar (*65, 68*);
- capacitación para prestadores de servicios municipales, trabajadores sanitarios y nuevos proyectistas de viviendas sobre cómo eliminar riesgos en el hogar y los espacios públicos (*70*);
- oportunidades para realizar actividad física (*65*), como programas de caminatas (*67*) o clases de taichí en la comunidad (*66*) (recuadro 6.12);
- mejoras en el entorno físico del barrio, como mejorar la iluminación de los espacios públicos y construir calles y senderos peatonales más accesibles y seguros (*67*);
- educación comunitaria sobre prevención y manejo de caídas mediante folletos, afiches, la televisión y la radio (*68, 70, 71*), y con la participación de medios de comunicación locales y servicios y organismos comunitarios (*65, 67, 71*).

el libro XI del Código Social) subsidia reformas en el hogar para todas las personas que requieren cuidados a largo plazo en su domicilio, incluidas personas mayores y otras. Las personas pueden solicitar hasta 4.000 euros para financiar reformas en su vivienda. Si la capacidad de una persona se deteriora y sus necesidades cambian, puede volver a solicitar un financiamiento hasta un máximo del mismo monto. La demanda de subsidios para realizar reformas en el hogar casi se ha cuadruplicado (al pasar de 39 millones de euros en 1998 a 143 millones de euros en 2013) y hoy representa el 0,62 % de los gastos totales en virtud del mencionado seguro (*Fuente*: B. Hernig [Verband der Ersatzkassen] comunicación personal con Matthias Braubach, 13 de mayo de 2015).

- Planes para mantener la vivienda en buenas condiciones: en Australia (*76*), las Bahamas y Barbados (*77*), así como en el Reino Unido (*78*), existen planes que ofrecen servicios de limpieza y reparación para ayudar a las personas mayores vulnerables o frágiles que pueden sentir temor a que un extraño ingrese a su casa o a manejar los aspectos económicos de las reparaciones.

Es posible que las iniciativas destinadas a mejorar la accesibilidad de las viviendas deban ir acompañadas del suministro de tecnologías de apoyo (*79*), como bastones, andadores, asientos de ducha, tablas de bañera, alfombras de baño antideslizantes y asientos de inodoro adaptados, o calendarios con símbolos para personas con deterioro cognitivo. Para que los dispositivos sean apropiados, adecuados y de alta calidad, deben satisfacer las necesidades y preferencias de las personas mayores y adaptarse a su entorno. Además, debe realizarse un correcto seguimiento para asegurar su utilización segura y eficaz (*80*).

Existen otras tecnologías que pueden ayudar a mejorar la seguridad de la persona mayor en el

Recuadro 6.5. Dinero bien invertido: la efectividad y el valor de realizar reformas en la vivienda

En un estudio realizado en el año 2000, se examinó la efectividad de recurrir al financiamiento público para realizar reformas en las viviendas de personas mayores y otras personas con capacidad limitada en Inglaterra y Gales (*73*). El estudio entrevistó a personas en cuyos hogares se realizaron grandes adaptaciones y utilizó información de cuestionarios postales enviados por personas con hogares que realizaron adaptaciones menores, registros administrativos y opiniones de profesionales visitantes. El principal parámetro de efectividad fue la medida en que los problemas reportados antes de la adaptación fueron solucionados sin causar nuevos problemas. En el estudio se comprobó lo siguiente:

- Las adaptaciones menores (como el agregado de barras de sujeción, rampas, bañeras con ducha y sistemas de ingreso) tuvieron consecuencias duraderas y positivas para casi todos los receptores: el 62 % de los encuestados se sentía más seguro frente al riesgo de un accidente y el 77 % notó un efecto positivo en su salud.
- Las grandes adaptaciones (como las transformaciones del baño, las ampliaciones o la incorporación de un ascensor), en la mayoría de los casos transformó la vida de las personas: antes las personas usaban palabras como *prisionera*, *degradada* y *temerosa* para describir su situación; después de las adaptaciones, se referían a sí mismas como *independientse*, *útiles* y *confiadas*.
- Cuando las grandes adaptaciones no lograron el resultado previsto, generalmente se debió a una falla en la especificación original. Por ejemplo, las ampliaciones demasiado pequeñas o demasiado frías, o no ofrecían instalaciones de baño adecuadas.
- Los datos indicaban que las adaptaciones exitosas mantenían a las personas alejadas del hospital, reducían el estrés de los cuidadores y promovían inclusión social.
- Los beneficios eran más notorios cuando realizaban consultas minuciosas a los usuarios, cuando consideraban las necesidades de toda la familia y se respetaba la integridad del hogar.

Pareceque las adaptaciones representan un uso altamente eficaz de los recursos públicos, por lo que justifican la inversión.

hogar. Los sensores y las cámaras pueden monitorear la vivienda y analizar datos para determinar si, por ejemplo, la persona mayor se cayó, activó el detector de humo o se marchó. Una revisión sistemática de tecnología de hogar inteligente reveló que las personas mayores estaban dispuestas a contar con estas tecnologías en su vivienda si existían beneficios tangibles y si se tomaban en cuenta sus inquietudes respecto de la privacidad (*79*).

Algunas investigaciones han demostrado que el suministro de un paquete integral de adaptaciones para la vivienda y tecnologías de apoyo para personas mayores sería eficaz en función del costo, dado que reduciría la necesidad de asistencia formal (*81*).

Formular políticas que amplíen las opciones de vivienda adecuada para las personas mayores

Las necesidades, las preferencias, las modalidades de convivencia y las situaciones financieras de las personas mayores varían enormemente alrededor del mundo. Por lo tanto, las políticas para garantizar que cuenten con una vivienda adecuada deben ofrecer soluciones diversas (*51*). Debido a que la vivienda de las personas mayores con ingresos bajos representa un desafío especial para el *Envejecimiento Saludable*, en esta sección se analiza específicamente el tema de la vivienda social y asequible. Las estrategias para que la vivienda sea asequible requieren que se mejore la capacidad de las personas mayores para pagar una vivienda adecuada o que se ofrezcan viviendas sociales. Es probable que estas estrategias exijan la colaboración de los gobiernos, los servicios sociales y el sector privado.

Los países han enfrentado el problema de la asequibilidad de distinta manera, pero siempre teniendo en cuenta tanto la oferta como la demanda. Entre las estrategias para aumentar la demanda se encuentra aumentar el dinero disponible de las personas mayores para alquilar o comprar una vivienda adecuada. En Uruguay, por ejemplo, se otorgan beneficios de vivienda basados en los ingresos de la persona, que pueden usarse para pagar una parte o la totalidad del alquiler (*77*). En otros países de la región también se ofrecen subsidios directos para realizar mejoras en el hogar. Los gobiernos también pueden influir en el costo del alquiler o en su impacto en las personas mayores. En algunos países, como Estados Unidos, se han entregado vales para viviendas subvencionadas, para que los inquilinos puedan envejecer en la comunidad. Para los propietarios mayores con ingresos bajos, existen los programas de reducción de impuestos sobre bienes raíces (*27*). En Sudáfrica existen subvenciones para quienes reciben un subsidio de vejez que les permite construir o comprar una casa. Otras estrategias para aumentar el ingreso disponible de las personas mayores incluyen el uso de una casa libre de gravamen como activo para canjear por dinero en efectivo o usar como garantía para un préstamo (*82*).

Otra opción podría ser instrumentar una política que apoye el traslado de las personas mayores a viviendas más adecuadas. Por ejemplo, en los Países Bajos se entrega un subsidio específico para vivienda para ayudar a las personas mayores a mudarse a una casa más adecuada (*25*). En Nicaragua existe una ley que otorga a las personas mayores, o a los hogares donde vive una persona mayor, acceso preferente a los proyectos de vivienda social (*77*).

Cada vez es más difícil asegurar una oferta adecuada de viviendas apropiadas y asequibles — desde viviendas regidas por el mercado y viviendas de bajo costo hasta viviendas de alquiler en comunidades de vida asistida—, sobre todo en muchas regiones donde quedan menos viviendas sociales (*83*). Existen, no obstante, diversas opciones financieras, como préstamos, subsidios e incentivos, que pueden utilizarse para aumentar el número de viviendas sociales y asequibles (*27, 53, 84*).

También se pueden implementar políticas y programas para ampliar la oferta de viviendas o barrios, de manera de satisfacer las condiciones para una vivienda adecuada. Las iniciativas

para mejorar las viviendas en las zonas desfavorecidas pueden constituir una estrategia basada en la población para mejorar la salud y reducir las inequidades sanitarias en el curso de la vida. Las iniciativas que van más allá de las viviendas para mejorar las zonas que presentan más problemas muchas veces son más rentables que las estrategias que trasladan a las personas de contextos socioeconómicos pobres a zonas más favorecidas (*25*).

Es más barato construir viviendas nuevas accesibles y con un consumo de energía más eficiente que modernizar las que ya existen. En muchos países, las leyes y normas sobre discapacidad y accesibilidad afirman la necesidad de proporcionar acceso a todas las personas. Aunque las tasas de renovación del patrimonio de viviendas sean bajas y no sea factible centrarse en la construcción de viviendas nuevas en el corto plazo, es importante garantizar que las viviendas con respaldo estatal cumplan con los principios del diseño universal, consuman energía de manera eficiente y sean capaces de aprovechar las innovaciones en materia de diseño de viviendas que pueden servir a las personas a medida que envejecen. También es posible utilizar códigos de construcción que requieran características accesibles para garantizar que los promotores inmobiliarios de viviendas regidas por los precios del mercado construyan casas y dispongan renovaciones más adaptadas a las personas mayores. Los arquitectos, constructores y urbanistas deben tomar conciencia de la importancia de garantizar la accesibilidad. Esto resulta particularmente importante en los proyectos de renovación urbana a gran escala y durante la reconstrucción tras un desastre.

¿Qué se puede hacer para satisfacer la necesidad de seguridad personal?

Las personas mayores necesitan estar y sentirse seguras y protegidas en su casa y en su comunidad (esto supone evitar tanto lesiones como daños intencionados). Las lesiones, el maltrato, los delitos y los desastres socavan la seguridad personal de los adultos mayores. En esta sección se abordan tres temas que ponen en riesgo la seguridad personal de los adultos mayores: los delitos (por ejemplo, robos, asaltos y homicidios), el maltrato de las personas mayores (por ejemplo, maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico y material, y abandono y negligencia) y los desastres. La seguridad relacionada con lesiones por accidentes de tránsito y caídas se aborda en las secciones "Capacidad de movimiento" y "¿Qué se puede hacer para asegurar una vivienda adecuada?".

Si bien hay poca información sobre qué se puede hacer para salvaguardar la seguridad personal de los adultos mayores, la información que se presenta a continuación se basa en datos que indican que ciertas estrategias benefician a las personas mayores y tienen un riesgo limitado de efectos negativos imprevistos.

Delitos

Aunque es más probable que las personas mayores sientan más miedo al delito que los miembros más jóvenes de la comunidad, puede que la probabilidad de que sean víctimas de un delito o la violencia correspondiente sea menor (*85*). No obstante, es probable que la menor prevalencia del delito observada contra las personas mayores no se deba a una reducción del riesgo con la edad, sino, más bien, al aumento de conductas que se originan en el miedo y reducen la exposición (por ejemplo, las personas mayores quizás pasen más tiempo en casa) (*30*). El miedo al delito se agudiza con las mayores desigualdades, las relaciones y actitudes intergeneracionales negativas, y una cultura mediática que explota los delitos con fines sensacionalistas (*86*).

Para mejorar la seguridad personal de las personas mayores y de sus viviendas, es preciso adoptar medidas en el hogar y en la comunidad en general. Esas medidas, como la instalación de cerraduras o alarmas, deben ir acompañadas de iniciativas para mantener la vivienda, de modo que no parezca descuidada o de fácil acceso. Por

Recuadro 6.6. Las personas mayores conocen a los policías locales en Nueva Delhi (India)

Sangam Vihar, en Delhi Sur (India), es uno de los asentamientos ilegales más grandes del país y no cuenta con servicios públicos, como agua, electricidad y saneamiento. Una encuesta comunitaria reveló que los adultos mayores estaban especialmente preocupados por la seguridad y tenían muy poco contacto con los agentes policiales locales.

Con apoyo político local, se puso en marcha un programa para facilitar el contacto entre los adultos mayores y la policía comunitaria en seis distritos de Sangam Vihar (esto incluía a unos 1.800 adultos mayores). Con la ayuda de dos comisarías de la localidad, los adultos mayores pudieron conocer a los policías locales y recibieron tarjetas con los números de teléfono de todos los policías que patrullaban las calles. Para alentar a los adultos mayores a usar los números telefónicos cuando fuera necesario, practicaron llamar a los policías locales. Las comisarías elaboraron un registro de los adultos mayores que participaron para poder reconocerlos en caso de que llamaran. Además, los policías averiguaban qué adultos mayores vivían solos y los visitaban con regularidad. Un pequeño estudio de seguimiento realizado cuatro meses después de la implementación reveló que más del 50 % de los adultos mayores aún conservaba la tarjeta de contacto. Si bien este programa parece prometedor, es necesario realizar más investigaciones para entender su impacto en la seguridad personal.

Fuente: B. Grewel, L. Warth, comunicación personal, junio de 2015.

ejemplo, el proyecto Security and Advice For the Elderly (Seguridad y Consejos para las Personas Mayores), en Nottinghamshire (Inglaterra), constató una reducción del 93 % en los robos en residencias particulares de personas mayores de ingresos bajos a las que se habían entregado mejores cerraduras y que habían adoptado otras medidas preventivas (*87*). Las decisiones urbanísticas y de uso del suelo también aumentan la seguridad personal de las personas mayores si las medidas incluyen el diseño de estructuras y entornos seguros, accesibles y bien iluminados. Para mejorar la seguridad de las personas mayores, es importante garantizar que las autoridades locales proporcionen espacios más seguros e identifiquen y respondan a los problemas de seguridad (recuadro 6.6).

Es importante reducir el miedo de las personas mayores al delito y, al mismo tiempo, incentivarlas a mantenerse alertas ante los riesgos reales. Es más probable que los adultos mayores que se mantienen activos, se involucran en sus comunidades y se sienten necesarios no tengan miedo al delito. Las personas aisladas tienen más probabilidades de perder la confianza, y es necesario centrarse específicamente en ellas cuando se trabaja en la participación de la comunidad con el objeto de reducir el miedo. Por ejemplo, en Queensland (Australia), el Departamento de Salud y Envejecimiento elaboró un kit de información sobre delito y seguridad, y capacitó a las organizaciones comunitarias en su uso para disipar mitos y temores sobre la magnitud de los delitos perpetrados contra personas mayores (*87*). Otra estrategia consiste en suscitar el compromiso de los medios de comunicación para evitar en lo posible el sensacionalismo en la información sobre delitos contra personas mayores y promover imágenes positivas de adultos mayores que participan en sus comunidades (*86*).

Lo mejor es implementar las estrategias para prevenir los delitos y reducir el miedo a nivel del gobierno local y como parte de una estrategia de seguridad comunitaria (*87*). Los programas que aprovechan las capacidades de todos los interesados, como el gobierno, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de personas mayores y la policía, probablemente sean los más eficaces (*87*).

Maltrato de las personas mayores

Es probable que al menos una de cada diez personas mayores que viven en la comunidad sufra maltrato, y las mujeres son las más vulnerables (capítulo 3) (*88*). Muy posiblemente esta cifra sea

Recuadro 6.7. La lucha contra el abuso financiero de las personas mayores en California

El abuso financiero de las personas mayores (también conocido como *estafas a personas mayores*) abarca un amplio espectro de actividades. Las transacciones inusuales constituyen el indicador más obvio, como sucede cuando un cliente que generalmente retira 2.000 dólares de pronto retira 30.000 dólares. Otras formas más sutiles de abuso financiero quizás sean más difíciles de detectar. Estas incluyen estafar a una persona mayor por teléfono o por Internet, obligar a una persona mayor a firmar una escritura o un testamento, usar propiedades o posesiones de una persona mayor sin su permiso, o incluso cuando alguien promete prestarle asistencia de por vida a cambio de dinero y luego no cumple con lo prometido.

El abuso financiero de las personas mayores se considera uno de los delitos de más rápido crecimiento en Estados Unidos; los adultos mayores pierden cada año alrededor de 2.900 millones de dólares y solo uno de cada seis casos se denuncia (*74*). Según un amplio estudio acerca del abuso financiero de las personas mayores en Estados Unidos, los responsables más comunes no son desconocidos, sino familiares (58 %) y, más habitualmente, hijos adultos de la persona mayor (25 %). Otros autores comunes de este delito son amigos y vecinos (17 %) y cuidadores remunerados en el domicilio (15 %). Se ha constatado que el abuso financiero afecta de manera desproporcionada a los adultos mayores afroamericanos y a aquellos que viven por debajo de la línea de pobreza. También se comprobó que los adultos mayores que tenían dificultades para tener una vida independiente corrían más riesgo de ser explotados. Cuando las personas mayores necesitan ayuda para hacer las compras o preparar la comida, es más probable que los posibles perpetradores obtengan acceso a sus finanzas (*90*). En California, el gobierno, organizaciones de atención a personas mayores, empresas y particulares lograron implementar con éxito una serie de medidas coordinadas para enfrentar el abuso financiero de las personas mayores.

- Se aprobó una nueva ley estatal que obliga a los bancos a denunciar toda sospecha de abuso financiero de personas mayores, del mismo modo en que los maestros están obligados a denunciar toda sospecha de maltrato infantil.
- Una organización de la sociedad civil elaboró una guía para no profesionales que colaboran en la administración de las finanzas de los adultos mayores, con normas de práctica y consejos sobre cómo proteger los fondos de las personas mayores de la explotación económica.
- Una importante organización de personas mayores patrocinó una serie de eventos para generar conciencia sobre el abuso financiero de las personas mayores como un factor clave que afecta su salud y bienestar.
- Se inauguró la nueva Oficina para la Protección Financiera del Consumidor a nivel nacional, con una Oficina para la Protección Financiera de los Estadounidenses Mayores que respalda las iniciativas gubernamentales y ayuda a proteger a todos los estadounidenses mayores.

La experiencia de California ha demostrado que es fundamental contar con una estrategia multisectorial que involucre a diversos actores en distintos niveles para abordar el problema complejo del abuso financiero de las personas mayores.

una subestimación, ya que solo se denuncia 1 de cada 24 casos de maltrato de personas mayores (*89*). También es probable que la prevalencia en los ámbitos de atención de personas con demencia sea mucho mayor.

La respuesta de salud pública al maltrato de las personas mayores es limitada ante la ausencia casi total de datos confiables respecto de la efectividad de los programas de prevención. Las estrategias que se señalan a continuación se basan en abundantes datos de estudios de casos y pruebas clínicas, y requieren el compromiso de los medios de comunicación, los servicios y los organismos comunitarios locales.

- Equipos multidisciplinarios. Los profesionales de distintas disciplinas suman sus conocimientos técnicos y ayudan a resolver casos de maltrato de las personas mayores.
- Líneas de ayuda. Permiten proporcionar información a personas que llaman en forma anónima y orientar a víctimas reales y potenciales.
- Movimientos bancarios. Se monitorean para detectar transacciones sospechosas

y, en ocasiones, ayudar a identificar a las personas mayores en riesgo de abuso financiero (recuadro 6.7).
- Apoyo a los cuidadores de personas mayores para evitar el maltrato. El apoyo puede consistir en capacitación, información y cuidados de respiro para ayudar a reducir el estrés de los cuidadores y permitirles manejar mejor sus responsabilidades.
- Alojamiento de emergencia. Se proporciona a las personas mayores víctimas de maltrato.

Es imperioso realizar más investigaciones sobre la magnitud del abuso y los factores de riesgo, y analizar qué es lo que funciona en materia de prevención y asistencia.

Desastres

El número de desastres va en aumento en todo el mundo, lo que supone un riesgo especial para las personas mayores de perder tanto funciones como capacidades (capítulo 3). Los desastres afectan la capacidad de las personas mayores y su probabilidad de supervivencia debido a las lesiones relacionadas con el desastre, a la asistencia quirúrgica básica deficiente, a los problemas psicológicos y de salud mental provocados por la situación de emergencia, y al colapso de los servicios de prevención y manejo de las afecciones crónicas y de apoyo social. Además, las personas mayores que son víctimas de desastres muchas veces son más susceptibles a las enfermedades transmisibles y al agravamiento de las enfermedades que padecen. Por ejemplo, durante las epidemias recientes de cólera en Haití y Zimbabwe, los adultos de entre 60 y 79 años tenían cuatro veces más probabilidades de morir que los adultos más jóvenes (y en las personas de más de 80 años estas probabilidades eran 11 veces más altas), además del doble de probabilidades de sufrir deshidratación grave (*91*).

Los desastres también pueden limitar considerablemente todas las capacidades de las personas mayores, incluso en comparación con los individuos más jóvenes que enfrentan las mismas circunstancias. Esto se debe a que los adultos mayores muchas veces pierden dispositivos de apoyo esenciales, como lentes, aparatos de audición y aparatos para la movilidad, o son dejados atrás o reciben apoyo inadecuado cuando una comunidad se ve obligada a evacuar o cuando los ámbitos de atención tienen menor capacidad (*92*). La vulnerabilidad de las personas mayores con capacidad limitada se agudiza en las situaciones de emergencia, cuando se ven separadas de sus familiares y de sus fuentes habituales de apoyo y asistencia informal (*93*).

Si bien tanto el estado de salud de las personas mayores como su capacidad para enfrentar un desastre varían mucho, también constituyen un importante recurso, a menudo desaprovechado. En general, el conocimiento que las personas mayores tienen de su cultura y de su comunidad, su experiencia en desastres anteriores y la posición de respeto que ocupan en sus familias y comunidades pueden resultar de utilidad en situaciones de emergencia y desastre (*33*). Un estudio realizado en Sri Lanka sobre las personas afectadas por el tsunami del Océano Índico en 2004 mostró que las personas mayores se sentían más frustradas por la falta de trabajo que por sus presuntas vulnerabilidades: "Muchas personas mayores expresaron un fuerte deseo de regresar al trabajo, sobre todo porque el tsunami había sumergido a su familia aún más en la pobreza" (*94*). El suministro constante de apoyo psicosocial a las personas mayores también fue importante para su recuperación (*95*).

Para responder a esta diversidad en las personas mayores, todos los sectores deben incluirlas, asistirlas y apoyarlas para aprovechar sus posibles contribuciones, siempre que sea posible, y apoyarlas cuando necesiten asistencia y protección. Esto requerirá diversas actividades específicas, como las que se indican en el cuadro 6.1, pero también exigirá varios cambios en los sistemas para satisfacer las necesidades a largo plazo de la comunidad.

Es prioritario garantizar que los temas relacionados con las personas mayores se incluyan

Cuadro 6.1. Medidas específicas que pueden mejorar el acceso de las personas mayores a diversos servicios básicos durante una situación de desastre (*35, 92*)

Ámbito	Ejemplos de medidas posibles
Servicios de salud	Propiciar el acceso de las personas mayores que viven en la comunidad y en instituciones a servicios de atención primaria de la salud, y prevenir así afecciones secundarias y enfermedades concomitantes, además del acceso a los servicios necesarios para manejar la pérdida de capacidad, como la rehabilitación, incluida la entrega de dispositivos de apoyo.
Alimentación y seguridad alimentaria	Garantizar que las personas mayores tengan acceso a apoyo nutricional y alimentación adecuada (por ejemplo, acceso a centros de alimentación complementaria para quienes tienen dificultades para mantenerse de pie).
Planificación de obras, instalaciones y alojamientos	Incluir consideraciones de accesibilidad al planificar obras y construir instalaciones y alojamientos, de modo de garantizar la seguridad y dignidad de las personas mayores y la facilidad de uso.
Agua y saneamiento	Tener especialmente en cuenta a las personas con discapacidad de modo que todas las personas tengan acceso seguro y adecuado a agua y saneamiento (por ejemplo, evaluar la posibilidad de distribuir contenedores de agua adaptados o asegurar que se preste ayuda en la comunidad). Esto puede ser importante para las personas mayores que tienen dificultades para acceder a baños o bombas de agua, o para trasladar recipientes de agua para cocinar.
Protección	Sensibilizar sobre el maltrato de las personas mayores y adoptar las medidas detalladas en la sección "Maltrato de las personas mayores". Garantizar el reencuentro entre las personas mayores y sus cuidadores.
Preparación para situaciones de emergencia (incluidas alertas tempranas)	Sensibilizar y proporcionar información sobre la preparación para situaciones de emergencia a las personas mayores, sus cuidadores y la comunidad en general. La preparación muchas veces incluye, por ejemplo, conocer las rutas de evacuación seguras o disponer de una reserva de emergencia de medicamentos para afecciones crónicas o baterías de repuesto para aparatos de audición. Incluir a las personas mayores en el análisis de posibles riesgos, así como en las medidas de planificación de recuperación y respuesta.
Recuperación y rehabilitación	Facilitar el acceso de las personas mayores pobres a programas de medios de vida e incluir consideraciones de acceso cuando se efectúan reconstrucciones de edificios.

en las políticas para la gestión de riesgos en situaciones de emergencia, los presupuestos y las solicitudes de financiamiento, las leyes y los programas. Cuando existen, las políticas sobre el envejecimiento también deben cubrir la gestión de riesgos en situaciones de emergencia (*92*). Las personas mayores deben intervenir en la elaboración de políticas, leyes y programas, así como en el control de su implementación, lo que probablemente requiera fomentar la capacidad de las personas mayores y sus organizaciones (recuadro 6.8).

Los mecanismos para garantizar la coordinación intersectorial que incluyen a las personas mayores en la toma de decisiones pueden facilitar su participación antes, durante y después de los desastres. Podría resultar de especial utilidad establecer mecanismos de coordinación entre los sistemas de atención de la salud y los de cuidados a largo plazo. Las residencias de personas mayores, por ejemplo, muchas veces sirven para alojar a personas que viven integradas en la comunidad pero que necesitan atención durante el desastre y en la etapa inmediatamente posterior (*96*).

Los recursos humanos se pueden reforzar seleccionando a personas mayores, además de empleados y voluntarios, que entiendan el envejecimiento y la cultura local, así como la orientación y la capacitación de los trabajadores humanitarios en el campo del *Envejecimiento Saludable*. Durante el conflicto de 2006 en el Líbano, por ejemplo, las personas mayores constituyeron fuentes valiosas de apoyo social para las familias y comunidades debido al conocimiento y la experiencia que "les permitían colaborar en distintas esferas de la asistencia, con estrategias de superación, orientación y rehabilitación" (*97*). La participación de las personas

Recuadro 6.8. Las personas mayores colaboran en su recuperación y la de sus comunidades en Mozambique

Tras las inundaciones del año 2000, en todos los pueblos de Mozambique se organizaron consejos que representaban a las personas mayores y estas fueron incluidas en la planificación e implementación de todas las actividades comunitarias de recuperación, incluida la distribución de animales, semillas y herramientas para el trabajo agrícola, y créditos para actividades generadoras de ingresos. Los adultos mayores también trabajaron con grupos comunitarios buscando a otras personas vulnerables dentro de su grupo de edad, realizando visitas a domicilio para detectar problemas y distribuyendo alimentos, mantas y ropa. De este modo, las personas mayores colaboraron en su propia recuperación, así como en la recuperación de sus pares y sus comunidades (*33*).

mayores en las decisiones sobre su comunidad también puede ayudarlas a superar cualquier sentimiento de aislamiento y trauma psicológico asociado (recuadro 6.8).

Es importante asegurar que la información llegue a las personas mayores antes, durante y después del desastre, y tener en cuenta la información sobre las personas mayores en todas las respuestas. Al proporcionar información a las personas mayores, es importante considerar a aquellas que tienen un bajo nivel de alfabetización y deterioro sensorial, y asegurarse de que reciban información y comunicaciones sobre alertas tempranas, riesgos, impactos, respuestas (incluido el apoyo específico disponible para adultos mayores), esfuerzos de recuperación y sus derechos legales. Reunir datos desglosados por edad y nivel de capacidad y consultar a las personas mayores en evaluaciones participativas y actividades de monitoreo y evaluación pueden garantizar respuestas más adecuadas. La educación de la comunidad en materia de gestión de riesgos de desastres a través de folletos, afiches, televisión y radio puede servir para aumentar la visibilidad de las personas mayores y poner el acento tanto en sus necesidades como en sus capacidades (*33*).

También será importante considerar las necesidades de las distintas personas y subgrupos. La adopción de una estrategia basada en los derechos humanos en todas las acciones puede ayudar a reconocer, vigilar, prevenir y enfrentar las amenazas durante y después de los desastres, como el mayor riesgo de maltrato de las personas mayores.

Capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones

Las capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones incluyen esfuerzos para continuar aprendiendo y aplicar los conocimientos, participar en la resolución de problemas, continuar con el desarrollo personal y poder tomar decisiones. Al continuar aprendiendo, las personas mayores pueden adquirir conocimientos y capacidades para controlar su salud, mantenerse al día respecto de los avances en materia de información y tecnología, participar (por ejemplo, mediante el trabajo o el voluntariado), adaptarse al envejecimiento (por ejemplo, a la jubilación, a la viudez o a cuidar de otra persona), mantener su identidad y conservar el interés en la vida (*98*). El crecimiento personal continuo —mental, físico, social y emocional— es importante para que las personas mayores puedan hacer lo que valoran, y la capacidad para tomar decisiones es fundamental para que tengan una sensación de control (*99*).

La edad se asocia a cambios positivos y negativos en la capacidad (o en las percepciones de esta) y ello influye en estas capacidades. Se ha demostrado por medio de investigaciones que diversos procesos cognitivos se deterioran con la edad, entre ellos: la velocidad de procesamiento (cuyo enlentecimiento puede moderarse con la práctica), la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, la atención y la inhibición. Por otro lado, los procesos cognitivos intuitivos y auto-

máticos se mantienen estables y hasta mejoran. Del mismo modo, el desarrollo emocional y social por lo general continúa con la edad debido al conocimiento que las personas mayores tienen de sí mismas, a sus facultades de autorregulación y a las relaciones sociales estables que logran con el transcurso de los años (*100*).

La inversión en estas capacidades puede tener efectos positivos en todos los aspectos de la vida: salud, recreación, relaciones y vida cívica y laboral. Las personas mayores que continúan aprendiendo afirman tener un mayor grado de confianza en sí mismas y de autorrealización, y el aprendizaje mantiene a los adultos mayores más involucrados en las actividades comunitarias, reduce su dependencia de los servicios sociales financiados por el gobierno y sus familiares, y mejora su salud y bienestar (*101, 102*). Esto se logra mediante el desarrollo del conocimiento, la experiencia y las capacidades de las personas mayores, tanto dentro como fuera de la fuerza laboral, la ampliación de las redes sociales y la promoción de normas compartidas y de la tolerancia hacia los demás (*101–103*). También existen pruebas fehacientes de que, cuando el aprendizaje se transforma en una actividad de por vida, ayuda a combatir los estereotipos y la discriminación por motivos de edad (*102*), y puede ayudar a aumentar los niveles de confianza entre las distintas generaciones, proporcionar un sentido de identidad común y generar respeto por las diferencias, al tiempo que garantiza el máximo aprovechamiento de los talentos de cada persona (*104*). Más allá del aprendizaje, el hecho de poder controlar su vida también es fundamental para el bienestar de las personas mayores (*99*). Las capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones están muy vinculadas a la autonomía, la dignidad, la integridad, la libertad y la independencia de los adultos mayores (*105, 106*).

¿Qué se puede hacer para promover las capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones?

Por las razones señaladas, el aprendizaje y el desarrollo personal constituyen dos campos importantes para la inversión, tanto de los gobiernos como de las personas, junto con el aprendizaje para obtener un empleo remunerado (sección "Capacidad para contribuir"). Por lo tanto, los encargados de formular políticas deben considerar cómo distribuir los recursos durante todo el curso de la vida y no solo a las poblaciones más jóvenes, que es lo que ocurre en la actualidad (*104, 107*). Por ejemplo, en el Reino Unido, solo el 1 % del presupuesto educativo de 2009 se invirtió en el tercio de más edad de la población (*104*). Es necesario adaptar la oferta de oportunidades educativas a la diversidad de estudiantes adultos y reconocer sus fortalezas. La capacidad de aprender tiene la misma importancia en todo el espectro de personas mayores y es tan importante, por ejemplo, para las que son analfabetas pero desean potenciar su salud como para las que no pueden decidir por sí mismas qué ropa les gustaría ponerse o qué les gustaría comer a causa de una afección de salud, o para las que finalmente tienen tiempo para estudiar y obtener un título universitario.

Existen, no obstante, diversos obstáculos que es necesario superar para facilitar la participación de las personas mayores en las actividades de aprendizaje permanente. Estos obstáculos son (*108*):

- sus propias actitudes: las personas mayores quizás tengan actitudes negativas ante la posibilidad de retomar sus estudios porque se ven demasiado viejas, carecen de confianza o motivación, tienen miedo de competir con adultos más jóvenes o, en algunos casos, temen que tal vez quede en evidencia su formación educativa limitada;
- obstáculos físicos y materiales: comprenden los costos de las oportunidades educativas,

la falta de tiempo, la falta de información sobre las opciones disponibles, el lugar donde se ofrecen los servicios educativos y los problemas de disponibilidad y accesibilidad del transporte;
- obstáculos estructurales: comprenden la falta de oportunidades para ampliar sus intereses, la oferta de educación en formas que no son aceptables para las personas mayores y los problemas de instalaciones inaccesibles y desconocidas.

A continuación se detallan distintas estrategias para superar estos obstáculos.

Superar estereotipos y actitudes negativas

El estereotipo de la persona mayor olvidadiza y menos capaz de aprender y de tomar decisiones sigue vigente en varias personas (*100*): en las propias personas mayores, en los familiares, en los amigos, en los prestadores de asistencia sanitaria y de otro tipo, en los maestros o instructores (*106*). No obstante, por lo general se trata de construcciones sociales que no coinciden con la capacidad de los adultos mayores. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos sobre el funcionamiento de la memoria, en el que se comparó a adultos mayores de entre 60 y 75 años con adultos jóvenes de entre 17 y 24 años, mostró que no existían diferencias reales cuando se alentaba a los participantes a aprender frente a cuando se los alentaba a recordar (*109*). En otro estudio se observó que sensibilizar a los adultos mayores con un recuerdo positivo les permitía identificar estrategias de memorización eficaces, lo que reducía la brecha entre los participantes mayores y aquellos de menos edad en una tarea de memorización (*110*). Las personas mayores también tienen más para recordar y sus experiencias pueden ayudarlas a tomar mejores decisiones.

Para superar los estereotipos, será importante realizar campañas de comunicación que aporten más conocimientos y logren una mayor comprensión del proceso de envejecimiento, tanto en los medios de comunicación como entre el público general, los encargados de formular políticas, los maestros y los proveedores de servicios (capítulo 7, recuadro 7.3).

Mejorar el nivel de alfabetización en los adultos mayores

Los niveles de alfabetización, incluidos los niveles de alfabetización en salud, son más bajos en las personas mayores que en otros grupos de la población (*24, 102, 111*). Los niveles de alfabetización en salud se relacionan con la capacidad de obtener, interpretar y comprender servicios e información de salud básica, y tener la capacidad de usar esos servicios y esa información para mejorar la salud (*24*). Es más probable que las personas mayores con niveles más bajos de alfabetización en salud declaren que no reciben vacunas ni se realizan pruebas de detección del cáncer, y la alfabetización sanitaria es un factor predictivo más importante que el nivel de educación en lo que respecta al uso que las personas mayores hacen de los servicios preventivos (*24*).

La alfabetización básica y la alfabetización en salud proporcionan bases importantes para el aprendizaje y la toma de decisiones. La alfabetización muchas veces se mejora mediante programas individuales formales, pero las estrategias innovadoras basadas en la población también pueden ayudar. Por ejemplo, en India, donde se registra un alto nivel de analfabetismo entre las personas mayores (sobre todo entre las mujeres mayores que viven en zonas rurales), se ha demostrado que la exhibición regular por televisión de películas de Bollywood con subtítulos en el mismo idioma tiene un efecto positivo en las habilidades de lectura, tanto en los adultos como en los niños (*112*).

Se ha demostrado que los programas de salud centrados en la alfabetización en salud mejoran los hábitos alimenticios y aumentan la actividad física (*24*), promueven un mejor control de las afecciones crónicas y degenerativas (*111*), y mejoran la capacidad de la persona para enfrentar los eventos de salud negativos. Es posible mejorar la alfabetización en salud trabajando

con los adultos mayores para perfeccionar sus capacidades de autocuidado y mejorar su relación con la atención clínica, y proporcionándoles apoyo social continuo (capítulo 4 y capítulo 5).

Cuando la información de salud que se suministra a los pacientes refleja situaciones de la vida real y está diseñada para contextos socioculturales específicos, es más probable que incida en las personas de nivel socioeconómico más bajo (*113*). Los folletos educativos escritos en lenguaje llano y dirigidos a personas con un bajo nivel de alfabetización pueden ayudar a los adultos mayores a discutir mejor sus problemas con los médicos, y se ha demostrado que aumentan la aceptación de intervenciones de salud preventivas, como la vacuna neumocócica (*114*).

No obstante, a menudo se necesita llegar mejor a las personas mayores. Muchas veces esto se logra identificando y respaldando las redes de apoyo a las personas mayores o dirigiéndose específicamente a este grupo de edad (*113, 115*). En Irlanda, por ejemplo, existe una iniciativa de orientación para la educación de los adultos (Adult Education Guidance Initiative) que está orientada específicamente a las personas mayores que participan en programas de alfabetización y les ofrece orientación adicional sobre desarrollo personal, manejo del estrés y técnicas de entrevista (*102*).

Invertir en oportunidades accesibles de aprendizaje y crecimiento permanentes

El aprendizaje permanente comprende el aprendizaje en distintas etapas de la vida y abarca el espectro de aprendizaje formal, no formal e informal (*107*). Se trata, por lo tanto, de un proceso que puede ocurrir en cualquier momento o lugar, y que apunta a satisfacer las necesidades tanto de una persona como de una comunidad.

Las oportunidades educativas —que históricamente se han centrado en los primeros dos decenios de vida— deben ser más inclusivas para que las personas mayores puedan desarrollar nuevas habilidades y conocimientos, y mantener un sentido de identidad y propósito. Para expandir las oportunidades educativas será imprescindible que las políticas públicas se comprometan a fondo con las implicaciones del envejecimiento de la población y reconozcan que, mientras que para algunas personas este fenómeno supone una extensión de la vida laboral, para otras implica pasar jubiladas hasta un tercio de su vida.

Para enfrentar los obstáculos materiales y estructurales que dificultan el aprendizaje, también será necesario adaptar los medios y las estrategias a los estudiantes mayores; a estos efectos, la construcción de instalaciones adecuadas puede asegurar la participación efectiva de las personas mayores con discapacidad en las oportunidades educativas (*57*). Se pueden utilizar diversos medios para diseñar cursos y promover la educación, incluida la creación de universidades abiertas (sin requisitos de ingreso) para personas mayores, la conformación de grupos de personas mayores para que colaboren en actividades de promoción de la salud y el uso de cursos en línea masivos y abiertos, accesibles para personas de distintos países y niveles socioeconómicos.

El trabajo grupal y con pares, y el hecho de poder compartir experiencias, son características importantes de la educación para adultos. Las capacidades de autocuidado pueden mejorarse mediante la ayuda mutua y la participación en un mismo grupo durante un largo período (tres años o más); por ejemplo, se ha demostrado que esto ayuda a las personas que han perdido la vista y que también reduce las caídas (*116*). En Gran Bretaña, los mentores pares de personas mayores provenientes del sur de Asia han recurrido a su dominio de idiomas y su conocimiento de la comunidad para alentar a sus pares a sumarse a distintos programas de actividad física y no abandonarlos (P. Ong, documento inédito sobre las personas mayores como recurso de su propia salud, 2015).

Las personas mayores suelen ser buenos estudiantes y estar menos pendientes de las evaluaciones (*117*). Para asumir un nuevo desafío educativo, no obstante, el adulto mayor debe estar motivado, contar con información sobre

las distintas opciones y tener un entorno que lo apoye. El hecho de que las instalaciones que se destinan a la educación sean atractivas y accesibles facilitará una mayor participación. Para enfrentar el problema del deterioro de la capacidad (por ejemplo, auditiva y visual), la información debe suministrarse en formatos alternativos (como macrotipos o libros electrónicos) que cumplan con pautas de impresión claras. También se puede facilitar el aprendizaje mediante el uso de micrófonos en clase, de modo que pueda hablar solo una persona a la vez, y el uso de sitios web accesibles. Los materiales y programas de formación deben elaborarse de modo que todos los participantes, cualquiera sea su capacidad, puedan aprender. Diversos mecanismos de políticas y legislativos ascendentes y descendentes que ya se utilizan en muchos países también podrían aplicarse a la educación de los adultos mayores, como las políticas de protección del consumidor y la legislación de no discriminación que se aplica a los edificios públicos, los ámbitos educativos o las TIC (*80*).

Por último, la perspectiva de tiempo asociada a la edad de una persona también puede incidir en los objetivos de aprendizaje y desarrollo personal. Quizás debido a esta perspectiva, el aprendizaje sea más atractivo si está relacionado con la vida de la persona mayor y puede usarse en el presente más que en el futuro. Los adultos mayores valoran especialmente el aprendizaje empírico si les permite aprovechar experiencias del pasado que valoran.

Facilitar opciones y mantener el control

El proceso de *Envejecimiento Saludable* requiere que las personas mayores tomen decisiones sobre su vida —o intervengan en ellas—, como en qué invertir su tiempo, qué tratamientos reciben, lo que aprenden y dónde viven (*99*). No obstante, las opciones vinculadas a la atención de la salud y a dónde y cómo vivir son a veces complejas, y esta complejidad puede incidir en el deseo de las personas mayores de continuar responsabilizándose de las decisiones. Garantizar que la información sea pertinente y fácil de entender será fundamental para resolver las inquietudes en torno a las decisiones y permitir que las personas mayores tomen las decisiones que más les convengan (recuadro 6.9). También es esencial que los cuidadores o familiares no proporcionen ni escatimen información con el propósito de controlar a las personas mayores y no permitirles tomar decisiones (*119*).

Un grado importante de pérdida de capacidad, sobre todo de capacidad mental, puede suponer desafíos éticos y operativos para el derecho a la autodeterminación de las personas mayores. Cuando las personas no tienen la capacidad de elegir de manera independiente, puede ser necesario contar con apoyo para tomar algunas decisiones (*57, 120*). Las estrategias de decisiones asistidas se basan en que la persona no pierde la capacidad legal, sino que a veces necesita ayuda para tomar decisiones (*57*). Las decisiones asistidas no son un sustituto de las decisiones propias. Las personas que prestan apoyo deben tratar de tomar decisiones que reflejen la identidad de la persona mayor y que tomen en cuenta sus preferencias y valores pasados y presentes. Es importante desarrollar mecanismos, tanto en las familias como en las comunidades, para respaldar la toma de decisiones y establecer salvaguardias respecto de las tareas de asistencia, el proceso de designación de personas de apoyo y los mecanismos para dirimir disputas (*80*).

Un deterioro más leve de la capacidad también puede hacer más difícil que la persona mayor pueda tomar sus propias decisiones, definir su entorno y crear oportunidades. Aunque los familiares y amigos, junto con una vivienda adecuada y una comunidad segura, son muy importantes en esta situación, existen varias estrategias que pueden considerarse a nivel de políticas, como la creación de organizaciones de personas mayores, el uso de mecanismos innovadores de financiamiento (como los presupuestos personales) o el apoyo para planificar con tiempo lo que ocurrirá en caso de enfermedad o discapacidad.

En muchos países se han creado organizaciones de personas mayores para facilitar su

Recuadro 6.9. Particularidades de la promoción de la salud en las personas mayores

Cuando las personas envejecen, es muy común que deban realizar grandes cambios en su estilo de vida, como tomar nuevos medicamentos, cambiar la alimentación o modificar la rutina de ejercicios. Puede que tengan además otros motivos para realizar estos cambios en su estilo de vida. Tal vez, por ejemplo, no quieran convertirse en una carga para sus familiares, lo que probablemente sirva como incentivo adicional para mantener su capacidad física. Quizás también quieran vivir para ver crecer a sus nietos y dejar su huella en la próxima generación y, a diferencia de los adultos más jóvenes, que probablemente no perciban el efecto de las conductas negativas hasta pasado cierto tiempo, los adultos mayores probablemente vean efectos inmediatos y potencialmente mortales en esas conductas (*100*).

Para cambiar actitudes y hábitos, es fundamental que los mensajes vinculados a la salud lleguen a las personas mayores de modos que puedan aceptarlos. En el caso de los mensajes de promoción de la salud esto abarca (*118*):

- Usar procesos de comunicación que dependan de la heurística y la intuición. Estos procesos muchas veces son más eficaces que los que dependen del pensamiento y el procesamiento de grandes cantidades de información.
- Elaborar mensajes más apropiados a las personas mayores. Los mensajes específicos (por ejemplo, sobre la importancia de la actividad física para los adultos mayores) probablemente parezcan más apropiados e interesantes.
- Probar la elaboración de mensajes positivos para adultos mayores. Muchos adultos mayores son motivados a no procesar información negativa. En el caso de las personas mayores, puede resultar más eficaz resaltar los beneficios de promover conductas preventivas (como llevar una alimentación saludable) y la realización de pruebas (como pruebas de detección del cáncer).
- Diseñar mensajes para determinados grupos de personas mayores. Adaptar la información a las características de las personas puede influir en el modo en que las personas mayores piensan y sienten respecto de un problema de salud. El mensaje puede ser más efectivo si explica cómo una persona mayor puede lograr más satisfacción emocional mediante la modificación de un hábito.
- Manejar la angustia. La angustia puede impulsar o impedir los cambios, por lo que es necesario manejarla correctamente para promover un cambio de hábito y mantenerlo.
- Considerar el apoyo social de una persona mayor. A medida que las personas envejecen, el tamaño de sus redes sociales disminuye, y las redes tal vez sean más efectivas que el cambio a la hora de promover la estabilidad. El apoyo social puede facilitar o poner en peligro un cambio de hábito, por ejemplo, si se presta apoyo emocional y ayuda a manejar la angustia, o si se desalienta el cambio (por ejemplo, cuando un integrante de la pareja quiere dejar de fumar y el otro no).

También son muy prometedoras otras investigaciones que analizan la forma en que distintos factores de la persona mayor y su entorno la motivan a realizar y mantener cambios de hábito positivos.

participación en las decisiones de la comunidad (*121, 122*), ayudarlas a acceder a distintos recursos y asegurarles una participación activa en los debates sobre políticas públicas y el desarrollo de su comunidad (*123*) (recuadro 6.10). Por ejemplo, el trabajo de las asociaciones de personas mayores en Serbia se tradujo en la creación de sistemas de atención de la salud y atención social adaptados a las personas mayores, al tiempo que los programas de monitoreo de los ciudadanos mayores en Bangladesh y Ghana concientizaron a los adultos mayores sobre el marco normativo y les dieron un lugar preponderante en la toma de decisiones y el monitoreo en su comunidad (*121, 126, 127*).

Los presupuestos personales de salud (el dinero que las personas reciben, por lo general del gobierno, para pagar los servicios) también pueden dar a las personas mayores más opciones y control sobre la forma en que se satisfacen sus necesidades (*128*). La encuesta nacional sobre presupuestos personales del Reino Unido realizada en 2013 comprobó que los presupuestos personales pueden beneficiar a las personas mayores de diversas maneras (por ejemplo, porque pueden mejorar su condición física y

Recuadro 6.10. Clubes intergeneracionales: por una vida mejor para las personas mayores en Viet Nam

El Plan de Acción Nacional sobre Envejecimiento de Viet Nam (2012-2020) tiene por objeto mejorar la atención y el apoyo que se presta a las personas mayores. Los clubes intergeneracionales de autoayuda son una intervención prometedora. El modelo se perfeccionó mediante programas piloto a cargo de HelpAge International entre 2005 y 2012. Los clubes ayudan a construir y fomentar la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil locales para:

- participar en procesos de desarrollo de la comunidad;
- representar los intereses de los miembros de la comunidad en el diálogo con los gobiernos locales y nacionales;
- satisfacer las necesidades de la comunidad, desde la atención de la salud, el acceso a información y servicios para mejorar las capacidades de las personas mayores de construir y mantener relaciones y participar activamente en la vida comunitaria.

En marzo de 2014, se fundó en el pueblo Yen Thang, en Thanh Hoa (Viet Nam), un club intergeneracional para alentar a los grupos menos favorecidos de la comunidad a adoptar un papel destacado en el desarrollo local. El club tuvo un impacto positivo en las personas mayores, quienes fueron incentivadas a realizar ejercicio físico con regularidad y a tener actividades de autocuidado y controles médicos. Los miembros del club informaron que en un período de nueve meses habían aprendido más sobre las enfermedades no transmisibles y el autocuidado. Conocían mejor sus derechos y beneficios, accedían a información, hacían ejercicio y se realizaban controles médicos regulares (*124*). Por ser socios, 45 de 49 miembros del club obtuvieron un seguro de enfermedad. Los miembros del club dijeron que tenían más confianza en la participación u organización de actividades para ayudarse a sí mismos o a sus comunidades (*124*).

Este es apenas 1 de los casi 700 clubes que existen en 13 provincias de Viet Nam. En los objetivos del plan nacional se requiere que, en 2015, un 15 % de las comunas del país cuenten con clubes u otros modelos similares basados en la comunidad para proporcionar atención y apoyo a las personas mayores, y que, en 2050, ese porcentaje sea del 50 % (*125*).

hacerlas sentir independientes, respaldadas, respetadas y seguras, tanto dentro como fuera de su hogar). También les permiten elegir y mantener relaciones (*128*).

Las personas mayores también pueden influir en las decisiones sobre su vida que quizás deban adoptarse una vez que hayan perdido la capacidad necesaria para tomar decisiones informadas. La planificación anticipada de la atención —directivas anticipadas y testamentos vitales— permite a las personas mayores discutir y documentar su voluntad para las decisiones sobre el tratamiento futuro y los cuidados al final de la vida en caso de que pierdan la capacidad de tomar decisiones al respecto (*129, 130*). Los datos disponibles indican que la planificación anticipada de la atención puede facilitar el suministro de cuidados a largo plazo que se ajuste a los deseos del paciente y lo haga sentir más satisfecho con los cuidados que recibe. Entre los factores que contribuyen al éxito de esta planificación se incluyen: la alfabetización en salud de la persona mayor, los planes que haya hecho antes de sufrir deterioro cognitivo, el hecho de que la persona mayor pueda pasar suficiente tiempo con sus prestadores de atención de la salud para asegurarse de que entiendan sus deseos, contar con buena documentación y revisar los planes con regularidad junto con los prestadores de atención de la salud para actualizarlos según sea necesario (*131*). Por ejemplo, en un estudio aleatorizado realizado en Australia se comparó la planificación anticipada de la atención con la atención habitual y se observó que en el 86 % de los casos se había respetado la voluntad de las personas mayores para el final de la vida, frente a solo el 30 % en el grupo de referencia (*132*). En Estados Unidos, otro estudio aleatorizado que incluyó a 139 pacientes que recién habían ingresado a una institución de personas mayores mostró que solo 2 pacientes del grupo que contaba con un plan anticipado de la atención recibieron un tratamiento que no se ajustaba a su voluntad, frente a 17 pacientes del grupo de referencia (*133*). Aunque se trata de estudios pequeños, los resultados son alentadores.

Movilidad

La movilidad es importante para el *Envejecimiento Saludable*. Se refiere al movimiento en todas sus formas, ya sea impulsado por el propio cuerpo (con o sin un dispositivo de apoyo) o por un vehículo. La movilidad incluye pararse de una silla o pasarse de una cama a una silla, dar paseos a pie, ejercitarse, completar tareas cotidianas, conducir y usar el transporte público (*134*). Es necesaria para tanto para hacer tareas en la casa como para acceder a comercios, servicios y distintos sitios de la comunidad (como parques), y participar en actividades sociales y culturales.

Los cambios en las capacidades físicas y mentales, que son comunes en la edad avanzada, pueden limitar la movilidad. No obstante, las capacidades pueden desarrollarse, y la movilidad tal vez sea una de las capacidades que el entorno más puede potenciar. Por ejemplo, usar un andador o una silla de ruedas puede facilitar que las personas mayores se movilicen dentro y fuera del hogar; contar con un transporte público accesible, tanto desde el punto de vista físico como económico, puede posibilitar que las personas mayores se trasladen a donde necesitan, y colocar rampas, pasamanos, ascensores y señalizaciones adecuadas en los edificios puede ayudar al acceso de las personas mayores, sin importar la pérdida de capacidad. Cuando estas adaptaciones o apoyos no se encuentran disponibles, la pérdida de movilidad puede provocar mayor deterioro de la salud, como mayor riesgo de caídas (*64*) y depresión (*135*). Este deterioro puede tener consecuencias negativas para la autonomía, el compromiso social, la participación cívica y el bienestar de las personas mayores, lo que incide en todos los demás aspectos de la capacidad funcional (*136–140*).

Las pérdidas relacionadas con el deterioro de la movilidad van más allá de la persona. Cuando las personas mayores no pueden desplazarse, sus redes sociales también se ven afectadas y la comunidad probablemente pierda contribuciones valiosas, además de necesitar recursos adicionales para apoyar a las personas mayores en la vida diaria (*141*). Facilitar la movilidad de las personas mayores en la forma y en el momento que deseen, y a un costo asequible, son disposiciones importantes de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo* de las Naciones Unidas (*57*). La salud pública tiene un papel fundamental en la ampliación al máximo de la movilidad de las personas mayores.

¿Qué se puede hacer para mantener la movilidad en la edad avanzada?

En la movilidad no solo influyen la capacidad intrínseca de la persona mayor y el entorno en que vive, sino también las opciones que elige. A su vez, las decisiones respecto de la movilidad están determinadas por los entornos construidos, las actitudes de la persona mayor y de otros, el hecho de tener tanto una motivación como los medios para movilizarse (como dispositivos de apoyo o transporte) (*142, 143*). Si las personas mayores perciben que existen obstáculos para su movilidad —como la falta de respeto de los conductores o cobradores en el transporte público— y creen que la actividad física aumenta el riesgo de lesión, es probable que restrinjan sus movimientos. Los cuidadores sobreprotectores, que no permiten que las personas mayores se muevan mucho, ya sea porque temen que se caigan o porque quieren ahorrarles el esfuerzo, también reducen los movimientos de los adultos mayores (*137, 144*).

Fortalecer lo que las personas mayores pueden hacer: tener movilidad

Tanto la capacidad física como la capacidad cognitiva son importantes para tener movilidad —ya sea caminando, conduciendo un vehículo o usando otro medio de transporte—, y está claro qué se puede hacer para mantener esas capacidades.

La actividad física es fundamental. La pérdida de masa muscular, la disminución de la flexibilidad y los problemas de equilibrio y coor-

dinación pueden dificultar la movilidad. La OMS recomienda realizar actividad física para mantenerse saludable y considera distintos puntos de partida y niveles de capacidad (*145*). En el recuadro 6.11 se presenta un resumen de las cosas que ayudan a mantener la capacidad física, teniendo en cuenta intervenciones a nivel de la persona y a nivel del entorno.

La rehabilitación posiblemente resulte de utilidad para restablecer y mantener la capacidad de los adultos mayores que presentan deterioro de la movilidad relacionado con afecciones como un accidente cerebrovascular, un episodio cardíaco o una lesión (*157*). Estos servicios muchas veces comprenden la rehabilitación y el tratamiento médicos, como entrenamiento, ejercicios, educación y orientación. Al introducir servicios de rehabilitación en contextos en los que no han estado disponibles, lo principal es priorizar estrategias rentables y ofrecerlos lo más cerca posible de donde viven las personas (*80*).

Un factor determinante del deterioro de la movilidad en sociedades que dependen mucho de los automóviles es dejar de conducir en la vejez.

Recuadro 6.11. Mantener la movilidad mediante la actividad física

La actividad física de las personas mayores está cada vez más ligada al entorno en que viven (*146–148*). Se ha comprobado que los factores individuales, sociales y físico-ambientales influyen por igual en lo que las personas mayores caminan (*149*). Las características del entorno que favorecen la actividad física en las personas mayores incluyen: los espacios seguros para caminar (como aceras y parques); el acceso fácil a instalaciones, bienes y servicios locales; el hecho de ver a otras personas mayores ejercitándose en el mismo vecindario y ejercitarse con regularidad en compañía de amigos y familiares (*149–152*).

Las personas mayores pueden mantener la movilidad haciendo algunos cambios simples en su vida (*24, 153*).

Deben tratar de mantenerse lo más activas posible. En los adultos mayores, los ejercicios de intensidad moderada aumentan la fuerza, la capacidad aeróbica, la flexibilidad y el equilibrio para caminar y mantenerse de pie. Incluso las caminatas cortas pueden ayudar a mantener las funciones físicas y cognitivas. El ejercicio aeróbico y los ejercicios para fortalecer músculos y mejorar el equilibrio son importantes, pero el entrenamiento de resistencia es especialmente necesario cuando hay un deterioro de la capacidad.

- Los adultos mayores deben cumplir con las pautas de actividad física recomendadas según su edad y afecciones de salud. (Ver más información en http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/).
- Las personas mayores deben participar en programas de actividad física que se enfoquen en la atención visual, la flexibilidad de las extremidades, la coordinación, la velocidad de movimiento y la funciones ejecutivas, porque estas también pueden mejorar el desempeño y la seguridad al conducir (*154, 155*).
- En caso de perder el uso de sus extremidades inferiores, los adultos mayores deben recibir entrenamiento para usar equipos adaptados, como controles manuales.

Los encargados de formular políticas pueden crear entornos que promuevan la actividad física (*153, 156*) mediante:

- la eliminación de los obstáculos para la actividad y la promoción de cambios que faciliten la seguridad al caminar por placer, usar el transporte y realizar ejercicio físico;
- la organización de eventos comunitarios para promover la actividad física y generar conciencia sobre sus beneficios;
- la oferta de programas de ejercicio para mejorar la condición cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y el equilibrio, y programas de entrenamiento de resistencia, sobre todo para las personas mayores de más edad y aquellas en recuperación de problemas de salud graves (estos programas son incluso más efectivos si combinan ejercicios controlados con intervenciones para evitar el abandono de las rutinas);
- la promoción de intervenciones de orientación en ámbitos clínicos;
- el fomento de actitudes positivas hacia el envejecimiento físicamente activo y la participación de las personas mayores en la actividad física.

Las capacidades físicas y cognitivas —tanto subjetivas como reales— inciden en las decisiones sobre la movilidad (*142*). Para garantizar una acción coordinada, es importante incluir a la movilidad como parte de las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud (*150*).

Las actividades que fomentan la capacidad cognitiva parecen especialmente prometedoras para mejorar la movilidad segura de las personas mayores que conducen (*158, 159*). Otras opciones para prolongar la capacidad de conducir son las intervenciones físicas, como el aumento de la actividad física (*154*), la capacitación del conductor y las intervenciones de terapia ocupacional, que pueden aplicarse a mejorar la transferencia al asiento del conductor o cambiar la posición del asiento. Los conocimientos sobre conducción segura y desempeño en la conducción pueden crear conciencia respecto de los problemas comunes que enfrentan los conductores mayores, sobre todo cuando se acompañan con clases prácticas de conducción (*160*). También se ha demostrado que el entrenamiento para mantener o mejorar la velocidad cognitiva de procesamiento mejora el desempeño de las actividades cotidianas, incluida la conducción (*159*). La orientación también muchas veces es útil para diseñar un plan de transición gradual para una conducción más segura, como conducir en horas del día o en momentos en que hay poco tránsito y únicamente en calles muy conocidas (*160*).

A la hora de establecer que la persona mayor quizás no tenga la capacidad de conducir de manera segura, es importante evaluar cada situación de forma independiente y considerar diversas opciones. Las restricciones o las pruebas basadas en la edad cronológica deben adoptarse con precaución, en virtud de la amplia variedad de capacidades de las personas mayores y la importancia que para ellas tiene la movilidad. Vale la pena destacar que el índice de participación en accidentes de tránsito en Estados Unidos casi no aumenta antes de los 75 años, momento en el cual aún es menos probable que estos adultos intervengan en un accidente de tránsito en comparación con los adultos más jóvenes, y la mayor parte del aumento de la mortalidad de personas mayores a causa de accidentes de tránsito se debe a su mayor vulnerabilidad física (*161*).

Ofrecer tecnologías de apoyo para favorecer la movilidad

La disponibilidad de dispositivos de movilidad adecuados —como bastones, andadores, bastones blancos para quienes han perdido la visión y sillas de ruedas— tiene gran influencia en la movilidad de las personas mayores (*162, 163*). Las personas mayores pueden aumentar notoriamente su grado de movilidad, independencia y participación si tienen acceso a dispositivos de apoyo asequibles y adecuados para sus necesidades y entornos. En el documento de posición sobre dispositivos de movilidad (*164*) y el *Informe mundial sobre la discapacidad* (*165*) de la OMS se ofrece una orientación sobre cómo ampliar y mejorar la oferta de dispositivos de apoyo.

Reducir obstáculos en el entorno construido

La actividad física y las tendencias de movilidad de las personas mayores se ven influidas por los patrones de uso del suelo, la estética, la accesibilidad y conectividad del diseño urbano, y el nivel de seguridad percibido (*163*). El efecto de estos factores difiere en los distintos estudios y comunidades, y los efectos de algunas variables específicas —como la densidad de viviendas y de población—, no son claros ni uniformes (*156*). No obstante, puede resultar útil respetar los principios del diseño universal (recuadro 6.12). A continuación se detallan otros elementos que contribuyen a facilitar la movilidad:

- vecindarios sin signos de deterioro, como basura y grafitis;
- entornos adaptados a los peatones con recursos como cruces peatonales bien visibles, terraplenes elevados o islas peatonales; límites de velocidad más bajos y medidas para moderar el tránsito; aceras y bordillos

bien mantenidos (incluidos cortes en los bordillos); pasos elevados y pasos subterráneos accesibles; señales en los cruces peatonales que dejen tiempo suficiente para cruzar; y ayudas auditivas en los cruces (recuadro 6.1 y recuadro 6.13) (*170–172*);

- elementos estéticamente agradables en calles y parques, como árboles, jardines o vegetación;
- vecindarios diseñados para tener acceso fácil desde los hogares hacia diversos destinos, como tiendas, servicios de salud, centros comunitarios y organizaciones religiosas;

Recuadro 6.12. La correcta implementación del diseño universal en Irlanda, Noruega y Singapur

El diseño universal es un proceso que aumenta la usabilidad, la seguridad, la salud y la participación social mediante el diseño y la aplicación de entornos, productos y sistemas que pueden utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni de un diseño especial (*57, 166, 167*).

La correcta implementación del diseño universal requiere un alto nivel de compromiso político, recursos y desarrollo de capacidades, como se muestra en los siguientes ejemplos de Noruega, Singapur e Irlanda.

Noruega se encuentra trabajando en el ambicioso objetivo de alcanzar el diseño universal en 2025 (*168*). Además del compromiso a alto nivel, las responsabilidades compartidas en materia de planificación, implementación y monitoreo en distintos sectores y niveles del gobierno son estrategias clave a las que se recurre para garantizar el éxito. Tres organismos gubernamentales comparten la responsabilidad de cumplir con este objetivo: el Ministerio de Niñez, Igualdad e Inclusión (específicamente el Centro Nacional de Recursos para la Participación y la Accesibilidad), el Ministerio de Clima y Medioambiente y el Ministerio de Gobierno Local y Modernización. En los dos últimos decenios se han aprobado leyes cada vez más inclusivas y en 2008 Noruega declaró la inaccesibilidad como una forma de discriminación mediante la aprobación de la Ley de Accesibilidad y Antidiscriminación. En 2010 la ley se amplió para incluir el concepto de diseño universal y se elaboró un plan de acción orientado al entorno construido, el transporte público, la accesibilidad de la información y la tecnología, y la renovación de las viviendas municipales.

Se necesita contar con financiamiento para transformar las políticas en hechos, sobre todo cuando se requiere modernizar las estructuras existentes para garantizar el acceso. El Fondo de Accesibilidad del Gobierno de Singapur (financiado con 40 millones de dólares de Singapur) ofrece respaldo a los departamentos públicos y las empresas privadas al reducir la carga financiera que supone modificar las estructuras existentes para hacerlas accesibles para los adultos mayores y las personas con discapacidad (*169*). Por ejemplo, el fondo cubre los costos de construcción o renovación de ascensores en edificios antiguos o la instalación de baños accesibles para personas en sillas de ruedas. Las empresas que funcionan en edificios construidos antes de 1990 deben completar una solicitud simple para poder recibir apoyo del fondo. El Gobierno también utiliza el fondo para garantizar la accesibilidad de todos los espacios públicos y la infraestructura básica en 2016.

La sensibilización y capacitación de los diseñadores de productos, proveedores de servicios y urbanistas es fundamental para mejorar la accesibilidad de los productos, los servicios y el entorno construido. El Centro para la Excelencia en Diseño Universal de Irlanda apoya el desarrollo profesional mediante la integración de los principios del diseño universal en los planes de estudio, con el fin de sensibilizar a distintos profesionales —incluidos arquitectos, urbanistas y diseñadores— respecto del diseño universal (*2*). Las iniciativas de sensibilización también incluyen un concurso anual dirigido a estudiantes universitarios para encontrar el mejor invento o innovación que use los principios del diseño universal, así como financiar y publicitar investigaciones de interés.

Distintas organizaciones de todo el mundo también se han abocado a la tarea de profundizar en el uso y la sensibilización respecto de los principios del diseño universal, incluida una colaboración en curso, de cinco años de duración, entre el Centro de Diseño Universal de la Universidad Estatal de Carolina del Norte (Estados Unidos) y el Instituto de Tecnología de Beijing para traducir materiales sobre diseño universal, compartir planes de estudio y facilitar el intercambio entre profesores y estudiantes.

Recuadro 6.13. Hacer que las personas mayores lleguen a donde quieran ir en Sri Lanka

El nivel de accesibilidad de los edificios públicos es importante para que las personas mayores puedan acceder a los servicios y participar en la sociedad. El proyecto de Ciudad Amigable a las Personas Mayores y Personas con Discapacidad de Wellawaya, en Sri Lanka, ayuda a garantizar la accesibilidad mediante la instalación de rampas, pavimentos táctiles y baños accesibles con el fin de mejorar el acceso de las personas mayores no solo a los centros comunitarios, que constituyen puntos de reunión populares para la socialización entre pares, sino también a lugares de oración, como la mezquita de Wellawaya y dos templos budistas, y a servicios públicos, como la comisaría, la estación de autobuses y los centros médicos comunitarios.

- cruces numerosos para que haya más opciones para cruzar las calles, e instalaciones adecuadas para las personas mayores, como lugares para descansar y baños públicos.

Mejorar la disponibilidad y la accesibilidad del transporte

Las mejoras en el transporte podrían comprender políticas de transporte nacionales y locales que promuevan el acceso al transporte público, al transporte privado asequible o al transporte proporcionado por familiares, amigos y vecinos (recuadro 6.1). Aunque es probable que existan diferencias operativas entre los entornos rurales y urbanos, en general, pueden realizarse las siguientes mejoras:

- mejorar la accesibilidad física de vehículos, estaciones, paradas y áreas de acceso;
- aumentar la adecuación y conveniencia del transporte público mediante cambios en recorridos u horarios;
- mejorar la accesibilidad económica mediante boletos gratuitos y a precios reducidos;
- garantizar la accesibilidad de la información del sistema (por ejemplo, cronogramas) (*80*);
- ofrecer asientos reservados para personas con capacidad reducida;
- educar a los operadores del transporte respecto de que algunos pasajeros pueden necesitar ayuda o más tiempo para subir o bajar del transporte público.

Además, mejorar la movilidad de las personas mayores requiere considerar la accesibilidad en toda la cadena del viaje. Los servicios de transporte a demanda subvencionados o los vales de taxi muchas veces llenan ciertos vacíos en la cobertura del transporte público o satisfacen las necesidades de las personas que tienen mayor pérdida de capacidad (*3*).

Generar oportunidades para que las personas mayores puedan participar

El hecho de contar con un empleo y participar en actividades cívicas, así como en actividades de ocio y entretenimiento, puede motivar a las personas mayores a mantenerse activas y socialmente vinculadas. Participar en actividades fuera del hogar alienta a los adultos mayores a caminar y ejercitarse más, y puede contribuir a mejorar la capacidad intrínseca (recuadro 6.1 y recuadro 6.14). Esta participación puede facilitarse garantizando la disponibilidad y asequibilidad de distintos eventos, que, a su vez, deberán ser físicamente accesibles y estar dirigidos a los diversos intereses de las personas mayores (*3*).

Capacidad para crear y mantener relaciones

Por lo general, las personas mayores consideran que mantener las relaciones es vital para su bienestar, y a medida que envejecen suelen dar mayor prioridad a esta capacidad (*178*). Las relaciones importantes para las personas mayores son varias: las relaciones con los niños y otros familiares, las relaciones íntimas y las relaciones sociales informales con amigos, vecinos, colegas

Recuadro 6.14. Las personas mayores ayudan a los niños a leer y aprender en Estados Unidos

Experience Corps es un programa de voluntarios en Estados Unidos que acerca a voluntarios mayores a las escuelas públicas de enseñanza primaria para ayudar a las escuelas a satisfacer las necesidades de sus estudiantes, al tiempo que amplían las actividades sociales, físicas y cognitivas de los voluntarios. El programa fue diseñado para mejorar:

- el interés de los niños por la lectura y el descubrimiento de los libros;
- la alfabetización de los niños;
- la capacidad de los niños para resolver problemas;
- la capacidad de los niños para jugar sin violencia;
- la asistencia a la escuela.

Se asignan equipos de siete a diez voluntarios por escuela, con lo que se garantiza un número suficiente de voluntarios para lograr un efecto en todos los grados de la escuela. Los voluntarios, que reciben capacitación y un estipendio para los gastos de traslado y comidas, se comprometen a pasar al menos 15 horas por semana en la escuela durante todo el año lectivo. Los voluntarios reciben 30 horas de capacitación para entrenar la flexibilidad mental, la coordinación, el aprendizaje visual-espacial y la resolución de problemas. Además, asisten a reuniones regulares para planificar, resolver problemas y socializar. Con la sola participación en el programa, se estimula la actividad física, al tener que trasladarse de ida y vuelta a la escuela y moverse dentro de la institución, por ejemplo, subiendo y bajando las escaleras.

Este programa ha logrado efectos positivos en la salud de las personas mayores. El impacto de participar en Experience Corps se ha evaluado en diversos estudios aleatorizados. Entre los beneficios para los participantes, en comparación con las referencias, se comprobó:

• mayor capacidad y fuerza física (*173, 174*);

- mayor actividad cognitiva;
- mantenimiento de la velocidad de la marcha;
- mejores redes sociales: los voluntarios contaban con personas a las que podían pedir ayuda (*174*);
- menos síntomas de depresión (*173*).

Experience Corps atrae a los voluntarios porque les da la oportunidad de realizar una contribución significativa a la sociedad y ayudar a los niños a lograr el éxito académico. Los niveles de satisfacción entre los voluntarios llegan al 98 %, y el 80 % de los encuestados regresaron al siguiente año lectivo (*175*). Los programas tradicionales de promoción de la salud que se centran explícitamente en la actividad física suelen tener tasas de retención mucho menores.

El programa comenzó en 1996 en 5 ciudades de Estados Unidos y ya se ha implementado en 17 ciudades, y ha inspirado otras iniciativas similares a nivel internacional. Por ejemplo, en Japón existe un programa llamado Reprints, en virtud del cual equipos de seis a ocho voluntarios mayores acuden a jardines de infantes y escuelas de enseñanza primaria para leer a los niños. En una evaluación de seguimiento se comprobó que quienes más trabajaban como voluntarios tenían un contacto más frecuente con sus propios nietos y con otros niños del barrio, además de que realizaban una evaluación más positiva de su salud en comparación con aquellos que no trabajaban como voluntarios o solo lo hacían a un nivel mínimo (*176*).

Bien diseñadas, las oportunidades de voluntariado pueden ser positivas tanto para las personas mayores como para sus comunidades. La puesta en marcha de programas como Experience Corps y Reprints, que pueden generar beneficios de salud y sociales, tanto para las generaciones mayores como para las más jóvenes, no necesariamente debe ser costosa (*145, 177*).

y conocidos, así como las relaciones más formales con proveedores de servicios comunitarios.

Esta capacidad se encuentra estrechamente vinculada a todas las otras capacidades y puede tener efectos sobre ellas (*179–185*). Por ejemplo, el número y la calidad de las relaciones interpersonales, así como los niveles de confianza dentro de ellas y el sentimiento de pertenencia a un grupo

de personas con intereses comunes, pueden influir en el disfrute de otras capacidades, como tener movilidad y contribuir a la comunidad (*186*). En el recuadro 6.15 se resumen algunos de los mecanismos y las vías por las cuales las redes sociales pueden contribuir a la salud y el bienestar de las personas mayores (*187*).

Las relaciones sociales son un componente importante del *Envejecimiento Saludable* porque, cuando son positivas, pueden producir recursos como la confianza y el apoyo social. Las relaciones de familia tienen una importancia distinta de las que se establecen con amigos y vecinos. Las relaciones familiares se caracterizan tanto por la solidaridad como por la ambivalencia (*188*). Las personas mayores se benefician directamente de las interacciones positivas con las redes sociales e indirectamente al residir en una comunidad con un alto grado de participación y cohesión social (*186, 189, 190*). Las redes sociales sólidas pueden aumentar la longevidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, protegerlas del deterioro funcional y promover su resiliencia (*179–185*). Pese a los beneficios de las relaciones, los adultos mayores en ocasiones pueden sentirlas como una carga. Por ejemplo, atender a un cónyuge por un largo período muchas veces afecta la salud mental del cuidador y su capacidad para aprovechar otras oportunidades, como el aprendizaje (*191*). Asimismo, criar a los nietos puede hacer que los abuelos sientan una presión económica, emocional y física adicional (*192*).

La capacidad para crear y mantener relaciones y redes sociales se encuentra muy vinculada a diversas competencias, como la habilidad de establecer nuevas relaciones y comportarse de un modo socialmente aceptable. También se relaciona estrechamente con los niveles de capacidad intrínseca. Ante el deterioro de la capacidad, es posible que a las personas mayores les resulte difícil mantener sus redes sociales, y, como consecuencia, estas suelen reducirse (*179–185*).

La soledad (insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales) y el aislamiento social (*193*) (falta de contacto social) son dos factores que probablemente indiquen la ausencia de redes sociales fuertes. Si bien ambos se asocian con deterioro del estado de salud y de la calidad de

Recuadro 6.15. Acceso de las personas mayores a recursos por medio de las redes sociales

Las personas mayores pueden obtener distintos tipos de apoyo a través de sus redes sociales. Existen cuatro tipos fundamentales de apoyo (*179*):

- apoyo instrumental, para ayudar en las actividades de la vida diaria, como las compras, la asistencia a citas, las tareas del hogar y el pago de cuentas;
- apoyo de valoración, para ayudar con la toma de decisiones, obtener la información adecuada o resolver problemas;
- apoyo informativo, que incluye asesoramiento o información sobre determinadas necesidades;
- apoyo emocional, que incluye amor y amistad, comprensión, solidaridad y reconocimiento.

Las redes también pueden ejercer una influencia social. Los valores, las normas y las actitudes prevalentes en la red de una persona muchas veces influyen positiva o negativamente en su salud. Por ejemplo, puede que un grupo social acepte o incentive el consumo excesivo de alcohol o que los amigos desalienten a las personas mayores a que salgan de casa por temor a que se caigan.

Al ofrecer oportunidades de compromiso social, las redes sociales definen y refuerzan papeles significativos dentro de la familia, la comunidad y demás, lo que, a su vez, proporciona un sentido de valor, pertenencia y apego.

Las redes también facilitan el acceso a ingresos y bienes materiales. Esto comprende el acceso a préstamos de dinero en efectivo para pagar un tratamiento médico, ayudar a costear cuidados a largo plazo o proporcionar acceso a alojamiento, alimentos o ingresos.

Las redes sociales se inscriben en contextos culturales y sociales más grandes que determinan su estructura y función. En las comunidades con acceso limitado a protección social y asistencia sanitaria, las redes sociales quizás tengan un papel comparativamente más importante en proporcionar acceso a recursos y servicios esenciales.

vida, la soledad y el aislamiento social son características únicas y tal vez tengan distintos efectos en la salud (*194*). Las estimaciones de la prevalencia del aislamiento social entre las personas mayores que viven integradas en la comunidad van del 7 % al 17 %, dependiendo de las definiciones y los criterios de valoración utilizados; aproximadamente un 40 % de las personas mayores dicen sentirse solas (*195*). Los vínculos causales son difíciles de determinar, pero la soledad, el aislamiento social, los factores de riesgo conductuales y la mala salud tejen una red interdependiente que puede tener un gran impacto en el riesgo de limitaciones funcionales, discapacidad y muerte de una persona mayor (*186, 190, 196*).

¿Qué se puede hacer para crear y mantener relaciones?

Reconocer y enfrentar la soledad y el aislamiento social

Hay datos que respaldan el uso de intervenciones para enfrentar los problemas de soledad y aislamiento social, aunque estas intervenciones no pueden centrarse solo en un aspecto de la compleja red que conecta a estas características únicas sin considerar su papel e impacto en otras características. Dada la prevalencia de la soledad y el aislamiento social, puede que sea importante identificar a las personas en riesgo, como las que recién se han jubilado o han sufrido una pérdida. Identificar a las personas, mediante los servicios sanitarios y sociales, resulta más directo que responder a la pregunta de cómo asistir a las personas mayores que se encuentran solas o socialmente aisladas. Las investigaciones en este campo son escasas pero han permitido reconocer los siguientes principios de intervenciones eficaces (*195, 197–199*).

- Las intervenciones grupales (por ejemplo, mediante apoyo social, programas de ejercicios basados en la comunidad o fomento de las capacidades) suelen ser más eficaces que las intervenciones individuales, quizás porque ofrecen oportunidades para el compromiso social y el establecimiento de nuevos vínculos sociales (recuadro 6.1).
- Tanto las intervenciones presenciales como las intervenciones asistidas por la tecnología (por ejemplo, por teléfono o Internet) pueden ser eficaces (recuadro 6.16).
- Es importante determinar qué tipos de redes prestan apoyo a las personas mayores, por ejemplo en el manejo de su propio cuidado, y fomentarlas (*113, 115*).
- Las intervenciones participativas son más eficaces que las no participativas, y las intervenciones con una base teórica suelen ser más efectivas que aquellas que no la tienen.
- El acceso a los dispositivos de apoyo adecuados ayuda a lograr los objetivos (*164, 203*).
- La facilitación del acceso a las TIC, y la confianza y competencia en su uso, también ha demostrado ser eficaz (*204*).

Recuadro 6.16. El Teléfono Suena a las Cinco en Portugal

El programa El Teléfono Suena a las Cinco ofrece compañía confiable y estimulación mental a los adultos mayores de Setúbal (Portugal) que tienen dificultades para salir de su casa. Esta iniciativa gratuita, que solo requiere que los participantes dispongan de un teléfono, cada día conecta a cuatro adultos mayores con un moderador voluntario de la comunidad. Los temas de los que se habla varían dependiendo del día y de los conocimientos del voluntario, y van desde temas de actualidad hasta cultura, salud y deportes. Además, el programa ofrece lo que se conoce como visitas guiadas, en las que los participantes reciben por correo imágenes de un lugar de interés local y el moderador luego realiza una visita virtual con el grupo y un debate (*200*). Entre 2011 y 2013 funcionó con éxito con carácter experimental. Otros programas de características similares siguen prestando servicios a través de Senior Centers Without Walls en comunidades como Manitoba (Canadá) (*201*) y Oakland (California) (*202*).

Crear oportunidades de funciones sociales significativas y relaciones recíprocas

Las relaciones recíprocas son importantes para la autoestima de la persona mayor y constituyen un incentivo para el compromiso social continuo (*205*). En el recuadro 6.14 y el recuadro 6.17 se describen programas exitosos que promueven las relaciones recíprocas. Los bancos de tiempo, mediante los cuales las personas intercambian su tiempo y servicios por otros servicios, también han demostrado que fomentan las relaciones recíprocas y desarrollan el capital social en las comunidades (*207*). La generación de oportunidades para la interacción social mediante la creación de servicios especializados, eventos especiales, clases y sitios de reunión también puede mejorar los vínculos sociales (recuadro 6.1 y recuadro 6.17).

Considerar el impacto de los edificios públicos, el transporte, la vivienda y los centros médicos en las redes sociales

La necesidad de apoyo social de las personas mayores tiende a aumentar cuando se deteriora la capacidad (cognitiva, mental, social y física) y cuando el entorno, incluidos los espacios sociales y el transporte, no son accesibles. Es necesario identificar y eliminar los obstáculos, e implementar políticas para crear entornos favorables. Las políticas de transporte que incluyen transporte público accesible y la puesta en marcha de transporte no motorizado (como el *cyclopousse* en Lyon, Francia) (*208*), el uso de los principios del diseño universal en el entorno construido, el desarrollo de vecindarios que inviten a caminar y la disponibilidad de dispositivos de apoyo (sección "Movilidad") son elementos que pueden contribuir a fomentar las redes sociales (*156, 199, 209–211*). Mediante el diseño urbano adecuado y el desarrollo de servicios sociales, como los centros para personas mayores, es posible contar con vecindarios que faciliten la interacción social y el apoyo mutuo (recuadro 6.18).

Mejorar el acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones

La comunicación telefónica o por Internet es importante para mantener las relaciones (*213–215*). Se ha demostrado que diversas intervenciones mejoran el acceso de las personas mayores a estos recursos, por ejemplo el uso de dispositivos de apoyo adecuados para compensar las deficiencias sensoriales que afectan la comunicación y las relaciones, el aumento de la cobertura y asequibilidad de las TIC y la ampliación de la disponibilidad de información accesible, especialmente mediante la difusión de los eventos y los centros que ofrecen oportunidades para la interacción social.

Capacidad para contribuir

Esta capacidad abarca un sinnúmero de contribuciones que las personas mayores hacen a sus familias y comunidades, como ayudar a amigos y vecinos, actuar como mentores de pares y personas más jóvenes, y prestar asistencia a familiares y a la comunidad en general. La capacidad de contribuir está muy relacionada con la participación en actividades sociales y culturales, a las que se hace referencia como otras capacidades en las secciones "Capacidades para crear y mantener relaciones" y "Capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones".

El voluntariado y el trabajo son dos vías importantes que los adultos usan para sentirse plenos en la vejez, y en esta sección se utilizan como ejemplos para mostrar de qué se trata la capacidad de contribuir. El término *trabajo* se usa en el sentido más amplio e incluye el trabajo no remunerado en el hogar o en una empresa familiar, el trabajo remunerado para otra persona u organización en la economía formal o informal y el empleo por cuenta propia (*165*). El voluntariado es el trabajo no remunerado que las personas mayores eligen hacer para personas ajenas a su hogar y para la comunidad en general (*216*).

Recuadro 6.17. Recuperar los principios de dar y recibir entre las generaciones en Alemania

Los centros multigeneracionales de Alemania están recuperando los principios de dar y recibir entre generaciones, que antes eran comunes en las grandes familias. Estos centros ofrecen a jóvenes y adultos mayores un espacio público en el vecindario donde todas las generaciones pueden reunirse, crear y mantener relaciones, y beneficiarse de sus distintas competencias, experiencias e intereses.

Desde 2006, el Gobierno alemán ha establecido y subsidiado más de 450 centros multigeneracionales, creando una infraestructura para la cohesión social en ciudades y comunidades de todo el país. Los servicios y actividades que en ellos se ofrecen incluyen la atención informal de los adultos mayores que dependen de la atención de terceros, educación, ayuda en el acceso a servicios domésticos y oportunidades de voluntariado.

El corazón de cada centro multigeneracional es el *Offener Treff*, una sala de estar pública en donde las distintas generaciones pueden comunicarse en una atmósfera relajada. Para muchos, representa un primer contacto informal con los servicios que se ofrecen, así como con las oportunidades de voluntariado. Se pone énfasis en las actividades intergeneracionales que facilitan las relaciones y el apoyo mutuo. Estas resultan particularmente valiosas para los niños y jóvenes que tienen escasas oportunidades de reunirse y compartir con las generaciones mayores, por ejemplo, cuando sus abuelos viven lejos. En los centros multigeneracionales, las personas mayores muchas veces enseñan a los adolescentes recetas o técnicas artesanales tradicionales, y los más jóvenes ayudan a los mayores a usar las computadoras o los teléfonos inteligentes.

Alrededor de 15.000 voluntarios participan en el programa y son fundamentales para el éxito de los centros. Los voluntarios colaboran con el 60 % de las actividades que se ofrecen y el 20 % son ejecutadas exclusivamente por voluntarios. Estas actividades incluyen, por ejemplo, la preparación de comidas, la lectura de cuentos a niños y la guía a los jóvenes en lo que respecta a sus opciones laborales. Para muchos, los centros representan el primer punto de contacto con las oportunidades de voluntariado y a menudo les abren puertas para volver a conectarse con el mercado laboral. Esta dinámica cuenta con el respaldo activo de las oportunidades de capacitación, orientación y establecimiento de contactos de que disponen los voluntarios.

Los centros multigeneracionales también sirven como puntos para la coordinación de información y servicios en la comunidad. Cada uno se orienta hacia las necesidades de la comunidad local. Por ejemplo, en el centro multigeneracional Groß-Zimmern se estableció un servicio de orientación para personas con demencia con el propósito de proporcionar información sobre los servicios de apoyo a los familiares que prestan atención en el domicilio. Otros centros ofrecen servicios de cuidado infantil o de atención para personas mayores, por ejemplo mediante servicios flexibles que complementan los servicios diurnos generales y facilitan que los padres puedan seguir trabajando y ocuparse de sus familiares. Los centros fomentan el contacto y la cooperación con empresas, proveedores de servicios, instituciones culturales y educativas, y medios de comunicación locales. En el centro de la ciudad de Bielefeld, los jubilados aún jóvenes prestan servicios voluntarios a sus pares de más edad realizando pequeñas reparaciones, como cambiar bombillas de luz, que complementan los servicios ofrecidos por empresas locales.

Los centros multigeneracionales prestan apoyo en todas las etapas del curso de la vida y, en el caso particular de las personas mayores, ofrecen servicios de apoyo e información que pueden facilitar la participación activa en la vida comunitaria y proporcionan oportunidades para asumir un compromiso significativo con la comunidad. También colaboran en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede ayudar a que las personas mayores permanezcan más tiempo en sus hogares y comunidades. Al fomentar las relaciones entre las distintas generaciones, estos centros también contribuyen a superar los estereotipos negativos y las actitudes de discriminación por motivos de edad en la comunidad (*206*).

Si bien hay poca información al respecto, las investigaciones realizadas en países de ingresos altos indican que el trabajo y el voluntariado en las últimas etapas de la vida pueden tener efectos positivos en la salud (*217*). Por ejemplo, los cambios relacionados con la edad en las capacidades físicas, mentales y cognitivas pueden moderarse mediante las actividades físicas e intelectuales

relacionadas con el trabajo (*127*). Un estudio longitudinal realizado en Japón sobre hombres mayores que trabajaban demostró que trabajar en forma remunerada menos de 35 horas por semana ayudaba a las personas mayores a mantener la salud física y mental (*218*). Es probable que las personas mayores en países de ingresos altos y medianos valoren más el trabajo una vez que se jubilan, y muchos adultos mayores desean volver al trabajo tras la jubilación, sobre todo si no se trata de un trabajo que plantee muchas exigencias físicas y si pueden reducir el número de horas que trabajan (*219, 220*).

Por lo tanto, facilitar distintos tipos de trabajo para personas mayores probablemente tenga importantes beneficios si la capacidad lo permite y si se reúnen las condiciones para un trabajo decente (*221*). No obstante, hay importantes condiciones. Como se describió en el capítulo 1, algunos datos indican que, por ejemplo, la mayoría de las personas mayores en el Reino Unido sufren algún tipo de discapacidad mucho antes de la edad de jubilación, y el riesgo de discapacidad antes de la edad de jubilación es mucho mayor entre las personas que viven en zonas desfavorecidas. Además, no solo es más probable que las personas mayores desfavorecidas tengan un nivel más bajo de capacidad intrínseca, sino que es menos probable que cuenten con las capacidades o los niveles educativos que ofrecen la flexibilidad y la oportunidad de acceder a un trabajo que promueva la salud. Es probable que los ámbitos de trabajo en países de ingresos bajos y medianos sean demasiado peligrosos y extenuantes como para tener efectos positivos.

Existe una relación recíproca entre la salud y el voluntariado. Es más probable que los adultos mayores que tienen mejor estado de salud trabajen como voluntarios y, al mismo tiempo, las personas son más saludables y felices porque trabajan como voluntarias (*222, 223*). La investigación ha demostrado que la naturaleza altruista del voluntariado contribuye a sus efectos beneficiosos sobre la salud (*224, 225*). Debido a que el voluntariado es valorado en la sociedad, es reconocido públicamente y ofrece más opciones que trabajar o cuidar de otros, quizás tenga efectos incluso más positivos que otras formas de contribución social (*226, 227*). Los estudios realizados a adultos mayores han demostrado que el voluntariado mejora la autoevaluación de la salud física (*228–230*), reduce la hipertensión (*231*), aumenta la fuerza física y la velocidad de la marcha (*232, 233*) y reduce los síntomas de depresión (*234–236*). También se han detectado los efectos positivos del voluntariado en la salud física y mental de personas de más de 80 años (*229*). Un estudio longitudinal realizado a estadounidenses de 60 años y más reveló que cuanto más tiempo se destina a actividades productivas, más aumenta el bienestar (*237*). El voluntariado beneficia a las personas mayores de muchas otras maneras, ya que declaran adquirir una sensación de control, sentirse apreciadas, tener un propósito y tener la oportunidad de aprender y de dar algo a cambio (*238*).

Aunque en muchos países las políticas ponen énfasis en ampliar las capacidades de las personas

Recuadro 6.18. Una ciudad para personas mayores en Suiza

Cité Seniors en Ginebra (Suiza) es un centro de información y reunión para adultos mayores que ofrece un espacio para socializar, aprender y acceder a información sobre diversos temas. Cité Seniors tiene actividades durante todo el año, incluidos seminarios, debates, paseos culturales y diversos cursos de capacitación. Ofrece más de 25 cursos y talleres prácticos sobre temas como informática, artes creativas y bienestar general. Cada semestre hay un nuevo programa disponible, y el día de inscripción en la propia sede se puede obtener información sobre las distintas actividades e inscribirse para los eventos. Cité Seniors también ofrece un espacio de reunión para la Plataforma de Asociaciones de Personas Mayores de Ginebra, que cuenta con más de 35.000 miembros. Unas 25.000 personas utilizan la sede cada año y todas las generaciones son bienvenidas. Cité Seniors forma parte de una infraestructura más amplia de centros de reunión para personas mayores en los vecindarios (*212*).

mayores para contribuir, para ello hace falta mejorar antes otras capacidades. También se requieren diversas políticas y prácticas que faciliten la capacidad de las personas mayores para trabajar y realizar actividades de voluntariado de maneras que promuevan el *Envejecimiento Saludable*.

¿Qué se puede hacer para facilitar la capacidad para contribuir?

La decisión de los adultos mayores de trabajar se ve influida por sus intereses, sus necesidades económicas, su salud, la naturaleza del trabajo que se les ofrece y las consecuencias sobre su jubilación.

Para que las políticas funcionen, es necesario diseñar estrategias que generen oportunidades para los adultos mayores que pueden y quieren contribuir, y que apoyen a los empleadores que están dispuestos a contratar, capacitar y retener a trabajadores y voluntarios. Las políticas también deberán abordar el problema de la desigualdad. Por ejemplo, en general, las mujeres tienen menos recursos económicos acumulados y es más probable que en el transcurso de su vida pasen más tiempo que los hombres cuidando a personas mayores y niños.

Las siguientes opciones de políticas quizás no sean aplicables a las personas mayores que siempre han formado parte del mercado de trabajo informal.

Desafiar las actitudes discriminatorias por motivos de edad y crear entornos inclusivos que acepten la diversidad de edades

A menudo, los empleadores tienen actitudes negativas hacia los trabajadores mayores (*239*). La discriminación por motivos de edad persiste aunque los trabajadores mayores no necesariamente sean menos saludables, educados, habilidosos o productivos que sus colegas más jóvenes (*240, 241*). Las mujeres mayores enfrentan desafíos particulares en el trabajo a causa de su sexo y edad.

Para combatir la discriminación por motivos de edad, se pueden formular leyes que establezcan la ilegalidad de tal discriminación, crear más oportunidades para equipos intergeneracionales y organizar campañas para cuestionar los mitos y los estereotipos erróneos que dificultan la capacidad de participación de las personas mayores (*242*). Diversos estudios han investigado el efecto de colocar a personas jóvenes y adultos mayores juntos con el propósito de combatir estereotipos negativos, y han concluido que un mayor grado de contacto reduce las actitudes negativas y modera las percepciones (*243*). La exposición a ejemplos positivos de trabajadores mayores puede mejorar las creencias implícitas sobre los adultos mayores (*244*). Una intervención que proporcionó información sobre los mitos y realidades del envejecimiento, y que fue seguida de un debate sobre la discriminación por motivos de edad con el fin de cambiar ciertas actitudes, logró cambiar de manera exitosa las percepciones de los jóvenes sobre el envejecimiento (*245*).

En varios países de ingresos altos y medianos se han aprobado leyes antidiscriminatorias para combatir la discriminación por motivos de edad. Para los países de la Unión Europea, por ejemplo, la *Directiva 2000/78/CE relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación* tiene por objeto combatir la discriminación en el lugar de trabajo por causa de discapacidad, orientación sexual, religión y edad, y todos los Estados miembros de la Unión Europea deben implementar esta norma en sus leyes nacionales (*246*). Estados Unidos, que tiene uno de los índices más altos de participación de personas de más de 65 años en el mercado laboral, cuenta con uno de los sistemas antidiscriminatorios más fuertes. Por ejemplo, la Ley de 1967 sobre Discriminación en el Empleo por Motivos de Edad prohíbe la discriminación laboral en contra de las personas de 40 años o más. En otros países, como los Países Pajos, se ha llegado a analizar los anuncios de oferta de empleo para evitar la discriminación por motivos de edad (*247*).

Derogar las edades de jubilación obligatoria

La edad no es un indicador confiable a la hora de juzgar la posible productividad o empleabilidad de un trabajador. La OCDE ha recomendado la eliminación de todas las políticas de jubilación obligatoria con el fin de beneficiar a los trabajadores, los empleadores y las economías (*247*). Muchos países, incluidos aquellos que han adoptado medidas para aumentar la participación de las personas mayores en la fuerza laboral, aún cuentan con edades de jubilación obligatoria o avalan la existencia de sectores de actividad con edades de jubilación obligatoria. Los organismos de las Naciones Unidas también tienen edades obligatorias de separación del servicio. Las políticas que regulan las edades de jubilación obligatoria no ayudan a crear empleo para los jóvenes, como se había previsto inicialmente, sino que reducen la capacidad de los trabajadores mayores de contribuir y menguan las oportunidades de una organización de beneficiarse de la capacidad de los trabajadores mayores.

Reformar los sistemas de pensiones que incentivan la jubilación anticipada o penalizan el regreso al trabajo

La disponibilidad y el diseño de los sistemas de pensiones pueden aumentar o reducir la participación en la fuerza laboral. En los países de ingresos bajos, muchos adultos necesitan contar con un trabajo remunerado (también en el sentido de trabajo agrícola o de subsistencia) durante toda su vida porque no existe una red de seguridad social y no pueden darse el lujo de jubilarse (*248*). En oposición, los países más ricos que han ampliado la cobertura y generosidad de su sistema de pensiones permiten que los trabajadores mayores se retiren de la fuerza laboral más temprano (*249*). Las políticas que exigen la jubilación obligatoria reducen las oportunidades y la motivación de las personas mayores para seguir trabajando. Por ejemplo, en Japón, si todos los demás factores se mantienen constantes, se ha comprobado que la jubilación obligatoria reduce en 20 % la probabilidad de que los hombres de entre 60 y 69 años continúen trabajando (*86*). Es probable que la participación en la fuerza laboral se reduzca si las personas mayores adquieren derecho a una pensión; además, el sistema restringe los ingresos que se pueden obtener mientras se cobra una pensión (*86*). Los sistemas de pensiones que no incentivan la jubilación anticipada ni penalizan a los jubilados que regresan al trabajo pueden tener especial influencia en la disposición de los adultos mayores para trabajar. En Suecia, por ejemplo, las personas pueden dejar de recibir la totalidad o una parte de su jubilación y continuar trabajando a cualquier edad, sin limitaciones en los ingresos que perciben (*250*).

Apoyar las opciones de jubilación gradual y la modalidad de trabajo flexible

Una de las opciones preferidas por las personas que se acercan a las edades de jubilación tradicionales es la flexibilidad del trabajo a tiempo parcial. Los planes de jubilación en etapas aún deben ser evaluados, pero tienen el potencial de permitir a las empresas retener a empleados experimentados (*251, 252*). Las políticas que ofrecen la opción de jubilación parcial —esto es, el paso gradual de la actividad a la jubilación— y eliminan los obstáculos económicos posibilitan que las personas ingresen y salgan del mercado de trabajo. Las opciones de jubilación gradual en algunos casos permiten que las personas mayores cambien de sector de trabajo, se pasen al empleo por cuenta propia o reduzcan el número de horas que trabajan. Japón, Noruega y Suecia, por ejemplo, han tenido especial éxito en la puesta en marcha de planes de jubilación parcial y programas de capacitación formales para ayudar a los trabajadores mayores a mejorar sus capacidades y mantenerse por más tiempo en la fuerza laboral (*242, 253*).

Existen varios motivos para que los empleados mayores prefieran la modalidad de trabajo flexible. Quizás, por ejemplo, deban o deseen asumir la responsabilidad de cuidar de sus padres, parejas o nietos. La modalidad de trabajo

flexible muchas veces permite que las personas trabajen a tiempo parcial o tengan un horario de trabajo flexible, o que trabajen desde su casa o fuera de una oficina. También puede comprender prácticas de pago flexibles; por ejemplo, cuando las responsabilidades de los empleados mayores cambian, también es posible que cambie el pago que reciben en virtud de su aporte al lugar de trabajo. Los programas de empleo particularmente progresistas consideran el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, así como las responsabilidades de prestación de cuidados (*86*), y ayudan a las sociedades a lograr un mejor ajuste entre los deseos de las personas mayores en materia laboral y lo que los empleadores ofrecen. Las experiencias en Finlandia y otros países de Europa indican que mejorar el ajuste entre las preferencias y capacidades de los trabajadores mayores y sus empleos requiere no solo la participación activa de los encargados de formular políticas, sino también de los gerentes de recursos humanos (*254*).

Considerar incentivos que alienten a los empleadores a retener, capacitar, contratar, proteger y recompensar a trabajadores mayores

Muchos países con falta de mano de obra, altos índices de desempleo de larga duración y sistemas de pensiones saturados ofrecen incentivos para que los empleadores contraten trabajadores mayores. Aunque los incentivos difieren de un país a otro, por lo general incluyen exonerar a los empleadores de determinados impuestos, ofrecer bonificaciones o proporcionar acceso a contratos públicos. Los subsidios salariales que se emplean como alternativa a los programas de capacitación laboral públicos o privados para trabajadores mayores han sido propuestos como una opción rentable, pero aún requieren evaluación (*255*). Algunos países ofrecen incentivos para contratar a poblaciones específicas de trabajadores mayores, como mujeres, personas con ingresos bajos y personas que han estado en la cárcel. Algunos países (Austria, Bulgaria, Eslovaquia, Francia, Grecia, Hungría y Lituania) cuentan con leyes de protección del empleo que incentivan específicamente a los empleadores que contratan a mujeres desempleadas mayores de 50 años y a hombres desempleados mayores de 55 años (*248*). Francia, que tiene uno de los índices más bajos de la OCDE en cuanto a la movilidad laboral de los trabajadores mayores, proporciona ayuda financiera y acceso a contratos públicos a los empleadores que contratan a personas desempleadas mayores de 50 años. Singapur puso en marcha un programa de incentivos que no limitaba los niveles salariales, pero mientras que las empresas se beneficiaban con incentivos estatales, los trabajadores mayores recibían salarios inferiores al nivel del mercado.

Ayudar a los adultos mayores a planificar la segunda mitad de la vida e invertir en aprendizaje permanente

El aumento de la esperanza de vida es muy importante tanto para la extensión de la vida laboral de las personas como para la forma en que eligen reinventarse en ese tiempo. Recibir un asesoramiento adecuado y accesible sobre la carrera a lo largo del curso de la vida puede ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre las transiciones de la vida, incluso respecto del aprendizaje permanente y el trabajo.

Aunque cada generación de adultos mayores cuenta con mejor educación que la generación anterior, el aprendizaje permanente es fundamental para que los trabajadores puedan emplearse y seguir siendo atractivos para el mercado laboral, sobre todo en el caso de los trabajadores mayores, y más especialmente entre aquellos que tienen trabajos menos calificados (*247*). Los empleadores deben invertir en los empleados mayores para que estos permanezcan comprometidos, actualicen sus conocimientos y mantengan su flexibilidad y respuesta ante las exigencias del trabajo. Además de ofrecerles educación y capacitación, también se debe pensar en programas de orientación, tutoría entre pares y rotación de pues-

tos. Si bien varios países han puesto en marcha distintas estrategias, aún no está claro cuáles darán resultados en las políticas y en la práctica (*49, 247, 256*).

Invertir en la salud y el funcionamiento

En todos los países, los problemas de salud son la causa más frecuente por la cual las personas se ven obligadas a jubilarse, seguida de los despidos y la incapacidad para encontrar un nuevo trabajo (*257*). Garantizar la salud de la fuerza laboral es un requisito para que los adultos mayores puedan trabajar por más tiempo y una consideración fundamental en todo cambio que se proponga en la edad de jubilación o el acceso a pensiones. El ausentismo por razones de salud es menos frecuente en los trabajadores mayores, pero, cuando ocurre, suele tener mayor duración. La inversión en actividades que promuevan el *Envejecimiento Saludable*, incluidos cambios en las actitudes y conductas, será fundamental para mejorar la salud de todos los trabajadores.

Los lugares de trabajo que alientan a los trabajadores a mantener su capacidad mediante la actividad física y la alimentación nutritiva promueven la salud de sus empleados (capítulo 3). Cuando los empleados presentan deterioro de la capacidad, las tecnologías de apoyo y otras adaptaciones razonables les permiten en muchos casos continuar trabajando.

Otra herramienta para mantener la salud, la productividad y la empleabilidad de los trabajadores mayores es ofrecerles ayuda antes de que queden exhaustos o pierdan la motivación. Cambiar las tareas o el orden de las tareas, sobre todo si su realización durante largo tiempo resulta mental o físicamente agotadora, puede ayudar a evitar que los trabajadores se enfermen o pierdan la motivación (*248*). Los trabajadores pueden realizar determinada tarea hasta alcanzar una productividad óptima y entonces, antes de perder ese nivel de productividad, pueden pasar a realizar otras tareas que requieran un nivel de calificación similar o superior, dependiendo de la capacidad de cada persona (*258, 259*).

Crear las condiciones necesarias para el voluntariado

Si bien diversos factores influyen en la decisión de ser voluntario, se destacan el deseo de ayudar, la experiencia previa de voluntariado, el hecho de haber trabajado y estar jubilado, el convertirse en cuidador, el deterioro de la salud o la muerte de la pareja (*260–264*). No obstante, es más probable que los adultos mayores se decidan a realizar tareas de voluntariado impulsados por el deseo de ayudar a otros y mantenerse activos (*265, 266*).

La generatividad —el deseo de trabajar con los jóvenes y transmitirles conocimientos— adquiere más relevancia con la edad (*221, 263*). En este informe es imposible presentar todas las formas en que las organizaciones pueden ayudar a los voluntarios mayores. No obstante, algunas investigaciones sugieren que varias medidas podrían ser importantes, como las que se señalan a continuación:

- **Alentar a las personas a tener confianza en sí mismas para realizar tareas de voluntariado**. La capacitación es fundamental para reforzar la confianza de las personas mayores y propiciar que se conviertan en líderes efectivos. A los adultos mayores tal vez les preocupe quedar atrapados en grandes compromisos de tiempo y energía por ofrecerse como voluntarios. Al mismo tiempo, a las organizaciones puede resultarles costoso tener una gran rotación de voluntarios. Para que los voluntarios puedan tomar decisiones informadas, es esencial proporcionarles información clara sobre los requisitos de la organización y garantizarles que dispondrán del apoyo necesario.
- **Crear oportunidades para que las organizaciones y los voluntarios se conozcan**. Existen muchas formas de sensibilizar sobre la disponibilidad y la capacidad de las personas mayores, y de crear mecanismos para acceder a sus conocimientos y aptitudes. Un ejemplo son los llamados *bancos de cerebros* de Tailandia, que ofrecen información sobre trabajadores jubilados con experiencia y

Cuadro 6.2. Ejemplos de intervenciones que contribuyen a lograr las cinco capacidades esenciales para el *Envejecimiento Saludable*, por sector

Capacidades	Sector						
	Transporte	**Vivienda**	**Asistencia y protección social**	**Desarrollo urbano**	**Información y comunicación**	**Educación y trabajo**	**Salud y cuidados a largo plazo**
Satisfacer las necesidades básicas	- Garantizar opciones de transporte seguro para el acceso a servicios básicos y servicios de alimentación y asistencia sanitaria	- Proporcionar acceso a una vivienda adecuada	- Implementar un seguro social para proporcionar seguridad de los ingresos - Proporcionar asistencia a familias que cuidan a familiares mayores	- Garantizar que las estructuras y los entornos estén bien diseñados y sean accesibles y seguros	- Garantizar el suministro de información clara y accesible sobre los servicios sociales y de salud disponibles para las personas mayores - Garantizar que en la planificación para casos de emergencia se consideren las necesidades de las personas mayores	- Ofrecer programas para volver a capacitarse, adaptados a los trabajadores mayores	- Garantizar la disponibilidad de una variedad adecuada de servicios de asistencia sanitaria y apoyo para promover, mantener y restablecer la capacidad
Aprender, crecer y tomar decisiones	- Garantizar que los operadores de transporte de primera línea reciban capacitación respecto de las necesidades de las personas mayores y las prácticas no discriminatorias	- Garantizar que las personas mayores dispongan de información sobre opciones de vivienda	- Promover la planificación anticipada de la atención	- Desarrollar infraestructura para peatones que respete los principios del diseño universal - Apoyar el uso de transporte no motorizado	- Ofrecer programas educativos que acerquen a las personas mayores a las nuevas tecnologías que pueden ayudarlos a combatir la soledad y el aislamiento	- Proporcionar acceso a computadoras e Internet por un costo mínimo (por ejemplo, en bibliotecas o centros comunitarios) - Garantizar la inclusión de subtítulos en los programas de televisión para las personas con dificultades auditivas	- Proporcionar presupuestos personales
Tener movilidad	- Garantizar que el transporte público sea accesible para las personas mayores y las personas con discapacidad - Garantizar que haya asientos reservados para las personas mayores	- Ayudar con las reformas en el hogar	- Garantizar la disponibilidad de opciones especiales de transporte	- Garantizar la seguridad de las rutas para la conducción y para que los peatones crucen las calles - Proporcionar estacionamiento prioritario para las personas mayores con discapacidad - Proporcionar baños públicos limpios	- Garantizar que la información sobre opciones de transporte y horarios se encuentre disponible en formatos accesibles	- Garantizar que los lugares de trabajo se adapten a las necesidades de las personas mayores	- Proporcionar una evaluación temprana de las necesidades de vivienda

Capacidades	Sector						
	Transporte	**Vivienda**	**Asistencia y protección social**	**Desarrollo urbano**	**Información y comunicación**	**Educación y trabajo**	**Salud y cuidados a largo plazo**
Crear y mantener relaciones	- Garantizar que el transporte público cuente con suficientes paradas y estaciones para que las personas mayores puedan acceder a centros para adultos mayores y centros religiosos, y visitar a sus familiares	- Diseñar viviendas que faciliten la integración comunitaria - Garantizar que la vivienda no esté superpoblada	- Apoyar a las organizaciones voluntarias para facilitar el acceso de las personas mayores a actividades sociales	- Incluir lugares en la comunidad en los que las personas puedan reunirse, como centros comunitarios, centros para adultos mayores y parques públicos	- Proporcionar información accesible sobre ocio y actividades sociales	- Garantizar que los trabajadores mayores tengan oportunidad de compartir sus conocimientos con otros trabajadores	- Apoyar a las personas mayores para que puedan desarrollar y mantener su capacidad intrínseca
Contribuir	- Garantizar la disponibilidad de transporte para que las personas puedan trasladarse al trabajo o a realizar sus actividades de voluntariado	- Garantizar la ubicación de las viviendas cerca de los servicios y las oportunidades de trabajo y voluntariado	- Proporcionar seguro de desempleo	- Facilitar traslados a pie seguros hacia el transporte (por ejemplo, para ir al trabajo) y los lugares de recreación	- Proporcionar información sobre oportunidades de voluntariado - Organizar campañas de comunicación para desalentar la discriminación por motivos de edad en el lugar de trabajo, tanto por parte de los empleadores como de los empleados más jóvenes	- Garantizar la existencia de diversas oportunidades para los trabajadores mayores - Garantizar que la jubilación sea una opción y no una obligación - Implementar políticas para evitar la discriminación por motivos de edad	- Proporcionar un seguro de enfermedad que incluya cobertura para gastos médicos catastróficos

capacitación a diversas organizaciones, y facilitan el contacto con ellos.

- **Garantizar que el tipo y la naturaleza del trabajo resulten satisfactorios**. Garantizar la satisfacción personal es fundamental para retener a los voluntarios. Al comparar a trabajadores voluntarios con una muestra de empleados remunerados que realizaban tareas idénticas en la misma organización, la autonomía (disponer de opciones y del control sobre sus acciones) y el relacionamiento (poder establecer y mantener relaciones seguras y respetuosas con otros) fueron las características más relacionadas con las intenciones de los voluntarios de continuar en la organización, y esta relación se ve influenciada por la satisfacción con la tarea que el voluntario realiza (*267*).
- **Garantizar que concuerden las motivaciones del voluntario con su función**. Se ha demostrado que es importante que concuerden las motivaciones de los posibles voluntarios con los mensajes que se usan al convocarlos (*268*). Los voluntarios cuyas funciones se ajustan a sus motivaciones muestran más satisfacción y disfrutan más de su servicio, y es más probable que quieran continuar con las tareas de voluntariado (*268*). Ajustar las oportunidades de voluntariado a las motivaciones de los voluntarios podría entonces aumentar el nivel de satisfacción y reducir la tasa de rotación de voluntarios.
- **Proporcionar una compensación para alentar la retención**. Si bien a muchas organizaciones quizás les resulte difícil ofrecer una compensación en efectivo, la rotación puede reducirse mediante la entrega de una compensación en efectivo o en especie para cubrir los gastos de los voluntarios. El uso de estipendios también se ha relacionado con la capacidad de involucrar a distintas poblaciones, aumentar la retención y asegurar que los voluntarios tengan la mejor experiencia posible (*269*).
- **Tener en cuenta los aspectos administrativos**. La forma en que se contacta, selecciona, capacita y supervisa a los voluntarios influye en su captación y retención. Por ejemplo, el método de captación más efectivo es el que se conoce como *pedido personal* (*264, 270*). Si bien es menos probable que se pida a adultos mayores que realicen tareas de voluntariado, es cinco veces más probable que aquellos a quienes se les pide acepten hacerlo a que lo hagan aquellos a quienes no se les pide (*271*). El significado que se atribuye al trabajo voluntario, el apoyo y la orientación del personal y las relaciones con otros voluntarios son factores importantes para la calidad de la experiencia de voluntariado (*221*). Un estudio realizado en Inglaterra demostró que cuanto más apreciados se sentían los voluntarios, más satisfechos estaban con su vida en general (*272*).

El futuro

Asegurar la capacidad funcional de las personas mayores es importante para enfrentar el envejecimiento de la población. La consideración de las capacidades de las personas mayores, que pone énfasis en los recursos personales y del entorno, así como en la capacidad intrínseca, es de interés para todos los países. Las prioridades de acción serán distintas y los países deberán diseñar medidas para sus propios contextos, pero una mejor adecuación entre las personas mayores y sus entornos se puede lograr en todas partes.

Al poner énfasis en ampliar la capacidad funcional, se ayuda a que los gobiernos, la sociedad civil y otros socios se centren más en los resultados y los impactos. Al concentrarse en las capacidades, la atención se traslada de los insumos (como el transporte) a los resultados (como la accesibilidad y la movilidad). Con esto, los países logran centrarse en lo que es importante para las personas mayores y los objetivos de dis-

tintos sectores u organismos, y así todos ganan. Además, este enfoque en la capacidad funcional va más allá del simple uso de listas de verificación, que son limitadas porque no consideran el papel del entorno en la promoción de las capacidades y habilidades, suponen que todos se beneficiarán por igual de un determinado recurso y no reconocen que un factor podría contrarrestar a otro (por ejemplo, realizar reformas en la vivienda quizás reduzca la necesidad de cuidados a largo plazo).

En tiempos de grandes inquietudes acerca de las implicaciones del envejecimiento de la población, de mayor austeridad de los países y de escasos fondos destinados a la ayuda, al concentrar la atención en las capacidades, todos los sectores, en todos los niveles de gobierno, pueden decidir juntos cuál es la mejor manera de sumar salud a los años.

En cada sección de este capítulo se presentaron opciones de medidas que pueden adoptarse para mejorar distintos dominios de la capacidad. En el cuadro 6.2 se presentan los aportes que los distintos sectores pueden hacer para promover la capacidad funcional. Las siguientes tres estrategias, que se analizan en el capítulo 7, son clave para abordar estas cuestiones intersectoriales:

1. combatir la discriminación por motivos de edad;
2. propiciar la autonomía;
3. apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

Para generar un cambio, es necesaria la colaboración entre varios niveles de gobierno, así como entre el gobierno y otros agentes no gubernamentales, como el sector académico y las asociaciones de personas mayores. A continuación se detallan algunas medidas que pueden respaldar la acción intersectorial para promover el *Envejecimiento Saludable* (*273, 274*):

- crear conciencia sobre el *Envejecimiento Saludable*;
- diseñar mensajes de promoción, dirigidos a sectores específicos, sobre cómo pueden contribuir al *Envejecimiento Saludable*;
- aprovechar experiencias exitosas anteriores de acción intersectorial;
- acordar cuestiones de organización que promuevan la colaboración continua para asegurar el *Envejecimiento Saludable* en los distintos sectores;
- institucionalizar el objetivo de mejorar la capacidad funcional;
- medir los resultados en términos de la capacidad y documentar las intervenciones o medidas específicas que se adoptaron;
- abordar el problema de la falta de investigación.

Referencias bibliográficas

1. Attitudes about Aging: a global perspective.Washington (DC): Pew Research Center; 2014 (http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf, accessed 10 July 2015).
2. Center for Excellence in Universal Design [website]. Dublin: National Disability Authority; 2012 (http://universaldesign.ie/, accessed 1 July 2015).
3. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 20 July 2015).
4. Safe streets for seniors. In: New York City Department of Transportation [website]. New York: City of New York; 2015 (http://www.nyc.gov/html/dot/html/pedestrians/safeseniors.shtml, accessed 1 July 2015).
5. Handi-Transit. In: City of Winnipeg [website]. Winnipeg: City of Winnipeg; 2015 (http://winnipegtransit.com/en/handi-transit/handi-transit, accessed 1 July 2015).
6. What is a men's shed? In: Australian Men's Shed Association [website]. Windale (NSW): Australian Men's Shed Association; 2015. (http://www.mensshed.org/what-is-a-men's-shed/.aspx, accessed 1 July 2015).
7. The universal declaration of human rights. New York: United Nations;1948(http://www.un.org/en/documents/udhr/, accessed 10 July 2015).
8. Naughton C, Drennan J, Treacy MP, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the national study of elder abuse and neglect. Dublin: National Centre for the Protection of Older People; 2010. (http://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/Study%203%20Prevalence.pdf, accessed 20 July 2015.)
9. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. PLoS One. 2012;7(3):e33857.doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0033857 PMID: 22448276
10. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. Health Psychol. 2011 Jul;30(4):377–85.doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0022826 PMID: 21534675
11. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. Br J Gen Pract. 2007 Apr;57(537):277–82. PMID: 17394730
12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 10 July 2015).
13. Blazer DG, Sachs-Ericsson N, Hybels CF. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):299–304.doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2003.035576 PMID: 15671468
14. World Development Report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001 (https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856, accessed 20 July 2015).
15. Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2008 (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/growing-unequal_9789264044197-en#page1, accessed 20 July 2015).
16. Middleton S, Hancock R, Kellard K, Beckhelling J, Phung VH, Perren K. Measuring resources in later life: a review of the data. York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2007. (http://www.jrf.org.uk/system/files/2001-measuring-resources-older-people.pdf, accessed 10 July 2015).
17. Zimmer Z, Das S. The poorest of the poor: composition and wealth of older person households in sub-Saharan Africa. Res Aging. 2014 May;36(3):271–96.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0164027513484589 PMID: 25650994
18. World development report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001.(https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856, accessed 10 July 2015).
19. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012.(http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 10 July 2015).
20. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations; 1966 (http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx, accessed 10 July 2015).
21. The right to adequate housing. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2014 (Fact sheet No. 21/Rev. 1; http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf, accessed 20 July 2015).
22. Howden-Chapman P, Signal L, Crane J. Housing and health in older people: ageing in place. Soc Policy J NZ. 2010;13:14–30.
23. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2:CD008657. PMID: 23450585

24. Healthy ageing: a challenge for Europe. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health; 2006 (http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20Ageing%20-%20A%20Challenge%20for%20Europe.pdf, accessed 10 July 2015).
25. Gibson M, Petticrew M, Bambra C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. Health Place. 2011 Jan;17(1):175–84.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.011 PMID: 21159542
26. Beard JR, Cerdá M, Blaney S, Ahern J, Vlahov D, Galea S. Neighborhood characteristics and change in depressive symptoms among older residents of New York City. Am J Public Health. 2009 Jul;99(7):1308–14.doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.125104 PMID: 19008519
27. Lipman B, Lubell J, Salomon E. Housing an aging population: are we prepared. Washington (DC): Center for Housing Policy; 2012. (http://www.nhc.org/media/files/AgingReport2012.pdf, accessed 10 July 2015).
28. Pope ND, Kang B. Residential relocation in later life: a comparison of proactive and reactive moves. J Hous Elder. 2010;24(2):193–207. doi: http://dx.doi.org/10.1080/02763891003757122
29. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003 Nov;58(6):S327–37.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327 PMID: 14614120
30. James M, Graycar A, Mayhew P. A safe and secure environment for older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2003. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/51/rpp051.pdf, accessed 10 July 2015).
31. Bachman R, Meloy ML. The epidemiology of violence against the elderly: implications for primary and secondary prevention. J Contemp Crim Justice. 2008;24(2):186–97. doi: http://dx.doi.org/10.1177/1043986208315478
32. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA. 1998 Aug 5;280(5):428–32.doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.280.5.428 PMID: 9701077
33. Hutton D. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
34. Derges J, Clow A, Lynch R, Jain S, Phillips G, Petticrew M, et al. 'Well London' and the benefits of participation: results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial. BMJ Open. 2014;4(4):e003596.doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003596 PMID: 24694622
35. Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2012 (http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2000&Itemid=, accessed 20 July 2015).
36. Cooper K, Stewart K. Does money in adulthood affect adult outcomes? York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2015. (http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/money-adult-outcomes-full.pdf, accessed 10 July 2015).
37. Beard JR, Tracy M, Vlahov D, Galea S. Trajectory and socioeconomic predictors of depression in a prospective study of residents of New York City. Ann Epidemiol. 2008 Mar;18(3):235–43.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.10.004 PMID: 18083544
38. Gorman M. Age and security: how social pensions can deliver effective aid to poor older people and their families. London: HelpAge International (http://www.globalaging.org/pension/world/2004/security.pdf, accessed 20 July 2015).
39. Soares S, Osorio RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality. Estudios económicos. 2009;(1):207–24. (http://core.ac.uk/download/pdf/6327963.pdf, accessed 14 August 2015).
40. McKinnon R. Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. Developments and trends: supporting dynamic social security. Geneva: International Social Security Association; 2007:31–7. (https://www.issa.int/html/pdf/publ/2DT07.pdf, accessed 10 July 2015).
41. Asher M. The future of old age income security. New York: International Longevity Centre Global Alliance; 2013 (Revised version of Robert Butler Memorial Speech, delivered at the International Centre Global Alliance Symposium on The Future of Ageing, Singapore, 21 June 2013; http://www.ilc-alliance.org/images/uploads/publication-pdfs/The_future_of_old_age_income_security_Oct_2013_1.pdf, accessed 20 July 2015).
42. Duflo E. Grandmothers and granddaughters: old age pension and intra-household allocation in South Africa. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2000. (http://economics.mit.edu/files/732, accessed 10 July 2015).
43. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington (DC): World Bank; 2011. doi: http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-8439-8
44. Shin E, Do YK. Basic old-age pension and financial wellbeing of older adults in South Korea. Ageing Soc. 2015;35:1055–74. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X14000051
45. Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. Golden aging: prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. Washington (DC): World Bank; 2015. (https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018, accessed 10 July 2015).

46. Why social pensions are needed now. London: HelpAge International; 2006 (http://www.helpage.org/silo/files/why-social-pensions-are-needed-now.pdf; accessed 20 July 2015).
47. Sadana R, Foebel AD, Williams AN, Beard JR. Population ageing, longevity, and the diverse contexts of the oldest old. Public Policy Aging Rep. 2013;23(2):18–25. doi: http://dx.doi.org/10.1093/ppar/23.2.18
48. Social protection floor. In: Social Protection Floor Initiative [website]. Geneva: Social Protection Floor Initiative; 2014 (http://www.socialprotectionfloor-gateway.org/4.htm, accessed 7 July 2015).
49. Maclean R, Wilson D, editors. International handbook of education for the changing world of work. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2009. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-5281-1
50. Asher M. Pension plans, provident fund schemes and retirement policies: India's social security reform imperative. ASCI J Manag. 2010;39(1):1–18. (http://journal.asci.org.in/Vol.39(2009-10)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf, accessed 14 August 2015).
51. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. Soc Indic Res. 2010;99(3):405–12. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9588-5
52. Braubach M, Power A. Housing conditions and risk: reporting on a European study of housing quality and risk of accidents for older people. J Hous Elder. 2011;25(3):288–305. doi: http://dx.doi.org/10.1080/02763893.2011.595615
53. Hui ECM, Wong FKW, Chung KW, Lau KY. Housing affordability, preferences and expectations of elderly with government intervention. Habitat Int. 2014;43:11–21. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.habitatint.2014.01.010
54. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of "aging in place" to older people. Gerontologist. 2012 Jun;52(3):357–66.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098 PMID: 21983126
55. van der Pas S, Ramklass S, O'Leary B, Andersen S, Keating N, Cassim B. Features of home and neighbourhood and the live-ability of older South Africans. Eur J Ageing. 2015;30 May:1–13. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10433-015-0343-2
56. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing 'best-fit'. Can J Aging. 2013 Dec;32(4):319–32.doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000408 PMID: 24128863
57. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf, accessed 10 July 2015).
58. The National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. executive summary. Canterbury (England): Personal Social Services Research Unit; 2013 (http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf, accessed 10 July 2015).
59. Wahl HW, Iwarsson S, Oswald F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. Gerontologist. 2012 Jun;52(3):306–16.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154 PMID: 22419248
60. Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O, et al. Relationships between objective and perceived housing in very old age. Gerontologist. 2007 Feb;47(1):85–95.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/47.1.85 PMID: 17327544
61. Tanner B, Tilse C, de Jonge D. Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning of home for older people. J Hous Elder. 2008;22(3):195–215. doi: http://dx.doi.org/10.1080/02763890802232048
62. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. Gerontologist. 2014 Feb;54(1):75–81.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070 PMID: 23840021
63. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (1):CD004441. PMID: 15674948
64. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. Gerontologist. 2016. (In press.).
65. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. J Epidemiol Community Health. 1996 Oct;50(5):551–8.doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.5.551 PMID: 8944864
66. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Rossum E, van Eijk JT, Yardley L, Kempen GI. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2007 Apr;55(4):603–15.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x PMID: 17397441
67. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. Public Health. 2001 Sep;115(5):308–16.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506(01)00468-1 PMID: 11593439
68. Poulstrup A, Jeune B. Prevention of fall injuries requiring hospital treatment among community-dwelling elderly. Eur J Public Health. 2000;10(1):45–50. doi: http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/10.1.45
69. Duff JM. Reducing the number of environmental hazards in the homes of community dwelling elderly: a comparison of approaches to fall prevention via environmental assessment and modification [thesis]. Ann Arbor: New York University; 2010.
70. Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindstrom A. Preventing femoral fractures among elderly: the community safety approach. Saf Sci. 1996;21(3):239–46. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535(95)00067-4

71. Kempton A, Van Beurden E, Sladden T, Garner E, Beard J. Older people can stay on their feet: final results of a community-based falls prevention programme. Health Promot Int. 2000;15(1):27–33. doi: http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.1.27
72. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation–a longitudinal perspective. Am J Occup Ther. 2005 May-Jun;59(3):296–304.doi: http://dx.doi.org/10.5014/ajot.59.3.296 PMID: 15969277
73. Heywood F. Money well spent: the effectiveness and value of housing adaptations. Bristol: Policy Press; 2001 (http://www.jrf.org.uk/system/files/jr100-effectiveness-housing-adaptations.pdf, accessed 10 July 2015).
74. The MetLife Study of Elder Financial Abuse. Crimes of occasion, desperation, and predation against America's elders. New York: MetLife Mature Market Institute; 2011 (https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf, accessed 20 July 2015).
75. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. Soc Indic Res. 2010;99(3):405–12.
76. Help at home. My aged care [website]. Canberra: Australian Government, Department of Social Services; 2015. (http://www.myagedcare.gov.au/#!/help-home, accessed 27 July 2015).
77. Ageing in the twenty-first century a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012 (http://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century, accessed 10 July 2015).
78. Care & Repair England. In: Care & Repair England [website]. Nottingham (England): Care & Repair England. 2014 (http://careandrepair-england.org.uk/?page_id=30, accessed 10 July 2015).
79. Morris ME, Adair B, Miller K, Ozanne E, Hansen R, Pearce A, et al. Smarthome technologies to assist older people to live well at home. J Aging Sci. 2013;1(1):1–9. (http://www.esciencecentral.org/journals/smart-home-technologies-to-assist-older-people-to-live-well-at-home-jasc.1000101.pdf, accessed 10 July 2015).
80. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, accessed 10 July 2015).
81. Lansley P, McCreadie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? Age Ageing. 2004 Nov;33(6):571–6.doi: http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh190 PMID: 15347537
82. Mitchell OS, Piggott J. Unlocking housing equity in Japan. J Jpn Int Econ. 2004;18(4):466–505. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jjie.2004.03.003
83. Rosenfeld O. Social and affordable housing finance – current trends and challenges in countries with mature social housing sector. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2014 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/hlm/prgm/hmm/social%20housing/geneva2014/1.05.rosenfeld.pdf, accessed 10 July 2015).
84. Ageing in cities. Paris: OECD Publishing; 2015. doi: http://dx.doi.org/10.1787/9789264231160-en
85. Beaulieu M, Dubé M, Bergeron C, Cousineau M-M. Are elderly men worried about crime? J Aging Stud. 2007;21(4):336–46. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.001
86. Global population ageing: peril or promise. Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 20 July 2015).
87. James M, Graycar A. Preventing crime against older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2000. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/32/rpp032.pdf, accessed 10 July 2015).
88. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. Gerontologist. 2016. Forthcoming. PMID: 3342992
89. Lachs M, Berman J. Under the radar: New York State elder abuse prevalence study. New York: Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University, and New York City Department for the Aging; 2011.
90. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT, et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. J Gen Intern Med. 2014 Dec;29(12):1615–23.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2946-2 PMID: 25103121
91. Kwok JST, Fritsch P, Raza A, Newport M. Loving the older people in times of cholera: preliminary findings from a study to analyse care and outcomes for cholera patients treated by Médecins Sans Frontières Operational Centre Amsterdam in Haiti and Zimbabwe 2008–12. London: Médecins Sans Frontières; 2012.
92. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf, accessed 20 July 2015).
93. Disabilities among refugees and conflict-affected populations: resource kit for fieldworkers. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children; 2008 (https://womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations?catid=232, accessed 20 July 2015).
94. Duggan S, Deeny P, Spelman R, Vitale CT. Perceptions of older people on disaster response and preparedness. Int J Older People Nurs. 2010 Mar;5(1):71–6.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00203.x PMID: 20925760

95. Powell S, Plouffe L, Gorr P. When ageing and disasters collide: lessons from 16 international case studies. Radiat Prot Dosimetry. 2009 Jun;134(3-4):202–6.doi: http://dx.doi.org/10.1093/rpd/ncp082 PMID: 19435731
96. Fitzgerald KG. Evaluation of the preparedness of Massachusetts nursing homes to respond to catastrophic natural or human-made disasters. In: British Society of Gerontology [website]. York (England): British Society of Gerontology; 2008 (abstract; http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/evaluation-of-the-preparedness-of-massachusetts-nu.html, accessed 20 July 2015).
97. Kim HJ, Fritsch P. Older people in humanitarian contexts: the impact of disaster on older people and the means of addressing their needs. Gerontologist. 2016. (In press).
98. Boulton-Lewis GM. Education and learning for the elderly: why, how, what. Educ Gerontol. 2010;36(3):213–28. doi: http://dx.doi.org/10.1080/03601270903182877
99. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. Psychol Health. 2015;30(6):715–31. PMID: 24678916
100. Carstensen LL, Hartel CR, editors. When I'm 64. Washington (DC): National Academies Press; 2006. (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11474&page=R1, accessed 10 July 2015).
101. Aspin DN, Chapman J, Evans K, Bagnall R. Second International handbook of lifelong learning. Dodrecht, Netherlands: Springer; 2012. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2360-3
102. The lifelong learning needs of older people in Ireland: a discussion paper. Dublin: AONTAS, The National Adult Learning Organisation; 2007 (http://www.aontas.com/download/pdf/olderpeopleresearch_ppr_2007.pdf, accessed 10 July 2015).
103. Jeong H, Kim HS. Aging and text comprehension: interpretation and domain knowledge advantage. Educ Gerontol. 2009;35(10):906–28. doi: http://dx.doi.org/10.1080/03601270902834601
104. McNair S. Demography and lifelong learning: IFLL thematic paper No. 1. Leicester, England: National Institute of Adult Continuing Education; 2009.
105. Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. J Clin Nurs. 2010 May;19(9-10):1226–35.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x PMID: 20345826
106. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. J Adv Nurs. 2014 Oct;70(10):2208–21.doi: http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412 PMID: 25209751
107. Laal M. Lifelong learning: what does it mean? Procedia Soc Behav Sci. 2011;28(0):470–4. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.090
108. Laal M. Barriers to lifelong learning. Procedia Soc Behav Sci. 2011;28(0):612–5. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.116
109. Rahhal TA, Hasher L, Colcombe SJ. Instructional manipulations and age differences in memory: now you see them, now you don't. Psychol Aging. 2001;16(4):697–706. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.4.697
110. Hess TM, Auman C, Colcombe SJ, Rahhal TA. The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003 Jan;58(1):3–11.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.1.P3 PMID: 12496296
111. Kronfol NSA, Rizk A. Ageing in the Arab region: trends, implications and policy options. Beirut: Economic and Social Commission for Western Asia; 2013. (http://www.escwa.un.org/divisions/div_editor/Download.asp?table_name=divisions_other&field_name=ID&FileID=1588, accessed 10 July 2015).
112. Kothari B, Bandyopadhyay T. Same language subtitling of Bollywood film songs on TV: effects on literacy. Inf Technol Int Dev. 2014;10(4):31–47. (http://itidjournal.org/index.php/itid/article/view/1307, accessed 14 August 2015).
113. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. Chronic Illn. 2011 Mar;7(1):60–86.doi: http://dx.doi.org/10.1177/1742395310383338 PMID: 20921033
114. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. JAMA. 1999 Aug 18;282(7):646–50.doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.7.646 PMID: 10517717
115. Rogers A, Vassilev I, Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Kennedy A, et al. Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: a framework and study protocol for developing self-care support. Implement Sci. 2011;6(1):56.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-56 PMID: 21619695
116. Wurzer B, Waters DL, Hale LA, Leon de la Barra S. Long-term participation in peer-led fall prevention classes predicts lower fall incidence. Arch Phys Med Rehabil. 2014 Jun;95(6):1060–6.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.018 PMID: 24508186
117. Guo PJ, Reinecke K. Demographic differences in how students navigate through MOOCs. In: Proceedings of the first ACM conference on Learning @ scale conference. New York: Association of Computing Machinery; 2014. 21–30.

118. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. J Pers. 2004 Dec;72(6):1395–424.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x PMID: 15509287
119. McCormack B. Autonomy and the relationship between nurses and older people. Ageing Soc. 2001;21(4):417–46. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X01008303
120. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. Health Soc Care Community. 2004 May;12(3):212–20.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x PMID: 19777711
121. Ottmann G, Allen J, Feldman P. A systematic narrative review of consumer-directed care for older people: implications for model development. Health Soc Care Community. 2013 Nov;21(6):563–81. PMID: 23465034
122. Cui D, Wang P, Wang Q. A three-pronged approach to the care of elders with Alzheimer's Disease. Ageing Int. 2010;35(2):142–52. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12126-010-9058-z
123. Willis M, Dalziel R. LinkAge Plus: Capacity building – enabling and empowering older people as independent and active citizens. London: Department for Work and Pensions; 2009 (Research report No. 571; http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2009-2010/rrep571.pdf, accessed 10 July 2015).
124. Evaluation on the model of inter-generational self-help club [website]. Vientiane (Vietnam); ISMS; 2014 (http://isms.org.vn/, accessed 10 July 2015) (in Vietnamese).
125. [Final evaluation of the project promotion the rights of the disadvantaged older people in Vietnam]. Vientiane (Vietnam): ISMS; 2014 (in Vietnamese).
126. Beales S. Empowerment and older people: enhancing capabilities in an ageing world. Expert Group Meeting on "Promoting people's empowerment in achieving poverty eradication, social integration and productive and decent work for all". New York: United Nations; 2012. (http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2012/SylviaBeales.pdf, accessed 10 July 2015).
127. Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. Occup Med (Lond). 2010 May;60(3):184–92.doi: http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq028 PMID: 20423949
128. Hamilton S, Tew J, Szymczynska P, Clewett N, Manthorpe J, Larsen J, et al. Power, choice and control: how do personal budgets affect experiences of people with mental health problems and their relationships with social workers and other practitioners? Br J Soc Work. 2015;23(April). doi: http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcv023
129. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; (https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 10 July 2015).
130. Aw D, Hayhoe B, Smajdor A, Bowker LK, Conroy SP, Myint PK. Advance care planning and the older patient. QJM. 2012 Mar;105(3):225–30.doi: http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr209 PMID: 22075012
131. Billings JA. The need for safeguards in advance care planning. J Gen Intern Med. 2012 May;27(5):595–600.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1976-2 PMID: 22237664
132. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010;340 Mar 23 1:c1345. doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345 PMID:20332506doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345
133. Morrison RS, Chichin E, Carter J, Burack O, Lantz M, Meier DE. The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. J Am Geriatr Soc. 2005 Feb;53(2):290–4.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53116.x PMID: 15673354
134. Satariano WA, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR. Mobility and aging: new directions for public health action. Am J Public Health. 2012 Aug;102(8):1508–15.doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300631 PMID: 22698013
135. Ross LA, Schmidt EL, Ball K. Interventions to maintain mobility: What works? Accid Anal Prev. 2013 Dec;61:167–96.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.09.027 PMID: 23083492
136. Yeom HA, Keller C, Fleury J. Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. J Am Acad Nurse Pract. 2009 Feb;21(2):95–100.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x PMID: 19228247
137. Yeom HA, Fleury J, Keller C. Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. Geriatr Nurs. 2008 Mar-Apr;29(2):133–40.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.07.002 PMID: 18394514
138. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. Gerontologist. 2010 Aug;50(4):443–50.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq013 PMID: 20145017
139. Shumway-Cook A, Ciol MA, Yorkston KM, Hoffman JM, Chan L. Mobility limitations in the Medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. J Am Geriatr Soc. 2005 Jul;53(7):1217–21.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53372.x PMID: 16108942
140. Nordbakke S, Schwanen T. Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. Mobilities. 2014;9(1):104–29. doi: http://dx.doi.org/10.1080/17450101.2013.784542

141. Mezuk B, Rebok GW. Social integration and social support among older adults following driving cessation. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2008 Sep;63(5):S298–303.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.5.S298 PMID: 18818450
142. Yen IH, Fandel Flood J, Thompson H, Anderson LA, Wong G. How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. J Aging Health. 2014 Dec;26(8):1340–72.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264314527610 PMID: 24788714
143. Shumway-Cook A, Patla AE, Stewart A, Ferrucci L, Ciol MA, Guralnik JM. Environmental demands associated with community mobility in older adults with and without mobility disabilities. Phys Ther. 2002 Jul;82(7):670–81. PMID: 12088464
144. Cress ME, Orini S, Kinsler L. Living environment and mobility of older adults. Gerontology. 2011;57(3):287–94.doi: http://dx.doi.org/10.1159/000322195 PMID: 20980733
145. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf, accessed 20 July 2015).
146. Frank LD, Schmid TL, Sallis JF, Chapman J, Saelens BE. Linking objectively measured physical activity with objectively measured urban form: findings from SMARTRAQ. Am J Prev Med. 2005 Feb;28(2) Suppl 2:117–25.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.11.001 PMID: 15694519
147. Chad KE, Reeder BA, Harrison EL, Ashworth NL, Sheppard SM, Schultz SL, et al. Profile of physical activity levels in community-dwelling older adults. Med Sci Sports Exerc. 2005 Oct;37(10):1774–84.doi: http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000181303.51937.9c PMID: 16260980
148. Prohaska T, Belansky E, Belza B, Buchner D, Marshall V, McTigue K, et al. Physical activity, public health, and aging: critical issues and research priorities. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006 Sep;61(5):S267–73.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.5.S267 PMID: 16960240
149. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. Am J Public Health. 2003 Sep;93(9):1583–9.doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1583 PMID: 12948984
150. Anderson LA, Slonim A, Yen IH, Jones DL, Allen P, Hunter RH, et al. Developing a framework and priorities to promote mobility among older adults. Health Educ Behav. 2014 Oct;41(1) Suppl:10S–8S.doi: http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492 PMID: 25274706
151. Booth ML, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. Prev Med. 2000 Jul;31(1):15–22.doi: http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492 PMID: 10896840
152. Wilcox S, Bopp M, Oberrecht L, Kammermann SK, McElmurray CT. Psychosocial and perceived environmental correlates of physical activity in rural and older african american and white women. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003 Nov;58(6):329–37.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.P329 PMID: 14614117
153. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. Gerontologist. 2016. (In press).
154. Marottoli RA, Allore H, Araujo KLB, Iannone LP, Acampora D, Gottschalk M, et al. A randomized trial of a physical conditioning program to enhance the driving performance of older persons. J Gen Intern Med. 2007 May;22(5):590–7.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0134-3 PMID: 17443366
155. Marmeleira JF, Godinho MB, Fernandes OM. The effects of an exercise program on several abilities associated with driving performance in older adults. Accid Anal Prev. 2009 Jan;41(1):90–7.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2008.09.008 PMID: 19114142
156. Garin N, Olaya B, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Power M, Bucciarelli P, et al. Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2014;10(1):103–15.doi: http://dx.doi.org/10.2174/1745017901410010103 PMID: 25356084
157. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet. 2015 Feb 7;385(9967):549–62.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7 PMID: 25468153
158. Ackerman ML, Edwards JD, Ross LA, Ball KK, Lunsman M. Examination of cognitive and instrumental functional performance as indicators for driving cessation risk across 3 years. Gerontologist. 2008 Dec;48(6):802–10.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/48.6.802 PMID: 19139253
159. Ball K, Edwards JD, Ross LA. The impact of speed of processing training on cognitive and everyday functions. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007 Jun;62(Spec. No. 1):19–31. PMID:17565162doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/62.special_issue_1.19
160. Lane A, Green E, Dickerson AE, Davis ES, Rolland B, Stohler JT. Driver rehabilitation programs: defining program models, services, and expertise. Occup Ther Health Care. 2014 Apr;28(2):177–87. PMID: 24754768

161. Li G, Braver ER, Chen LH. Fragility versus excessive crash involvement as determinants of high death rates per vehicle-mile of travel among older drivers. Accid Anal Prev. 2003 Mar;35(2):227–35.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575(01)00107-5 PMID: 12504143
162. Löfqvist C, Nygren C, Széman Z, Iwarsson S. Assistive devices among very old people in five European countries. Scand J Occup Ther. 2005 Dec;12(4):181–92.doi: http://dx.doi.org/10.1080/11038120500210652 PMID: 16457091
163. Rosso AL, Auchincloss AH, Michael YL. The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. J Aging Res. 2011;2011:816106. doi: http://dx.doi.org/10.4061/2011/816106
164. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502887_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
165. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
166. Proposed conceptual framework: universal design. In: Global Universal Design Commission [website]. Syracuse (NY): Global Universal Design Commission; 2015 (http://www.globaluniversaldesign.org/node/11, accessed 1 July 2015.)
167. About UD. The Center for Universal Design, College of Design, North Carolina State University [website]. Raleigh (NC): North Carolina State University; 2008. (http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/about_ud.htm, accessed 10 July 2015).
168. Norway: Oslo's Common Principles of Universal Design 2014. In: World Health Organization, Age-friendly World [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://agefriendlyworld.org/en/the-common-principles-of-universal-design-city-of-oslo-2014/, accessed 3 July 2015).
169. Accessibility in the built environment. In: Building and Construction Authority [website]. Singapore: Singapore Government; 2014 (http://www.bca.gov.sg/barrierfree/barrierfree_buildings.html, accessed 1 July 2015).
170. Kegler MC, Escoffery C, Alcantara I, Ballard D, Glanz K. A qualitative examination of home and neighborhood environments for obesity prevention in rural adults. Int J Behav Nutr Phys Act. 2008;5(1):65.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-5-65 PMID: 19077210
171. Li F, Fisher J, Brownson RC. A multilevel analysis of change in neighborhood walking activity in older adults. J Aging Phys Act. 2005 Apr;13(2):145–59. PMID: 15995261
172. Rantakokko M, Törmäkangas T, Rantanen T, Haak M, Iwarsson S. Environmental barriers, person-environment fit and mortality among community-dwelling very old people. BMC Public Health. 2013;13(1):783.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-783 PMID: 23981906
173. Hong SI, Morrow-Howell N. Health outcomes of Experience Corps: a high-commitment volunteer program. Soc Sci Med. 2010 Jul;71(2):414–20.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.009 PMID: 20510493
174. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. J Urban Health. 2004 Mar;81(1):64–78.doi: http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094 PMID: 15047786
175. Rebok GW, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Hill J, Wasik BA, et al. Short-term impact of Experience Corps participation on children and schools: results from a pilot randomized trial. J Urban Health. 2004 Mar;81(1):79–93.doi: http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth095 PMID: 15047787
176. Fujiwara Y, Sakuma N, Ohba H, Nishi M, Lee S, Watanabe N, et al. REPRINTS: effects of an intergenerational health promotion program for older adults in Japan. J Intergener Relatsh. 2009;7(1):17–39. doi: http://dx.doi.org/10.1080/15350770802628901
177. Frick KD, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Rebok GW, Simpson C, et al. Modeled cost-effectiveness of the Experience Corps Baltimore based on a pilot randomized trial. J Urban Health. 2004 Mar;81(1):106–17.doi: http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth097 PMID: 15047789
178. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. Science. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5.doi: http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488 PMID: 16809530
179. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Soc Sci Med. 2000 Sep;51(6):843–57.doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4 PMID: 10972429
180. Ramlagan S, Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Social capital and health among older adults in South Africa. BMC Geriatr. 2013;13(1):100.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-100 PMID: 24073666
181. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010 Jul;7(7):e1000316.doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316 PMID: 20668659
182. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. J Epidemiol Community Health. 2005 Jul;59(7):574–9.doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.025429 PMID: 15965141

183. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1986--1992. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001 May;56(3):S179–90.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.3.S179 PMID: 11316843
184. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. Am J Epidemiol. 2003 Apr 1;157(7):633–42.doi: http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwg028 PMID: 12672683
185. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychol. 1988;7(3):269–97.doi: http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269 PMID: 3289916
186. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. Aging Ment Health. 2013;17(4):394–410.doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.742490 PMID: 23186534
187. Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editors. Social capital and health. New York: Springer; 2008. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3
188. Silverstein M, Giarrusso R. Aging and family life: a decade review. J Marriage Fam. 2010 Oct;72(5):1039–58.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x PMID: 22930600
189. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. J Epidemiol. 2012;22(3):179–87.doi: http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20110128 PMID: 22447212
190. Nyqvist F, Cattan M, Andersson L, Forsman AK, Gustafson Y. Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: a comparative study. J Aging Health. 2013 Sep;25(6):1013–35.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264313497508 PMID: 23988810
191. Litwin H, Stoeckel KJ, Roll A. Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. Aging Ment Health. 2014 Mar;18(2):225–31.doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.837148 PMID: 24047262
192. Grandparents parenting. Charlottetown: Community legal information association; 2015 (http://www.cliapei.ca/sitefiles/File/publications/PLA17.pdf, accessed 27 July 2015).
193. De Jong Gierveld J, Keating N, Fast J. Determinants of loneliness among older adults in Canada. Can J Aging. 2015;34(2):125–36. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070
194. de Jong Gierveld J, Keating N, Fast JE. Determinants of loneliness among older adults in Canada. Can J Aging. 2015 Jun;34(2):125–36.doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070 PMID: 25707297
195. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11(1):647.doi: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-647 PMID: 21843337
196. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. J Aging Res. 2011; 2011:534781. PMID:21423600doi: http://dx.doi.org/10.4061/2011/534781
197. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? Maturitas. 2011 Dec;70(4):328–32.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010 PMID: 21958942
198. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? Ageing Soc. 2003;23(05):647–58. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X03001296
199. Health Quality Ontario. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2008;8(5):1–49. PMID: 23074510
200. The telephone rings at 5 program. In: Ageing with pleasure [website]. Setúbal (Portugal): Envelhecer com praza; 2015 (http://en.envelhecer.org/index.php?/programs/in-domo-nostra/, accessed 1 July 2015).
201. Englehart T, Melo R, Ranville M. Ageing in place with age-friendly conference calls. In: 2nd International Conference on Age-friendly Cities [website]. Québec, Canada: 2nd International Conference on Age-friendly Cities; 2013 (http://www.afc2013.ca/docs/PrésentationsVADA/2C_TerryEnglehart.pdf, accessed 10 July 2015).
202. Senior center without walls. In: Senior Center without Walls; Episcopal Senior Communities [website]. Oakland (CA): Episcopal Senior Communities; 2015 (http://www.seniorcenterwithoutwalls.org/, accessed 1 July 2015).
203. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Mar;150(3):378–84. PMID: 24384545
204. Cotten SR, Anderson W, McCullough B. The impact of ICT use on loneliness and contact with others among older adults. Gerontechnology (Valkenswaard). 2012;11(2):161. doi: http://dx.doi.org/10.4017/gt.2012.11.02.378.00
205. Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. Milbank Q. 2013 Jun;91(2):222–87.doi: http://dx.doi.org/10.1111/milq.12013 PMID: 23758511
206. Haus MG. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [website]. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015. [Multigenerational centres]. (http://www.mehrgenerationenhaeuser.de, accessed 10 July 2015).

207. Forte D. Relationships. In: Cattan M, editor. Mental health and well being in later life. Maidenhead, England: University Press, McGraw-Hill Education; 2009:84–111. (http://www.mheducation.co.uk/9780335228928-emea-mental-health-and-well-being-in-later-life/, accessed 10 July 2015).
208. Le cyclopousse: un service de transport de proximité destiné aux seniors. [The "cyclopousse":a local transport service for older people.] In: AREFO [website]. Lyons: AREFO; 2015 (http://www.arefo.com/arefo-services/le-cyclopousse/, accessed 24 July 2015) (in French).
209. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005 Aug;59(8):619–27.doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.029678 PMID: 16020636
210. Leyden KM. Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. Am J Public Health. 2003 Sep;93(9):1546–51.doi: http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1546 PMID: 12948978
211. Ysseldyk R, Haslam SA, Haslam C. Abide with me: religious group identification among older adults promotes health and well-being by maintaining multiple group memberships. Aging Ment Health. 2013;17(7):869–79.doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.799120 PMID: 23711247
212. Senior City courses and workshops.[Cours et ateliers de Cité Seniors.] In: Ville de Genève [website]. Geneva: Ville de Genève; 2015 (http://www.ville-geneve.ch/themes/social/seniors/cite-seniors/cours-ateliers/, accessed 1 July 2015).
213. Russell C, Campbell A, Hughes I. Ageing, social capital and the Internet: findings from an exploratory study of Australian 'silver surfers'. Australas J Ageing. 2008 Jun;27(2):78–82.doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00284.x PMID: 18713197
214. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. J Aging Health. 2013 Jun;25(4):617–37.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264313482489 PMID: 23548944
215. Choi NG, Dinitto DM. Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. J Med Internet Res. 2013;15(5):e97.doi: http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2333 PMID: 23681083
216. Veerle M. Cooking, caring and volunteering: unpaid work around the world. Paris: OECD Publishing; 2011 (OECD social, employment and migration working papers No. 116; http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM(2011)1&doclanguage=en, accessed 25 July 2015).
217. Maimaris W, Hogan H, Lock K. The impact of working beyond traditional retirement ages on mental health: implications for public health and welfare policy. Public Health Rev. 2010;31(2):532–48 (http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Maimaris.pdf, accessed 10 July 2015).
218. Kajitani S. Working in old age and health outcomes in Japan. Japan World Econ. 2011;23(3):153–62. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.japwor.2011.06.001
219. Calvo E, Haverstick K, Sass SA. Gradual retirement, sense of control, and retirees' happiness. Res Aging. 2009;31(1):112–35. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0164027508324704
220. Aleksandrowicz P, Fasang A, Schömann K, Staudinger UM. Die Bedeutung der Arbeit beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. [The meaning of work at early retirement]. Z Gerontol Geriatr. 2010 Oct;43(5):324–9. PMID:19806292 (in German). doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0068-y
221. Decent work. In: International Labour Organization [website]. Geneva: International Labour Organization; 2015 (http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm, accessed 24 July 2015).
222. Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. J Health Soc Behav. 2001 Jun;42(2):115–31.doi: http://dx.doi.org/10.2307/3090173 PMID: 11467248
223. Hao Y. Productive activities and psychological well-being among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2008 Mar;63(2):S64–72.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.2.S64 PMID: 18441271
224. Greenfield EA. Felt obligation to help others as a protective factor against losses in psychological well-being following functional decline in middle and later life. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2009 Nov;64(6):723–32.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp074 PMID: 19825942
225. Brown SL, Brown RM, House JS, Smith DM. Coping with spousal loss: potential buffering effects of self-reported helping behavior. Pers Soc Psychol Bull. 2008 Jun;34(6):849–61.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0146167208314972 PMID: 18344495
226. Piliavin JA, Siegl E. Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. J Health Soc Behav. 2007 Dec;48(4):450–64.doi: http://dx.doi.org/10.1177/002214650704800408 PMID: 18198690
227. Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2010 Jul;65(4):461–9.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq024 PMID: 20400498
228. Morrow-Howell N. Civic service across the life course. Generations. 2007;30:37–42.
229. Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. J Health Soc Behav. 2002 Dec;43(4):490–509.doi: http://dx.doi.org/10.2307/3090239 PMID: 12664678

230. Kumar S, Calvo R, Avendano M, Sivaramakrishnan K, Berkman LF. Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. Soc Sci Med. 2012 Mar;74(5):696–706.doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.017 PMID: 22305947
231. Burr JA, Tavares J, Mutchler JE. Volunteering and hypertension risk in later life. J Aging Health. 2011 Feb;23(1):24–51.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264310388272 PMID: 20971920
232. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. J Urban Health. 2004 Mar;81(1):64–78.doi: http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094 PMID: 15047786
233. Carlson MC, Helms MJ, Steffens DC, Burke JR, Potter GG, Plassman BL. Midlife activity predicts risk of dementia in older male twin pairs. Alzheimers Dement. 2008 Sep;4(5):324–31.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2008.07.002 PMID: 18790459
234. McDonnall MC. The effect of productive activities on depressive symptoms among older adults with dual sensory loss. Res Aging. 2011 May;33(3):234–55.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0164027511399106 PMID: 21686087
235. Kim J, Pai M. Volunteering and trajectories of depression. J Aging Health. 2010 Feb;22(1):84–105.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264309351310 PMID: 19920207
236. Kahana E, Bhatta T, Lovegreen LD, Kahana B, Midlarsky E. Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. J Aging Health. 2013 Feb;25(1):159–87.doi: http://dx.doi.org/10.1177/0898264312469665 PMID: 23324536
237. Baker L, Cahalin L, Gerst K, Burr J. Productive activities and subjective well-being among older adults: the influence of number of activities and time commitment. Soc Indic Res. 2005;73(3):431–58. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-0805-6
238. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? Maturitas. 2011 Dec;70(4):328–32.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010 PMID: 21958942
239. Bowen C, Staudinger UM. Images of aging in the workplace moderate age differences in promotion orientation. Gerontologist. 2010;50:79.
240. Burtless G. The impact of population aging and delayed retirement on workforce productivity. Chestnut Hill (MA): Center for Retirement Research at Boston College; 2013 (http://crr.bc.edu/working-papers/the-impact-of-population-aging-and-delayed-retirement-on-workforce-productivity/, accessed 10 July 2015).
241. Macarthur Foundation Research Network on an Aging Society. Facts and fictions about an aging America. Contexts. 2009;8(4):16–21. doi: http://dx.doi.org/10.1525/ctx.2009.8.4.16
242. Wacker RR, Roberto KA. Aging social policies: an international perspective. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2011. (https://us.sagepub.com/en-us/nam/aging-social-policies/book229325, accessed 10 July 2015).
243. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. Educ Gerontol. 2008;35(1):1–14. doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/03601270802299780
244. Malinen S, Johnston L. Workplace ageism: discovering hidden bias. Exp Aging Res. 2013;39(4):445–65.doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/0361073X.2013.808111 PMID: 23875840
245. Ragan AM, Bowen AM. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. Gerontologist. 2001 Aug;41(4):511–5.doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.4.511 PMID: 11490049
246. European Union. Council directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Brussels: Council of the European Union; 2000 (http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32000L0078, accessed 10 July 2015).
247. Sonnet A, Olsen H, Manfredi T. Towards more inclusive ageing and employment policies: the lessons from France, the Netherlands, Norway and Switzerland. Economist. 2014;162(4):315–39. doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10645-014-9240-x
248. Staudinger U, Finkelstein R, Calvo E, Sivaramakrishnan K. Ageing, work, and health. Gerontologist. 2016. (In press).
249. OECD employment outlook 2013. Paris: OECD Publishing; 2013 doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en doi: http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en
250. Promoting longer working lives through pension reforms. First part: flexibility in retirement age provision. Brussels: European Commission, Social Protection Committee; 2007 (http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=745&langId=en, accessed 20 July 2015).
251. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf, accessed 4 June 2015).
252. Fairlie RW. Kauffman Index of Entrepreneurial Activity 1996–2012. Kansas City (MO): Ewing Marion Kauffman Foundation; 2013 (http://www.kauffman.org/~/media/kauffman_org/research%20reports%20and%20covers/2013/04/kiea_2013_report.pdf, accessed 10 July 2015).
253. Sundén A. The Swedish experience with pension reform. Oxf Rev Econ Policy. 2006;22(1):133–48. doi: http://dx.doi.org/10.1093/oxrep/grj009

254. Naegele GWA. A guide to good practice in age management. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2006 (http://www.ageingatwork.eu/resources/a-guide-to-good-practice-in-age-management.pdf, accessed 10 July 2015).
255. Heckman JJ. Policies to foster human capital. Res Econ. 2000;54(1):3–56.
256. Pavlova M, Maclean R. Reskilling for all? The changing role of TVET in the ageing societies of developing countries. In: Karmel T, Maclean R, editors. Technical and vocational education and training in an ageing society: expert meeting proceedings. Adelaide: National Centre for Vocational Education Research; 2007:2401–15.
257. Munnell AH, Sass SA. Working longer: the solution to the retirement income challenge. Washington (DC): Brookings Institution Press; 2008 (http://www.brookings.edu/research/books/2008/workinglonger, accessed 10 July 2015).
258. Staudinger UM, Bowen CE. A systemic approach to aging in the work context. Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung. 2011;44(4):295–306.
259. Bowen C, Staudinger UM. Age moderates the relationship between job satisfaction and performance. Gerontologist. 2012;52:2–3.
260. Tang F, Choi E, Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. Gerontologist. 2010 Oct;50(5):603–12.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq020 PMID: 20211944
261. Tang F. What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. J Appl Gerontol. 2006;25:375–90. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0733464806292858
262. Hank K, Erlinghagen M. Dynamics of volunteering in older Europeans. Gerontologist. 2010 Apr;50(2):170–8.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp122 PMID: 19666783
263. Gray E, Khoo S-E, Reimondos A. Participation in different types of volunteering at young, middle and older adulthood. J Popul Res. 2012;29(4):373–98. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s12546-012-9092-7
264. Butrica BA, Johnson RW, Zedlewski SR. Volunteer dynamics of older Americans. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2009 Sep;64(5):644–55.doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn042 PMID: 19213847
265. Okun MA, Schultz A. Age and motives for volunteering: testing hypotheses derived from socioemotional selectivity theory. Psychol Aging. 2003 Jun;18(2):231–9.doi: http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.231 PMID: 12825773
266. Omoto AM, Snyder M, Martino SC. Volunteerism and the life course: investigating age-related agendas for action. Basic Appl Soc Psych. 2000;22:181–97. doi: http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_6
267. Boezeman EJ, Ellemers N. Intrinsic need satisfaction and the job attitudes of volunteers versus employees working in a charitable volunteer organization. J Occup Organ Psychol. 2009;82(4):897–914. doi: http://dx.doi.org/10.1348/096317908X383742
268. Clary EG, Snyder M, Ridge RD, Copeland J, Stukas AA, Haugen J, et al. Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. J Pers Soc Psychol. 1998 Jun;74(6):1516–30.doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516 PMID: 9654757
269. McBride ME, Huddleston CB, Balzer DT, Goel D, Gazit AZ. Hypoplastic left heart associated with scimitar syndrome. Pediatr Cardiol. 2009 Oct;30(7):1037–8.doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00246-009-9479-1 PMID: 19495846
270. Musick MA, Wilson J. Volunteers: a social profile. Bloomington (IN): Indiana University Press; 2008 (http://www.iupress.indiana.edu/product_info.php?products_id=41769, accessed 10 July 2015).
271. America's senior volunteers. Washington (DC): Independent Sector; 2000 (https://www.independentsector.org/uploads/Resources/americas_senior_volunteers.pdf, accessed 10 July 2015).
272. McMunn A, Nazroo J, Wahrendorf M, Breeze E, Zaninotto P. Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. Ageing Soc. 2009;29(05):765. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08008350
273. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335, accessed 20 July 2015).
274. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). J Epidemiol Community Health. 2013 Dec 1;67(12):1068–72.doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731 PMID: 23986493

Capítulo 7
Los próximos pasos

Ruth, 101 años, Noruega

Ruth es una participante regular de la "Walker Rally" de Oslo, una caminata anual organizada por la municipalidad de Oslo en colaboración con organizaciones no gubernamentales y el Consejo de Personas Mayores, que celebra el Envejecimiento Saludable haciendo hincapié en la accesibilidad, la participación, el voluntariado y la colaboración entre distintas generaciones. Personas mayores con bastones, andadores y sillas de ruedas ocupan el centro de la escena y reciben premios al andador mejor decorado y a la mayor distancia recorrida. "Mantenerme activa me hace olvidar mis dolores de espalda", dice Ruth, que todavía vive en su hogar a los 101 años de edad y agradece a su centro local de atención diurna por organizar actividades que la ayudan a mantenerse activa y conectada socialmente.

©City of Oslo 2014

7

Los próximos pasos

Introducción

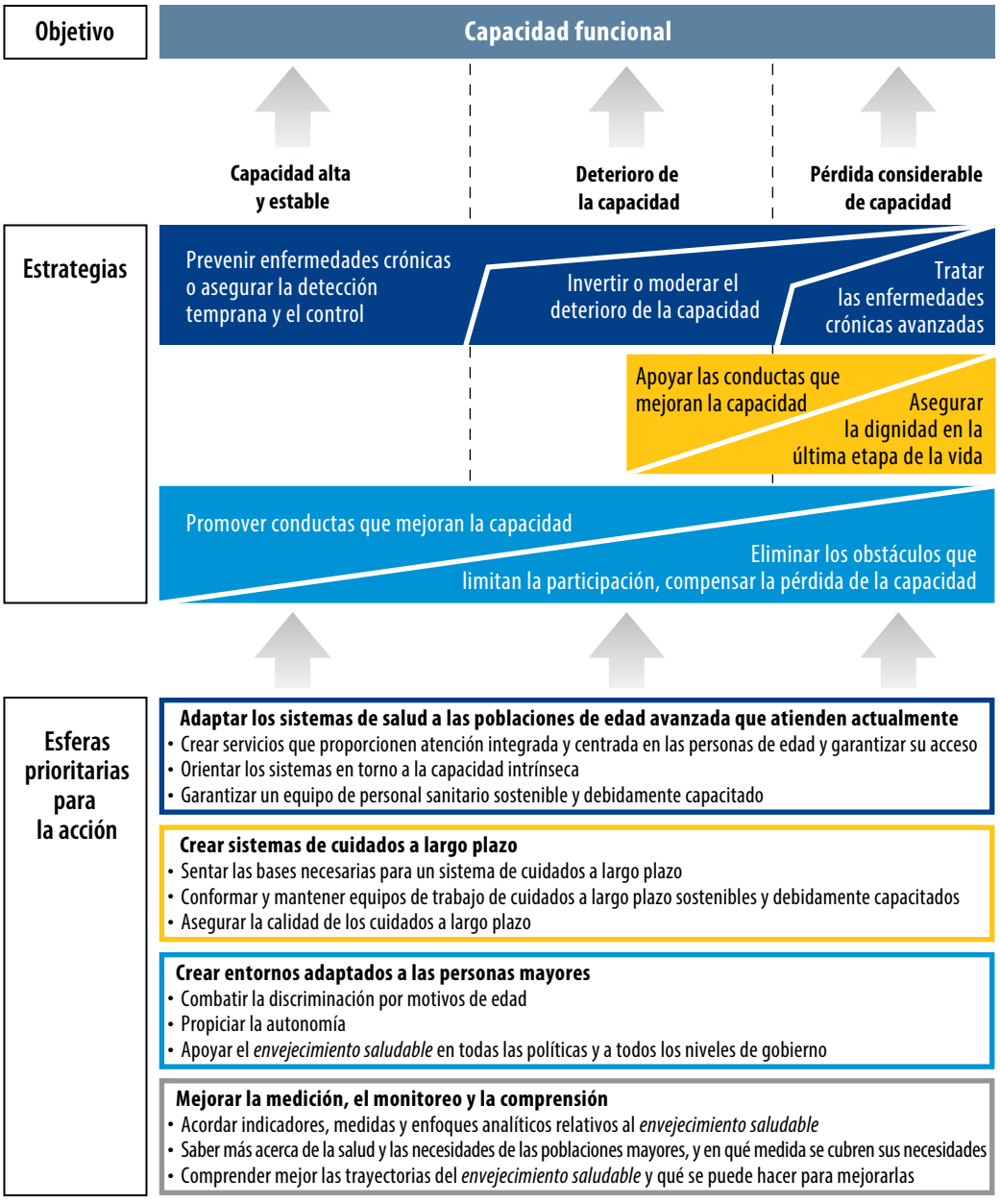
Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay cosas que todos los países pueden hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo.

El primer paso será centrarse en optimizar la capacidad funcional, que es el objetivo del *Envejecimiento Saludable*. A nivel individual, harán falta políticas, sistemas y servicios que puedan optimizar las trayectorias de capacidad en todo el curso de la vida. A nivel de la población, se precisarán estrategias que no solo busquen aumentar los niveles de capacidad en general sino también mejorar la distribución de esa capacidad, prestando especial atención a las personas que tienen menos recursos o niveles más bajos de capacidad funcional.

En la figura 7.1 se describen oportunidades clave para tomar medidas de salud pública, sobre la base del marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable* que se describe en la figura 2.4. Como se explica en el capítulo 2, para promover la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez hacen falta estrategias orientadas a construir y mantener la capacidad intrínseca en todo el curso de la vida, pero también medidas que posibiliten a las personas mayores ser y hacer lo que valoran, independientemente de su nivel de capacidad.

En los capítulos 4 y 6 se describieron varias medidas que pueden ayudar a lograr este objetivo. Cuáles de ellas serán las más apropiadas o urgentes, o cómo se aplicarán, dependerá del contexto. Aunque las necesidades de salud de las personas mayores son bastante parecidas en todo el mundo, el grado de preparación para atenderlas varía de un país a otro y dentro de cada país. Una consideración importante es el nivel de desarrollo económico de los países. Sin embargo, aun entre países que tienen niveles similares de recursos, la forma en que se atienden las necesidades de las personas mayores varía notoriamente. Por ejemplo, aunque muchos países de altos ingresos proporcionan atención de salud universal y asequible, la prestación o el financiamiento de los cuidados a largo plazo en estos mismos ámbitos varía considerablemente. En algunos países, esta atención se financia de manera sostenible mediante una cobertura conjunta y universal de riesgos, pero en otros sigue siendo responsabilidad de

Figura 7.1. Oportunidades para tomar medidas de salud pública que garanticen el *Envejecimiento Saludable*



cada persona y su familia, con los riesgos asociados que se han señalado en este informe.

Así pues, cada país o región debe evaluar cuál es su situación actual y qué medidas tienen probabilidades de funcionar en su contexto, antes de determinar los pasos concretos que sería más apropiado dar a continuación.

Sin embargo, es posible reconocer cuatro esferas de acción prioritarias:

1. adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente;
2. crear sistemas de cuidados a largo plazo;
3. crear entornos amigables con las personas mayores;
4. mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión.

La primera de estas esferas refleja el enfoque de los capítulos 4 a 6 de este informe. La cuarta refleja las notorias deficiencias de conocimiento que tienen los responsables de tomar decisiones y la necesidad urgente de subsanarlas.

Tomar medidas en estas cuatro esferas puede ayudar a que el *Envejecimiento Saludable* se transforme en una posibilidad para todas las personas mayores, sin importar su nivel de capacidad. Pero para que esto sea posible, también se deberá prestar atención a las tres subpoblaciones de personas mayores que se describen en el capítulo 2. En el caso de las personas mayores que tienen una capacidad relativamente alta y estable, los principales objetivos serán derribar las barreras que limitan la participación, facilitar las conductas y los cuidados personales que mejoran la capacidad y prevenir enfermedades crónicas, además de asegurar la detección temprana y controles efectivos. En las personas mayores que sufren un deterioro de la capacidad, los objetivos se extenderán a hacer retroceder el deterioro, prevenir que vuelva a ocurrir y habilitar la capacidad funcional a pesar del deterioro. Las personas mayores que han sufrido una pérdida importante de capacidad o están en alto riesgo de sufrirla, los objetivos pasan a centrarse en posibilitarles que vivan con dignidad y darles los servicios básicos necesarios para tratar enfermedades crónicas avanzadas. Estos subgrupos no son rígidos ni representan toda la vida de cada persona mayor. Sin embargo, si se abordan las necesidades de estos subgrupos, la mayoría de las personas mayores constatarán una mejor capacidad funcional.

Más adelante se describen con más detalle algunas de las principales esferas de acción para alcanzar estos resultados. Poco después de la publicación de este informe, la OMS trabajará con los Estados Miembros para elaborar una estrategia y un plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. La estrategia se basará en este informe y otras fuentes a fin de determinar cuáles son las prioridades mundiales de acción y los grupos responsables de llevarlas a la práctica.

La forma en que se financie la acción variará según el ámbito. Algunas medidas podrán financiarse adaptando los servicios actuales a los cambiantes contextos demográficos y epidemiológicos. Sin embargo, garantizar el acceso a la cobertura universal de salud y los cuidados a largo plazo es todavía una ambición lejana en muchos países. En estos ámbitos, deben tomarse medidas concretas y hacerse inversiones para que las personas mayores tengan acceso a los servicios necesarios (prevención, promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y cuidados a largo plazo) sin riesgo de que ellas mismas o sus familias padezcan las dificultades financieras asociadas. Aunque esa meta no pueda lograrse de inmediato para toda la población, el propósito inicial debe ser alcanzarla para las personas que tienen más necesidades y menos recursos para satisfacerlas. Cuando los países tienen limitaciones de recursos, algunas de sus esferas de acción prioritarias, en particular las que requieren asistencia técnica y desarrollo de las capacidades, pueden incluirse en el marco de la cooperación internacional.

Esferas de acción prioritarias en materia de *Envejecimiento Saludable*

Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente

A medida que las personas envejecen, sus necesidades de salud suelen ser más crónicas y complejas. Para responder a estas necesidades, hace falta una atención integrada, construida en torno al objetivo común de optimizar las trayectorias de la capacidad funcional, con especial énfasis en desarrollar al máximo la capacidad intrínseca. Sin embargo, muchos servicios actuales fueron creados para curar enfermedades o síntomas agudos; los problemas de salud se tratan con frecuencia de manera desconectada o fragmentada, y suele faltar coordinación entre los diferentes prestadores y ámbitos de atención, incluso coordinación temporal.

La actualización de estos enfoques obsoletos de los sistemas de salud exige acciones en varios frentes. Para lograr la coordinación, serán cruciales las tres estrategias siguientes:

1. crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores;
2. orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca;
3. garantizar que el personal sea sostenible y esté debidamente capacitado.

Crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores

La mejor forma de reorientar los sistemas de salud hacia el objetivo de optimizar la capacidad funcional es situar a las personas mayores en el centro de la prestación de los servicios. En la práctica, esto implica organizar los sistemas en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, y que los servicios se adapten a esas necesidades en estrecha coordinación con la persona mayor y, cuando así se acuerde y sea apropiado, con la familia y con miembros de la comunidad. Aunque la combinación de estrategias puede variar, es crucial que haya integración entre distintos niveles y servicios y entre la atención de la salud y los cuidados a largo plazo (recuadro 7.1). Las siguientes son algunas medidas clave para lograr la atención integrada y centrada en la persona mayor:

- garantizar que todas las personas mayores tengan acceso a una evaluación completa y cuenten con un único plan de salud con todos los servicios que procure optimizar su capacidad;

Recuadro 7.1. Equipos apoyan el envejecimiento en la comunidad en Singapur

El Sistema de Salud Alexandra, en Singapur, aplica un programa integral de envejecimiento en la comunidad para reducir las hospitalizaciones que pueden evitarse y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Las personas mayores que utilizan mucho los servicios hospitalarios (en particular en el departamento de emergencias) reciben visitas a domicilio de una enfermera comunitaria que evalúa sus necesidades y determina cuáles de estas están insatisfechas, elabora un plan de cuidados y coordina el seguimiento necesario (*1*).

Según las necesidades de la persona, puede que requiera visitas de seguimiento de enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales u otros asociados de la comunidad. Por ejemplo, el personal de enfermería comunitaria puede enseñarle a una persona mayor cómo usar un equipo de monitorización de la glucosa en sangre; los fisioterapeutas pueden enseñarles ejercicios sencillos para desarrollar la fuerza y así fomentar la independencia, y los farmacéuticos pueden revisarles la medicación. La frecuencia de las visitas depende de las necesidades de la persona.

Mediante este enfoque, el sistema de salud redujo las hospitalizaciones en un 67 % y optimizó el uso de los recursos hospitalarios.

- crear servicios que se encuentren lo más cerca posible de donde viven las personas mayores, con atención domiciliaria y comunitaria;
- crear estructuras de servicios que promuevan la atención con equipos multidisciplinarios;
- apoyar el autocuidado en las personas mayores mediante la ayuda entre pares, la capacitación, la información y el asesoramiento;
- asegurar la disponibilidad de los productos médicos, las vacunas y las tecnologías que sean necesarios para optimizar su capacidad.

Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca

Si un sistema de salud está realmente en consonancia con las necesidades de la población de edad avanzada, todos sus componentes se centrarán principalmente en la capacidad intrínseca. Esta orientación requiere una transformación importante de los sistemas actuales que sostienen la prestación de servicios. Para lograr esa transformación, podría ser necesario modificar la información médica y administrativa que los sistemas recogen, la forma en que supervisan el desempeño, los mecanismos de financiamiento y los incentivos que utilizan, la capacitación que ofrecen y los comportamientos que recompensan. Las siguientes son algunas de las medidas que seguramente contribuirán a esta transformación:

- adaptar los sistemas de información para recoger, analizar y dar a conocer datos sobre la capacidad intrínseca;
- adaptar los mecanismos de monitoreo del desempeño, incentivos y financiamiento para fomentar una atención que optimice la capacidad;
- crear guías clínicas para optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca y actualizar las guías existentes para que quede claro su impacto en la capacidad.

Garantizar que el personal de salud sea sostenible y esté debidamente capacitado

Para garantizar que el personal de salud para el siglo XXI sea sostenible y esté debidamente capacitado, se debe considerar cuidadosamente qué recursos humanos se necesitan para prestar una atención integrada y centrada en la persona mayor. Es importante que todos los prestadores de servicios cuenten con conocimientos gerontológicos y geriátricos básicos, así como con competencias más generales necesarias para trabajar en sistemas de atención integrada, que incluyan buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de las TIC y otras tecnologías. Pero las estrategias no deben limitarse a las delineaciones del personal actual. Entre las medidas clave que podrían adoptarse se cuentan las siguientes:

- proporcionar capacitación básica sobre temas geriátricos y gerontológicos en la formación pre grado y en los cursos de educación permanente de todos los profesionales de la salud;
- incluir competencias geriátricas y gerontológicas básicas en todos los planes de estudios de la salud;
- asegurar que el número de geriatras satisfaga las necesidades de la población y alentar la creación de unidades geriátricas para tratar casos complejos;
- considerar la necesidad de incorporar nuevos funcionarios (como coordinadores de atención de la salud y orientadores de autocuidado) y de ampliar las funciones del personal existente, incluidos los promotores comunitarios de salud, para coordinar la atención de la salud de las personas mayores en el ámbito comunitario.

Crear sistemas de cuidados a largo plazo

En el siglo XXI, ningún país puede permitirse no contar con un sistema integral de cuidados a largo plazo. En los países de ingresos altos, los desafíos para crear sistemas de este tipo probablemente giren en torno a la necesidad de mejorar la

Recuadro 7.2. AgeWell: ayuda comunitaria entre pares en Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Las personas mayores pueden ser el mayor recurso de una comunidad que está envejeciendo, debido a su propia experiencia para reconocer los problemas que enfrentan otras personas mayores y buscarles solución. Esta es la premisa de AgeWell, un proyecto piloto para desarrollar la ayuda comunitaria entre pares en Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

Para mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores en Khayelitsha, el mayor municipio de Sudáfrica y una de las poblaciones más pobres de Ciudad del Cabo, se capacitó a 28 miembros mayores de la comunidad como ayudantes de pares. De a dos, los ayudantes visitaron a 211 personas mayores de su comunidad. La finalidad de las visitas era promover el compañerismo y el apoyo social y generar un sentido de comunidad, además de detectar necesidades de salud y sociales. Una vez reconocidas las necesidades, se derivaba a las personas mayores a prestadores de salud o a servicios sociales.

Las derivaciones se generaban por medio de un teléfono inteligente cargado con una aplicación que hacía una selección por medio de preguntas básicas y observaciones realizadas por los ayudantes de pares durante la visita domiciliaria. Los ayudantes se transformaron en un vínculo importante entre las personas mayores y los servicios comunitarios.

Un estudio evaluó las ventajas de este proyecto piloto y halló que produjo múltiples beneficios.

Las personas mayores que recibieron visitas domiciliarias presentaron mejoras considerables. La medición del bienestar registró una mejora del 60 %; y la medición de la satisfacción con el apoyo social mejoró un 50 % en el período estudiado. Los ayudantes de pares también dijeron haber obtenido sus propios beneficios de salud por participar en el programa, entre ellos más flexibilidad, agilidad y energía, mejor sueño y menos estrés.

La capacidad de las personas mayores de satisfacer sus necesidades básicas mejoró. La seguridad financiera de los ayudantes de pares aumentó porque se les pagaba un salario comparable al que recibía el personal sanitario gubernamental de la comunidad por 20 horas semanales. Facilitar el acceso de las personas mayores a los servicios sanitarios y sociales en la comunidad les permite satisfacer sus necesidades básicas de atención sanitaria y social. A las derivaciones realizadas por AgeWell se atribuyó que la cantidad de usuarios de los servicios de las clínicas aumentara de 30 a 200 durante el período del estudio.

La capacidad de los ayudantes de pares de aprender, crecer y tomar decisiones mejoró con la capacitación que se les ofreció. Los ayudantes demostraron un aumento de la autoestima y la autonomía, así como motivación y esperanza renovadas, que atribuyeron a la capacitación. También dijeron sentirse empoderados y entusiasmados por aprender a usar nuevas tecnologías, como los teléfonos inteligentes y los medios sociales.

La capacidad de las personas mayores de crear y mantener relaciones se fortaleció, tanto en los ayudantes de pares como en las personas que estos visitaban. El número de miembros del club local de personas mayores se triplicó debido al aumento de la participación de usuarios de AgeWell. Los ayudantes de pares dijeron sentirse más conectados entre sí y con la comunidad, y que habían creado lazos más fuertes con sus vecinos, amigos y otros miembros de la comunidad. Manifestaron que ya no se sentían "aislados" ni "solos" y que veían a los otros ayudantes de pares como "familia" y a los usuarios como "amigos".

El programa también mejoró la capacidad de las personas mayores de contribuir a su comunidad. En grupos de discusión, los ayudantes de pares concluyeron que el programa generaba empoderamiento a partir del aprendizaje de nuevas habilidades y la ayuda a los demás. Para muchos, volver a ser económicamente activos fue algo que les "cambió la vida".

Fuente: M. Besser y S. Rohde; Organización Mundial de la Salud, Centro de Kobe; "Case study in South Africa: AgeWell, a peer-support service in a community setting to improve well-being and health among older persons living in a peri-urban township of Cape Town", 2015; datos sin publicar.

calidad de los cuidados a largo plazo, desarrollar formas sostenibles financieramente para ofrecer esta atención a todos los que la necesitan e integrarla mejor en los sistemas de salud.

En los países de ingresos bajos y medianos, puede que el desafío sea el de crear sistemas de este tipo donde aún no existen. En estos ámbitos, la responsabilidad de los cuidados a largo plazo a menudo se deja enteramente a cargo de las familias. El desarrollo socioeconómico, el envejecimiento de la población y las nuevas funciones de las mujeres hacen que esta práctica ya no sea sostenible ni equitativa.

Sin importar cuál sea el ámbito, será esencial contar con sistemas integrales de cuidados a largo plazo para atender las necesidades de las personas mayores, reducir la dependencia inapropiada de los servicios de salud, ayudar a las familias a evitar gastos médicos catastróficos y liberar a las mujeres para que puedan asumir otros roles sociales. El objetivo primordial de estos sistemas debe ser mantener cierto nivel de capacidad funcional en las personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad, o tienen riesgo alto de presentarlas, y asegurar que este tipo de atención respete sus derechos y libertades fundamentales y su dignidad humana. Para este fin es necesario reconocer sus aspiraciones continuas de bienestar y respeto.

Solo los gobiernos pueden crear y supervisar estos sistemas, pero esto no significa que los cuidados a largo plazo sean responsabilidad exclusiva de los gobiernos. Aunque el sistema apropiado será diferente para cada país o ámbito, debe basarse en una asociación explícita con las familias, las comunidades, otros prestadores de cuidados y el sector privado. La función del gobierno (a menudo cumplida por medio de los ministerios de salud) será administrar esta asociación, capacitar y apoyar a los cuidadores, velar por la integración entre los diversos servicios (incluido el sector de la salud), garantizar la calidad de los servicios y prestarlos directamente a quienes más los necesitan (ya sea debido a su poca capacidad intrínseca o a su situación socioeconómica). Estos objetivos pueden lograrse incluso en los países que tienen los recursos más limitados. De hecho, en estos ámbitos ya se están viendo medidas innovadoras (recuadro 7.2).

Tres estrategias serán cruciales para lograr un sistema accesible de cuidados a largo plazo:

1. sentar las bases necesarias para un sistema de cuidados a largo plazo;
2. conformar y mantener un personal sostenible y debidamente capacitado;
3. asegurar la calidad de los cuidados a largo plazo.

Sentar las bases necesarias para un sistema de cuidados a largo plazo

Para construir un sistema integrado de cuidados a largo plazo, orientado a facilitar la capacidad de las personas mayores, hace falta una estructura de gestión que permita guiar y supervisar el desarrollo del sistema y asignar responsabilidades claras en relación con los progresos. Un proceso transparente, basado en el conocimiento y la experiencia de las personas mayores, los cuidadores y los investigadores, que considere los enfoques actuales y evalúe sus fortalezas y debilidades, facilita el diseño de un sistema que se ajuste al ambiente social, cultural y económico. Este proceso puede ayudar a definir qué servicios y funciones clave se requieren, qué obstáculos pueden existir, quiénes están en mejores condiciones de prestar los servicios y quiénes podrían cumplir mejor otras funciones, como la capacitación y la acreditación. Es preciso hacer especial hincapié en diseñar el sistema de manera tal que ayude a las personas mayores a envejecer en un lugar adecuado para ellas y a mantener las conexiones con su comunidad y redes sociales. Para garantizar el acceso a este tipo de atención, al tiempo de reducir el riesgo de que los beneficiarios o sus cuidadores contraigan dificultades financieras, se requerirán recursos adecuados y el compromiso de priorizar el apoyo a las personas que tienen mayores necesidades de salud y financieras.

Entre las medidas clave que podrían adoptarse se encuentran las siguientes:

- reconocer los cuidados a largo plazo como un bien público importante;

- asignar responsabilidades claras para diseñar un sistema de cuidados a largo plazo y planificar su implementación;
- crear mecanismos equitativos y sostenibles para financiar la atención;
- definir las funciones del gobierno y diseñar los servicios necesarios para cumplirlas.

Conformar y mantener un personal sostenible y debidamente capacitado para brindar cuidados a largo plazo

Al igual que con los sistemas de salud, será crucial desarrollar un personal sostenible y debidamente capacitado para brindar cuidados a largo plazo. Muchas de las medidas mencionadas en relación con los sistemas de salud también se aplican a los cuidadores a largo plazo remunerados. Sin embargo, tradicionalmente el ámbito de los cuidados a largo plazo ha sido subestimado. Una estrategia crucial para garantizar la sostenibilidad del personal en el futuro será otorgarles a los cuidadores remunerados el prestigio y el reconocimiento que sus contribuciones merecen.

Además, a diferencia de lo que sucede en el sistema de salud, la mayoría de los cuidadores que actualmente se desempeñan en el sistema de cuidados a largo plazo son familiares, voluntarios, miembros de organizaciones comunitarias y trabajadores remunerados pero no capacitados. La mayoría son mujeres. Proporcionar a estas personas la formación que les permita hacer bien su trabajo, al tiempo de aliviarlas del estrés de no estar lo suficientemente informadas sobre cómo hacer frente a situaciones difíciles, será fundamental para conformar un sistema de cuidados a largo plazo. Prestar apoyo concreto a los cuidadores familiares por medio de cuidados temporales o pagos en efectivo también puede aliviarles la carga. Asimismo, es importante estudiar de qué forma se puede dividir más equitativamente la responsabilidad del cuidado entre los sexos y las generaciones.

En países de ingresos bajos y medios están surgiendo buenas oportunidades de empoderamiento de voluntarios mayores, en forma de asociaciones u organizaciones de personas mayores que defienden sus derechos y prestan a otras personas mayores la atención y el apoyo que puedan necesitar. Tal vez sea posible transferir estos conceptos a contextos de ingresos más altos.

Las siguientes son algunas medidas clave que pueden ayudar a conformar y mantener un personal sostenible y debidamente capacitado para brindar cuidados a largo plazo:

- mejorar los salarios y las condiciones laborales y crear opciones de carrera que permitan a los cuidadores avanzar a posiciones de mayor responsabilidad y remuneración;
- aprobar leyes para apoyar regímenes flexibles de trabajo o licencias para los cuidadores familiares;
- establecer mecanismos de apoyo para los cuidadores, como ofrecer servicios de cuidados temporales y recursos de capacitación o información accesibles;
- crear conciencia sobre el valor y los beneficios de ser cuidador y combatir las normas y los roles sociales que impiden a los hombres y los jóvenes desempeñarse como cuidadores;
- apoyar las iniciativas comunitarias que convocan a personas mayores para realizar tareas de cuidados y otras actividades de desarrollo comunitario.

Asegurar la calidad de los cuidados a largo plazo

El primer paso para asegurar la calidad de los cuidados a largo plazo es orientar los servicios hacia el objetivo de optimizar la capacidad funcional. Para ello se requiere que los sistemas y los cuidadores determinen cómo pueden optimizar la trayectoria de capacidad de la persona mayor y compensar la pérdida de capacidad con atención y entornos transformadores que ayuden a la persona mayor a mantener la capacidad funcional en un nivel que le garantice el bienestar. Será esencial mantener una coordinación entre los sistemas de cuidados a largo plazo y con los servicios de salud si se quiere lograr este objetivo. Los sistemas de

gestión de la calidad pueden ayudar a mantener este enfoque coordinado de la capacidad.

Las siguientes son algunas medidas clave que pueden ayudar a lograrlo:

- crear y difundir protocolos o guías de atención que aborden cuestiones esenciales;
- establecer mecanismos de acreditación para los servicios y los cuidadores profesionales;
- establecer mecanismos formales de coordinación de los cuidados (en particular entre los servicios de cuidados a largo plazo y los de salud);
- establecer sistemas de gestión de la calidad que ayuden a mantener el foco en la optimización de la capacidad funcional.

Crear entornos amigables con las personas mayores

Los entornos físicos y sociales son influencias poderosas en el *Envejecimiento Saludable*, ya que determinan trayectorias de capacidad y pueden ampliar lo que una persona es capaz de hacer (su capacidad funcional). Los entornos amigables conlas personas mayores les permiten ser y hacer lo que valoran, ayudándolas a maximizar sus capacidades y habilidades.

Para crear entornos realmente amigables con las personas mayores, se requieren acciones en distintos sectores (salud, cuidados a largo plazo, transporte, vivienda, trabajo, protección social, información y comunicación), por muchos actores (gobierno, prestadores de servicios, sociedad civil, personas mayores y sus organizaciones, familiares y amigos). También se requieren medidas en varios niveles de gobierno. En la búsqueda del objetivo común de optimizar la capacidad funcional, cada una de estas partes interesadas puede trabajar en su ámbito respectivo de manera focalizada y complementando a la vez lo que hacen las demás.

En el capítulo 6 se describen oportunidades de acción sobre capacidades específicas. Las siguientes acciones clave son aplicables a cada una de esas capacidades y a todas las partes interesadas:

1. combatir la discriminación por motivos de edad;
2. propiciar la autonomía;
3. apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

Combatir la discriminación por motivos de edad

Los estereotipos basados en la edad influyen en los comportamientos, en las políticas e incluso en la investigación. Afrontar estos estereotipos debe ser parte esencial de toda respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. Aunque no es fácil, las experiencias de lucha contra otras formas generalizadas de discriminación, como el sexismo y el racismo, demuestran que las actitudes y las normas pueden cambiarse. También hay ejemplos concretos de modos de combatir la discriminación por motivos de edad (recuadro 7.3).

Para luchar contra la discriminación por motivos de edad, hará falta fomentar e inculcar en todas las generaciones una nueva manera de entender el envejecimiento. Como se destaca en este informe, esa manera no puede basarse en conceptualizaciones anticuadas acerca de las personas mayores como cargas ni en supuestos poco realistas de que las personas mayores de la actualidad han evitado de alguna manera los problemas de salud de sus padres y abuelos. En cambio, es necesario aceptar la amplia diversidad de la experiencia de la edad avanzada, reconocer las inequidades que a menudo subyacen a ella y estar dispuestos a preguntarnos cómo podrían hacerse las cosas mejor.

Las siguientes son algunas actividades que podrían ayudar a combatir la discriminación por motivos de edad:

- realizar campañas de comunicación para que los medios de comunicación, el público en general, los encargados de formular políticas, los empleadores y los proveedores de servicios sepan más acerca del envejecimiento y lo comprendan mejor;
- legislar contra la discriminación por motivos de edad;

Recuadro 7.3. No a la discriminación por edad en Irlanda

En Irlanda se ha organizado una campaña contra la discriminación por motivos de edad, basada en las abundantes pruebas de que los estereotipos negativos y la discriminación contra las personas mayores están generalizados y son perjudiciales. Entre 2004 y 2012, se celebró anualmente una Semana contra la Discriminación por Motivos de Edad (*Say No to Ageism Week*) para crear conciencia y estimular la acción contra ese tipo de discriminación. Creada por la Autoridad para la Igualdad y la Oficina Ejecutiva de los Servicios de Salud, con el apoyo de la Oficina para las Personas Mayores y organizaciones de personas mayores, la Semana contra la Discriminación por Motivos de Edad incluyó dos estrategias complementarias: una campaña de información pública por medio de anuncios publicitarios, programas de radio, medios sociales y afiches, y una serie de acciones sectoriales destinadas a mejorar la prestación de servicios adaptados a las necesidades de las personas mayores.

A lo largo de los años, han participado los sectores de la salud, el transporte, los seguros, la hotelería, el deporte y el esparcimiento. Algunas de las acciones realizadas por los sectores participantes fueron: organizar grupos de discusión con adultos mayores sobre los obstáculos que enfrentan para usar instalaciones deportivas; capacitar sobre las necesidades de las personas de edad a todos los trabajadores de los autobuses de Dublín que interactúan con los usuarios; ofrecer transporte gratuito a eventos relacionados con la campaña; mejorar la información y la cartelería para adaptarlas a las personas de edad, por ejemplo reemplazando la palabra "ancianos" por "personas mayores", y mostrar a empleados mayores en materiales publicitarios, para destacar la inclusividad de la industria irlandesa.

En 2008 se hizo una revisión de la iniciativa y se destacó, como factor clave para su éxito, la fortaleza del compromiso y las relaciones de trabajo que se generaron entre los asociados y los interesados de distintos sectores.

Sin desconocer la importancia de las campañas de información que sensibilizan y estimulan el debate sobre la discriminación por edad en el público en general, la iniciativa irlandesa tuvo una fortaleza especial porque apoyó la sensibilización con iniciativas sectoriales prácticas que ofrecían capacitación para generar cambios positivos en las conductas y en la prestación de los servicios (*2*).

- asegurar una visión equilibrada del envejecimiento en los medios de comunicación, por ejemplo, reduciendo al mínimo los informes sensacionalistas sobre los delitos contra las personas mayores.

Propiciar la autonomía

Las personas mayores tienen derecho a hacer elecciones y tener el control en un amplio espectro de asuntos, entre ellos el lugar donde viven, las relaciones que tienen, lo que visten, cómo pasan su tiempo y si se someten a tratamientos o no. La posibilidad de elegir y tener el control está determinada por muchos factores, en particular por la capacidad intrínseca de las personas mayores, el entorno que habitan, los recursos personales y financieros de los que disponen y las oportunidades que tienen a disposición. Juntos, estos factores determinan la autonomía de las personas mayores, que tiene una influencia fuerte y demostrada en su dignidad, integridad, libertad e independencia, y se ha señalado reiteradamente como un componente básico de su bienestar general.

Un enfoque clave para favorecer la autonomía consiste en potenciar al máximo la capacidad intrínseca, un tema que se detalló en la sección referente a las esferas de acción prioritarias en el sector de la salud. Pero es posible mejorar la autonomía sin importar el nivel de capacidad de una persona mayor, por ejemplo modificando el entorno que habita o dándole dispositivos de apoyo que la ayuden a manejar sus limitaciones de capacidad, o protegiendo sus derechos y fortaleciendo su resiliencia y capacidad de controlar o modificar su entorno. La autonomía también depende en gran medida de la satisfacción de las necesidades básicas de una persona mayor.

Las siguientes son algunas medidas importantes para favorecer la autonomía:

- legislar para proteger los derechos de las personas mayores (por ejemplo, protegerlas contra el maltrato), apoyar a las personas mayores para que conozcan y disfruten sus derechos y crear mecanismos que pueden

utilizarse para hacer frente a las violaciones de sus derechos, en particular en situaciones de emergencia;
- prestar servicios que faciliten el funcionamiento, tales como las tecnologías de apoyo y los servicios a domicilio o en la comunidad;
- proporcionar mecanismos de planificación anticipada de la atención y decisiones asistidas que permitan a las personas mayores mantener el máximo nivel de control sobre sus vidas a pesar de una pérdida significativa de capacidad;
- crear oportunidades accesibles de aprendizaje y crecimiento permanentes.

Apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno

En un número rápidamente creciente de países, más de un habitante cada cinco es mayor de 60 años. Habrá pocas políticas o servicios que no los afecten de alguna manera. Para lograr los objetivos del *Envejecimiento Saludable*, todos los sectores deben considerar su contribución y su impacto en el *Envejecimiento Saludable*.

Es posible orientar esta respuesta intersectorial y asegurar un enfoque coordinado entre distintos sectores y niveles de gobierno por medio de estrategias y planes de acción nacionales, regionales, estatales o municipales (recuadro 7.4). Será necesario establecer claramente compromisos con los objetivos y líneas de responsabilidades, contar con presupuestos adecuados y especificar los mecanismos de coordinación, vigilancia, evaluación y presentación de informes en todos los sectores.

También será importante recoger y utilizar información desglosada por edad acerca de las habilidades de las personas mayores, lo que puede facilitar el control de la eficacia y la detección de deficiencias en las políticas, los sistemas y los servicios existentes. Además, los mecanismos para consultar y dar participación a las personas mayores o a las organizaciones de personas mayores en la formulación y la evaluación de las políticas pueden ayudar a asegurar su pertinencia para las poblaciones locales.

Hay muchas esferas de acción posibles, pero algunas oportunidades son las siguientes:
- establecer políticas y programas que amplíen las opciones de vivienda para los adultos mayores y ayuden a las reformas del hogar que permitan a las personas mayores envejecer en un lugar adecuado para ellas;
- integrar medidas para proteger a las personas mayores contra la pobreza, por ejemplo a través de planes de protección social;
- proporcionar oportunidades de participación social y de desempeño de funciones sociales significativas, específicamente combatiendo los procesos que marginan y aíslan a las personas mayores;
- eliminar obstáculos, establecer normas de accesibilidad y garantizar su cumplimiento en los edificios, en el transporte y en las TIC;
- considerar las decisiones urbanísticas y de uso del suelo, y su impacto en la seguridad y la movilidad de las personas mayores;
- promover la diversidad de edades y la inclusión en los entornos de trabajo.

Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión

Para avanzar hacia el *Envejecimiento Saludable*, será necesario comprender mucho mejor las tendencias y los problemas relacionados con la edad. Hay muchas preguntas básicas que siguen sin respuesta:
- ¿Cuáles son las características actuales del *Envejecimiento Saludable*? ¿Están cambiando con el tiempo?
- ¿Cuáles son los factores determinantes del *Envejecimiento Saludable*? ¿Están aumentando o desapareciendo las desigualdades?
- ¿Qué tipo de intervenciones promueven el *Envejecimiento Saludable*? ¿En qué subgrupos de población dan resultado? ¿Cuáles son el momento y la secuencia apropiados

Recuadro 7.4. Vivir y envejecer juntos: acción intersectorial en Quebec

En 2011, la Secretaría de las Personas Mayores, un organismo de la provincia canadiense de Quebec, anunció su primera política sobre el envejecimiento destinada a promover un enfoque inclusivo e integral para apoyar a los adultos mayores: Vivir y envejecer juntos. Parte esencial de esta iniciativa es la colaboración entre distintos sectores y niveles de gobierno para posibilitar que las personas mayores envejezcan en su hogar y en su comunidad.

Colaboración intergubernamental horizontal. Organismos y departamentos del mismo nivel de gobierno colaboran en distintas misiones y jurisdicciones. Por ejemplo:

- tres departamentos provinciales colaboraron para mejorar la calidad de los servicios, la capacitación y la compensación de los cuidadores, a fin de aumentar la disponibilidad de apoyo para los adultos mayores que viven en su hogar;
- para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, dos organismos provinciales aunaron fuerzas en 2010 (en el Programa de infraestructura de los municipios de Quebec - Municipio amigable con las personas mayores) a los efectos de dar apoyo financiero a pequeñas obras y proyectos de infraestructura, como la renovación de edificios municipales o la mejora de instalaciones recreativas para adaptarlas a las necesidades y expectativas de las personas mayores (por ejemplo, construyendo baños accesibles o senderos).

Colaboración intergubernamental vertical. A nivel provincial (Quebec), regional y municipal, los organismos gubernamentales colaboran para alcanzar sus objetivos comunes. Con miras a aumentar el uso del transporte público por las personas mayores, dos organismos provinciales y uno regional, incluidos municipios de condado, se asociaron para revisar y modificar los planes de transporte público a fin de asegurar que los adultos mayores tuvieran acceso al transporte.

Colaboración entre el gobierno y el sector privado. En esta colaboración están comprendidos el gobierno, organizaciones no gubernamentales locales y provinciales, organizaciones comunitarias, el sector privado y el sector académico. En Montreal, se estableció un proyecto de investigación basado en la acción, entre el sector académico y la división de investigaciones del departamento de policía, con el objeto de crear y aplicar una intervención policial contra el abuso de las personas mayores; la intervención abarca prevención, detección, intervención de primera línea, seguimiento e investigación. Este modelo hace hincapié en la respuesta intersectorial al abuso de las personas mayores e incluye a la policía, un centro de asistencia a las víctimas, organizaciones comunitarias, servicios de salud y sociales, la curaduría pública y los tribunales.

Colaboración entre las familias, el gobierno y el sector privado. Este es otro ejemplo de colaboración entre las personas mayores y sus familias relacionado con la mejora de cuidados a largo plazo. Los familiares que cuidan de una persona mayor reciben del gobierno un crédito fiscal y asistencia financiera para contratar otros cuidadores y profesionales de la salud capacitados para que presten cuidados en el hogar a tiempo parcial.

de esas intervenciones para mantener y aumentar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional?

- ¿Cuáles son las necesidades en materia de atención de la salud y cuidados a largo plazo de las personas mayores, y en qué medida se satisfacen?
- ¿Cuáles son las contribuciones económicas reales que realizan las personas mayores, y cuáles son los verdaderos costos y beneficios de promover el *Envejecimiento Saludable*?

Como primera medida para responder a estas preguntas, debe incluirse a las personas mayores en las estadísticas vitales y en las encuestas de población general, y deben desglosarse por edad y sexo los análisis de estos recursos de información. También deben incluirse en estos estudios mediciones apropiadas del *Envejecimiento Saludable* y de sus factores determinantes y distribución.

Pero también se debe alentar la investigación en diversos campos específicos relacionados con el envejecimiento y la salud, para lo que será

Recuadro 7.5. Investigar con las personas mayores, no solo para ellas

El Instituto de Manchester para la investigación participativa sobre el envejecimiento en Inglaterra realizó un estudio sobre ciudades amigables con las personas mayores que se basó en las opiniones, inquietudes y experiencias de las personas mayores (*3*). El trabajo con los grupos destinatarios en tres barrios del sur de Manchester tuvo tres características fundamentales:

- **participación**: los residentes mayores actúan como coinvestigadores en todas las etapas del proceso, incluidos la planificación, el diseño y la puesta en práctica;
- **colaboración**: una variedad de asociados, incluidos el gobierno local, organizaciones voluntarias y otras organizaciones no gubernamentales, actuaron como asesores y contribuyeron mediante grupos de discusión, entrevistas y asociaciones permanentes;
- **acción**: se generaron recomendaciones para el diseño urbano, la regeneración, la participación comunitaria y la ejecución de políticas. Se abrió un nuevo espacio para realizar aportaciones directas a los programas e iniciativas en curso en Manchester y en otros sitios.

Se capacitó como investigadores a 18 adultos de 58 a 74años de edad, de diversa procedencia. En las sesiones participativas y las reuniones de reflexión se aseguró que los participantes se involucraran y se familiarizaran con todos los aspectos del proceso de investigación, incluido el diseño. En total, se realizaron 68 entrevistas en profundidad con residentes mayores, muchos de los cuales experimentaban distintas formas de exclusión social, problemas de salud, aislamiento y pobreza.

En conjunto, el estudio representa un avance metodológico importante en el desarrollo de nuevos modelos de participación comunitaria. Intervenciones como las aplicadas en este estudio constituyen excelentes fuentes de información, ejercicios valiosos de trabajo comunitario para todos los participantes, y mecanismos económicos para producir políticas informadas en tiempos de austeridad.

necesario acordar conceptos clave y la forma en que se pueden medir. Deben promoverse enfoques tales como los estudios plurinacionales y multidisciplinarios, ya que pueden ser representativos de la diversidad de una población y permitir que se conozcan los determinantes del *Envejecimiento Saludable* y el contexto singular de los adultos mayores. También se debe alentar la participación y la contribución de las personas mayores, porque puede conducir a resultados más importantes e innovadores (recuadro 7.5).

Entonces, a medida que se sepa más sobre el envejecimiento y la salud, se necesitarán mecanismos mundiales y locales para asegurar la rápida aplicación de estos conocimientos a la práctica clínica, además de intervenciones de salud pública basadas en la población y políticas de salud y sociales.

Las siguientes son algunas acciones fundamentales:

1. acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al *Envejecimiento Saludable*;
2. saber más acerca del estado de salud y las necesidades de las poblaciones de edad, y en qué medida se satisfacen esas necesidades;
3. comprender mejor las trayectorias del *Envejecimiento Saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas.

Acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos para el *Envejecimiento Saludable*

Los indicadores y los métodos que se utilizan actualmente en el campo del envejecimiento son limitados, lo que impide conocer en detalle aspectos clave del *Envejecimiento Saludable*. Algunas veces no existen métodos apropiados. Otras, se utilizan enfoques integrales de otros campos, pero sin adaptarlos a las poblaciones de edad avanzada. Es necesario llegar a un consenso sobre cuáles son los enfoques y los métodos más apropiados, los cuales tendrán que permitir comparaciones y posibles vinculaciones con datos recogidos en distintos países, contextos y sectores. Las prioridades son:

- desarrollar y alcanzar un consenso sobre los indicadores, las estrategias de medición, los instrumentos, los ensayos y los biomarcadores sobre conceptos clave relacionados con el *Envejecimiento Saludable*,

particularmente en relación con la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, el bienestar subjetivo, las características de salud, las características personales, la herencia genética, la multimorbilidad y la necesidad de servicios y cuidados;
- llegar a un consenso sobre los enfoques para evaluar e interpretar las trayectorias de estos indicadores y medidas a lo largo de la vida. Será importante demostrar cómo la información generada puede servir de base para las políticas, el monitoreo, la evaluación y las decisiones clínicas o de salud pública;
- crear y aplicar mejores métodos para probar intervenciones clínicas que tengan en cuenta la fisiología diferente de las personas mayores y la multimorbilidad.

Saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones de edad, y en qué medida se cubren esas necesidades

Aunque es preciso que los esfuerzos de seguimiento y las investigaciones poblacionales tengan más en cuenta a las personas mayores, también se requieren investigaciones poblacionales específicas sobre estas personas para determinar cuáles son los niveles y la distribución de la capacidad funcional y la capacidad intrínseca, cómo estas cambian con el tiempo, cuáles son las necesidades de asistencia sanitaria y cuidados, y en qué medida estas se satisfacen. Estas investigaciones podrían incluir:
- crear encuestas de población periódicas de personas mayores que puedan registrar en detalle la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, los estados de salud específicos, las necesidades de de salud o cuidados a largo plazo, o de cambios más amplios en los entornos, y si estas necesidades se satisfacen adecuadamente;
- detectar tendencias de capacidad intrínseca y capacidad funcional en diferentes cohortes de nacimiento y determinar si el aumento de la esperanza de vida se asocia con años adicionales de salud;
- definir indicadores y mecanismos para la vigilancia permanente de las trayectorias de *Envejecimiento Saludable*.

Comprender mejor las trayectorias de *Envejecimiento Saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas

Para fomentar el *Envejecimiento Saludable* habrá que comprender mucho mejor las trayectorias comunes de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, sus determinantes y la efectividad de las intervenciones para modificarlas. Las siguientes son algunas medidas clave para lograr esta comprensión:
- definir el alcance y los tipos de trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional, y sus determinantes en diferentes poblaciones;
- cuantificar el impacto de las intervenciones de salud, de cuidados a largo plazo y ambientales en las trayectorias de *Envejecimiento Saludable*, y determinar por qué vías operan;
- cuantificar mejor la contribución económica de las personas mayores y los costos de prestarles los servicios que necesitan, y crear mecanismos de análisis de la rentabilidad de las inversiones que sean rigurosos, válidos y comparables.

Conclusiones

Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay algo que cada país puede hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo.

La respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención integrada y centrada en la personas mayores. Habrá que desarrollar, incluso a partir de cero, sistemas

integrales de cuidados a largo plazo. Y se necesitará una respuesta coordinada entre muchos otros sectores y distintos niveles de gobierno. Para ello hará falta un cambio fundamental de nuestra concepción del envejecimiento, a fin de tener en cuenta la diversidad de las poblaciones de edad y combatir las inequidades que a menudo subyacen al envejecimiento. Además, se deberán incorporar mejores formas de medir y monitorear la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

Aunque estas medidas inevitablemente requerirán recursos, es probable que sean una buena inversión en el futuro de la sociedad: un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado.

Referencias bibliográficas

1. Alexandra Health System's Ageing-in-Place Programme – first Singapore public healthcare programme to win 2014 UN Public Service Award. Singapore: Khoo Teck Puat Hospital; 2014 (https://www.ktph.com.sg/uploads/1403773586Media%20Release%20-%20First%20Singapore%20Public%20Healthcare%20Programme%20to%20Win%202014%20UN%20Public%20Service%20Award.pdf, accessed 29 June 2015).
2. Say No to Ageism Week (Ireland). In: Equinet; European Network of Equality Bodies [website]. Brussels: Equinet Secretariat; 2015 (http://www.equineteurope.org/Say-No-To-Ageism-Week-Ireland, accessed 15 July 2015).
3. Buffel T, editor. Researching age-friendly communities: stories from older people as co-investigators. Manchester: University of Manchester Library; 2015. (http://www.socialsciences.manchester.ac.uk/medialibrary/brochures/Age-Friendly-Booklet.pdf, accessed 27 July 2015).

Glosario

Accesibilidad

Grado en el que un entorno, un servicio o un producto permiten el acceso al mayor número posible de personas.

Actividad

Realización de una tarea o una acción por parte de una persona.

Actividades de la vida diaria

Actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Actividades que facilitan la vida independiente, como usar el teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, comprar comestibles, preparar comida y usar un mapa.

Afección crónica

Enfermedad, trastorno, lesión o traumatismo que es persistente o tiene efectos duraderos.

Afección de salud

Término general para designar enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos agudos o crónicos.

Ajuste entre la persona y su entorno

Relación entre los individuos y sus entornos. El ajuste entre las personas y su entorno requiere: 1) tener en cuenta a la persona (es decir, las características de salud y capacidad del individuo) y las necesidades y recursos de la sociedad; 2) saber que la relación es dinámica e interactiva; y 3) atender a los cambios que se producen con el tiempo en las personas y en los lugares.

Ajuste razonable

Modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, que no impongan una carga desproporcionada o indebida, para garantizar a las personas mayores con capacidad funcional reducida el goce y ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Apoyo a la toma de decisiones

Se refiere al apoyo ofrecido a las personas para que ejerzan su capacidad jurídica. El apoyo a la toma de decisiones puede adoptar diversas formas, como el uso de redes de

apoyo, un mediador personal, los servicios comunitarios, la ayuda mutua, un asistente personal y la planificación anticipada.

Asistencia social

Ayuda para desempeñar actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, el cuidado personal, el mantenimiento del hogar).

Autocuidado

Actividades realizadas por las personas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar de sí mismas, así como para participar en las decisiones sobre su salud.

Bienestar

Término general que abarca todas las esferas de la vida humana, incluidos aspectos físicos, mentales y sociales, que conforman lo que se puede llamar "una buena vida".

Capacidad funcional

Atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características medioambientales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características.

Capacidad intrínseca

Combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

Características de salud

Conjunto de cambios subyacentes relacionados con la edad, comportamientos relacionados con la salud, factores de riesgo fisiológicos (por ejemplo, presión arterial alta), enfermedades, lesiones, cambios en la homeostasis y síndromes geriátricos más amplios. La interacción entre estas características de salud determinará, en última instancia, la capacidad intrínseca de una persona.

Centros de cuidados institucionales

Instituciones en las que se prestan cuidados a largo plazo. Pueden ser centros comunitarios, centros de atención médica prolongada, residencias de personas mayores, hospitales y otros centros de salud. Los centros de atención institucional no se definen solo por su tamaño.

Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores

Ciudades o comunidades que fomentan el envejecimiento saludable y activo.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Clasificación de la salud y de los dominios relacionados con la salud que describen las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación. Los dominios se clasifican desde diferentes perspectivas: corporal, individual y social. Dado que el funcionamiento y la discapacidad de una persona tienen lugar dentro de un contexto, esta clasificación incluye una lista de los factores ambientales.

Cuidado informal

Cuidado no remunerado proporcionado por un familiar, amigo, vecino o voluntario.

Cuidador

Persona que atiende y apoya a otra persona. Este apoyo puede incluir:

- prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes;
- ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados;
- ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro; y
- participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca.

Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud.

Cuidados a largo plazo

Actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

Deficiencia

Pérdida o anomalía de una estructura corporal o de una función fisiológica (incluidas las funciones mentales). En este informe, el término *anomalía* se utiliza estrictamente para referirse a una variación significativa con respecto a las normas estadísticas establecidas (es decir, la desviación con respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación tipificadas).

Dependencia de cuidados

Ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda.

Desempeño

Lo que las personas hacen en su entorno actual, incluida su participación en situaciones de la vida.

Desigualdades en salud

Diferencias en el estado de salud entre individuos o grupos, o, más formalmente, la variación interindividual total en la salud de una población, que a menudo tiene en cuenta las diferencias en el nivel socioeconómico u otras características demográficas.

Directivas anticipadas (o testamento vital)

Mecanismo por el cual las personas competentes explicitan sus deseos, de modo que se respeten sus preferencias en caso de que surjan circunstancias que no les permitan tomar decisiones con respecto a los tratamientos médicos. Las directivas anticipadas se hacen constar por escrito en un testamento vital o mediante un poder notarial otorgado a otra persona.

Discapacidad

Término general para designar las deficiencias, las limitaciones y las restricciones en la participación, que denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

Discriminación por motivos de edad

Estereotipos y discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. La discriminación por motivos de edad puede tomar muchas formas, como las actitudes perjudiciales, las prácticas discriminatorias o las políticas y prácticas institucionales que perpetúan las creencias estereotipadas.

Diseño universal

Diseño de entornos, productos y sistemas para ser utilizados por el mayor número posible de personas, sin la necesidad de adaptaciones o un diseño especializado.

Edad (cronológica)

Tiempo vivido desde el nacimiento, medido por años, meses, o días.

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades que no se transmiten de persona a persona. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Enfoque de curso de la vida

Enfoque que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive.

Entorno construido

Edificios, calles, servicios públicos, viviendas, instalaciones, parques y demás obras humanas que conforman las características físicas de una comunidad.

Entornos

Todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona, como el hogar, la comunidad y la sociedad en general; en estos entornos se encuentra una serie de factores que incluyen el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas, los sistemas y los servicios de salud y sociales.

Entornos adaptados a las personas mayores

Entornos (como el hogar o la comunidad) que alientan el envejecimiento saludable y activo al fomentar y mantener la capacidad intrínseca a lo largo de toda la vida y permitir una mayor capacidad funcional en una persona con determinado nivel de capacidad.

Envejecimiento

A nivel biológico, el envejecimiento es el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo.

Envejecimiento activo

Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Envejecimiento de la población

Cambio en la estructura de la población en el que aumenta la proporción de personas en los grupos de personas mayores.

Envejecimiento en el lugar (adecuado)

Capacidad de vivir en el propio hogar y comunidad de forma segura, independiente y cómoda, sin importar la edad, los ingresos o el nivel de capacidad. El envejecimiento en el lugar adecuado extiende este concepto a la capacidad de vivir en el lugar que mejor responde a las necesidades y preferencias de la persona, y que puede ser o no el propio hogar.

Envejecimiento saludable

Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Esperanza de vida (a los 60 años)

Número promedio de años que cabe esperar que viva una persona de 60 años de edad sujeta a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado.

Esperanza de vida (al nacer)

Número promedio de años que cabe esperar que viva un recién nacido sujeto a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado.

Evaluación geriátrica integral

Evaluación multidimensional de la persona mayor que incluye componentes clínicos, físicos, cognitivos, sociales y emocionales; también puede incluir el uso de instrumentos de evaluación estandarizados y un equipo interdisciplinario para apoyar el proceso.

Facilitadores

Factores en el entorno de una persona que, por estar presentes o ausentes, mejoran la capacidad funcional; entre estos factores se cuentan un entorno físico accesible, la disponibilidad de tecnología de apoyo pertinente y las actitudes positivas hacia las personas mayores, así como los servicios, sistemas y políticas que tienen como objetivo aumentar la participación de todas las personas con una afección de salud en todos los ámbitos de la vida. La ausencia de un factor también puede ser un facilitador, como la ausencia de estigmas o actitudes negativas. Los facilitadores pueden evitar que un trastorno o una limitación de la actividad restrinjan la participación, al posibilitar que la realización práctica de la acción mejore a pesar del problema de capacidad de la persona.

Factor de riesgo

Atributo o exposición que tiene una relación causal con una mayor probabilidad de enfermedad o lesión.

Fragilidad

Extrema vulnerabilidad a los factores de estrés endógenos y exógenos, que expone a una persona a un mayor riesgo de resultados negativos relacionados con la salud.

Funcionamiento

Término general para las funciones corporales, las estructuras corporales, la actividad y la participación, que denota los aspectos positivos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

Gastos por cuenta propia

Pagos por bienes o servicios que incluyen: 1) los desembolsos directos, tales como pagos por bienes o servicios que no están cubiertos por ningún tipo de seguro; 2) la participación en la financiación de los gastos, una disposición de un seguro de salud o servicio de pago de terceros que requiere que el individuo asegurado pague parte del costo de la asistencia sanitaria recibida; y 3) los pagos informales, como los pagos no oficiales de bienes y servicios, que deben financiarse íntegramente con fondos comunes de ingresos.

Geriatría

Rama de la medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de la vejez y en prestar la atención y los servicios apropiados.

Gerontología

Estudio de los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del envejecimiento.

Gestión de casos

Proceso de colaboración que permite planificar servicios que satisfagan las necesidades de atención de la salud de la persona a través de la comunicación con esta y sus proveedores de servicios y la coordinación de los recursos.

Inequidades en salud

Diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables, injustas y parciales.

Longevidad

Duración de la vida humana.

Maltrato de personas mayores

Acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza.

Modificaciones en la vivienda

Conversiones o adaptaciones hechas a las instalaciones físicas permanentes del entorno del hogar para mejorar la seguridad, la accesibilidad física y el confort.

Movilidad

Capacidad de moverse para cambiar el cuerpo de posición o de lugar; recoger, mover o manipular objetos; caminar, correr o trepar; y emplear diversos medios de transporte.

Multimorbilidad

Concurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una sola persona.

Obstáculos

Factores del entorno de una persona que, por estar presentes o ausentes, limitan su capacidad funcional.

Participación

Integración de una persona en una situación de la vida. Representa la perspectiva de la sociedad acerca del funcionamiento.

Persona mayor

Persona cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer.

Polifarmacia

Administración simultánea de varios medicamentos al mismo paciente.

Promoción de la salud

Proceso que permite a las personas tener más control sobre su salud y mejorarla.

Protección social

Programas para reducir las privaciones debidas a condiciones tales como la pobreza, el desempleo, el envejecimiento y la discapacidad.

Red social

Red de vínculos de parentesco, de amistad y comunitarios de una persona.

Rehabilitación

Conjunto de medidas dirigidas a las personas que presenten o puedan presentar discapacidad con el fin de ayudarlas a lograr y mantener un nivel de funcionamiento óptimo en la interacción con sus entornos.

Resiliencia

Habilidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad por medio de la resistencia, la recuperación o la adaptación.

Salud

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Seguridad social

Todas las medidas que consisten en brindar prestaciones, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar la protección social.

Servicios centrados en las personas

Enfoque de atención que tiene expresamente en cuenta las perspectivas de los individuos, las familias y las comunidades, y los considera participantes, así como beneficiarios, de unos sistemas de salud y cuidadosa largo plazo que responden a sus necesidades y preferencias en forma humana e integral. Para asegurar una atención centrada en las personas se requiere que estas cuenten con la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención. Se trata de servicios organizados en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, no en torno a las enfermedades.

Servicios integrados de salud

Servicios gestionados y prestados de manera tal de asegurar que las personas reciban servicios ininterrumpidos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y atención paliativa en diferentes niveles y lugares dentro del sistema de salud, y que la atención se ajuste a sus necesidades a lo largo de la vida.

Síndromes geriátricos

Estados de salud complejos que suelen ocurrir en la edad avanzada y que no entran en categorías de enfermedades específicas; a menudo son consecuencia de múltiples factores subyacentes y disfunciones en varios sistemas orgánicos.

Tecnologías de apoyo (o tecnología sanitaria de apoyo)

Todo dispositivo diseñado, confeccionado o adaptado para ayudar a una persona a realizar una tarea en particular. Los productos pueden ser genéricos o estar especialmente diseñados para las personas con pérdidas específicas de capacidad. La tecnología sanitaria de apoyo es un subconjunto de tecnologías de apoyo, cuyo propósito principal es mantener o mejorar el funcionamiento y el bienestar de un individuo.

Viejo

Constructo social que define las normas, las funciones y las responsabilidades que cabe esperar de una persona mayor. Se utiliza con frecuencia en un sentido peyorativo.

Índice

A

abuso financiero 185-186
accesibilidad/acceso
  a la vivienda 179-181
  a los servicios/recursos/instalaciones 14, 245
    a las tecnologías de apoyo 118, 179-180
    obstáculos 97
    en situaciones de desastre 187
    a las tecnologías de la información y las comunicaciones 205
    a los cuidados a largo plazo 141, 144, 149
    a los productos médicos y vacunas 117, 118
    a la atención integrada y centrada en las personas mayores 232
    al transporte 199
accesibilidad física a la vivienda o en la vivienda 179-181
accidente cerebrovascular 6, 17, 32, 65, 75, 196
acción intersectorial 213, 240
  Canadá 240
  desastres 186-187
  véase también colaboración, equipos multidisciplinarios
acciones/medidas 229, 231-242
  contexto para la acción mundial 4-7
  cuidados a largo plazo 158, 236-237
  desastres/gestión de riesgos en situaciones de emergencia 186-187
  Envejecimiento Saludable y esferas de acción prioritarias en materia de 230-231, 232-242
  financiamiento de *véase* financiamiento
  intersectorial *véase* acción intersectorial
  marcos para la 20, 29, 35
  motivos de 14-18
  salud pública 29-30, 35, 36, 37-39
acreditación 145, 147-148
actitudes *véase* actitudes negativas
actitudes negativas 29, 172, 189
  de los empleadores 206
  hacia el aprendizaje permanente 189-190
  hacia los cuidados a largo plazo 139
  véase también discriminación por motivos de edad, estereotipos
actividad **245**
actividad física 74-76, 108, 112-113, 195-197
  en el domicilio 113
  entorno construido y 197-199
  mantener la movilidad 195, 196
actividades de la vida diaria/cotidiana 73, **245**
  actividades instrumentales de la vida diaria/cotidiana 53, 69, 73, **245**
actividades instrumentales
  apoyo para las 201
  de la vida diaria/cotidiana 53, 69, 73, **245**
administración de los sistemas de cuidados a largo plazo 145, 154, 159
adulto mayor *véase* persona mayor

afecciones de salud (**245**) y estados de salud (trastornos/problemas/enfermedades/lesiones/traumatismos)
actividad física reduce los riesgos 75
comorbilidad 64-66, 97, 122
complejas 66-68
crónicas *véase* enfermedades crónicas no transmisibles 47-49, 74, 106, **248**
situaciones de emergencia y 78-79
África
programas de salud comunitaria 113
subsahariana *véase* África subsahariana
África subsahariana
envejecimiento de la población 45
financiamiento de los cuidados a largo plazo 155
seguridad económica 174
uso del sistema de salud 94
AgeWell (Sudáfrica) 234
aislamiento social y soledad 76, 117, 118, 172, 201-202, 210
ajustes razonables **245**
véase también vivienda; atención/asistencia institucional y residencial
Alemania
reformas en el hogar 180-181
alfabetismo (leer y escribir)
en las personas mayores 190-191
personas mayores que ayudan a niños 200, 204
América del Sur y Central (Latina), financiamiento de los cuidados a largo plazo 155-157
América Latina, financiamiento de los cuidados a largo plazo 155-157
amigable(s) con las personas mayores 171-225
ciudades 173, **246**
comunidades 173, **246**
entornos 36, 230-231, 236-239, **248**
infraestructura sanitaria 113
angustia 193
ansiedad 62
véase también miedo
apoyo a la toma de decisiones (decisiones asistidas) 192, 239, **245**
apoyo de valoración 201
apoyo emocional 193, 201
apoyo mediante la informática 203
aprendizaje 188-194, 210
ayudar a los niños 200, 204
permanente 189, 191, 208-209
Sudáfrica 234
véase también capacitación y educación
articulaciones 56-57
articulaciones, cambios en las 56,57
asequibilidad 182
cuidados a largo plazo 144
obstáculos 96, 97
asistencia/apoyo/servicio social 153, 157, 182, 191, 202
Turquía 154
asociaciones *véase* organizaciones y asociaciones
atención ambulatoria, fuentes de pago de 96
atención/asistencia institucional y residencial (incl. residencias de personas mayores) 136, 187, **246**
evaluación nutricional 76
funcionamiento sexual 59
atención/asistencia residencial *véase* atención/asistencia institucional y residencial
Australia
atención coordinada e integrada 103
cuidados de respiro para personas con demencia 151
Estudio longitudinal australiano sobre la salud de la mujer 8, 70
farmacéuticos 118
Men's Sheds 172
autocuidado 111-112, 191, 233, **246**
autonomía 32, 38, 237-238

B

"bancos de cerebros", Tailandia 209
bancos y riesgo de abuso financiero 185

Bangladesh, rendición de cuentas y más pensiones 177
barreras/obstáculos (y su reducción)
definición **250**
entorno construido 197
uso de los servicios de salud 93-94
véase también disponibilidad
barrios/vecindarios
cuidados a largo plazo y 147
entorno físico, mejora del 180
expectativa de vida al nacer por nivel de ingreso del, Inglaterra 10
movilidad y 197-199
necesidades básicas en zonas desfavorecidas 173-174
redes sociales 203
vivienda adecuada 178
véase también comunidad
bienestar 30, **246**
Brasil
atención coordinada e integrada 103
estrategia de salud familiar 117
planes de cuidados personalizados en favelas de Río de Janeiro 111

C

caídas 64, 66, 67-68
prevención 180
calidad
de la atención/ los servicios/recursos/ instalaciones 14
cuidados a largo plazo 158-159, 236-237
de vida
años añadidos y 51-54
cuidados a largo plazo mejoran 158
California, abuso financiero 185
cambio
a escala global 12-14
generar 213
cambios demográficos 3, 13, 15, 45-54
cambios en los huesos 56-57
cambios epidemiológicos 45-54
cambios sociales, dimensiones globales 12-13
Canadá
atención coordinada e integrada en Quebec 103
Handi-transit de Winnipeg 172
Vivir y envejecer juntos en Quebec 240
capacidad de acción (noción de) 38
capacidad de crecer 188-194
Sudáfrica 234
capacidad *véase* capacidad funcional, capacidad intrínseca
capacidad física en el curso de la vida 7, 33
capacidad funcional *véase* funcionamiento
capacidad intrínseca 30, 31, 58, 68-70, 104-105, 171, 232, 233, **246**
acciones prioritarias 232
cuidados a largo plazo y 136, 143, 144
en todo el curso de la vida 33, 69-70, 104-105
evaluación integral 107
intervenciones adaptadas a los niveles de capacidad de las personas 105-109
tres períodos comunes de
deterioro (de la capacidad) 35, 36, 105-106, 201, 230, 231
alta y estable (capacidad) 35, 36, 106, 230, 231
véase también funcionamiento y capacidad funcional
capacitación y educación
comunitaria, en gestión de riesgos de desastres 187
personas mayores 180, 189, 190, 191, 192, 210-211
voluntaria 209
personal/trabajadores (remunerados y no remunerados) 99, 114, 115, 116, 180, 233
cuidados a largo plazo 138-139, 147-152, 236
véase también aprendizaje
cardiopatía
hipertensiva 65
isquémica 32, 61, 65

caries, dental 77
cartílago (articular) 57
cataratas 58, 64
centros médicos, impacto en redes sociales 203
Chile
  cuidados a largo plazo 141, 157
  pensión social 177
China, cuidadores y modalidades de cuidado 139
cibersalud (tecnologías de la información y la comunicación, TIC) 116-117, 192, 202, 203, 233, 239
Cité Seniors, Suiza 204
ciudades (amigables con las personas mayores) 172, **246**
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud 29**, 246**
clubes y centros intergeneracionales *véase* clubes y centros multigeneracionales
clubes y centros multigeneracionales
  Alemania 204
  Vietnam 194
colaboración
  cuidados a largo plazo 155
  gobierno, Canadá 240
  personas mayores, participación de 241
  véase también participación
colaboración intergubernamental, Canadá 240
comodidad, hogar 178
comorbilidad 64-66, 97
compensación de voluntarios 212
competencias *véase* preparación y competencias
comprensión, mejorar la 230, 239-242
comunicación, impacto de la disminución de la audición 57-58
  véase también tecnologías de la información y las comunicaciones
comunidad (comunidades)
  amigables con las personas mayores 172
  ayuda entre pares, Sudáfrica 234
  contribuciones a *véase* contribuciones
  cuidados a largo plazo en la 137-139, 141, 144, 147, 151
    demencia 144
  desastres y 186-188
  divulgación, llegar a las personas mayores 104, 112-113, 120, 191
  miedo al delito y papel del 183
  programas de autoasistencia 112
  véase también barrios/vecindarios
conducir 197
confianza de los voluntarios en sí mismos 209
conocimiento (del personal) 98-99, 115
contribuciones de las personas mayores 195-202, 211
  Sudáfrica 234
control posterior a la comercialización 122
Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (y su protocolo facultativo) 29, 39, 179, 195
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (y su protocolo facultativo) 29, 39, 179, 195
coordinación (sistemas de salud)
  falta de 97
  lecciones aprendidas de la experiencia de los países 103
costo *véase* asequibilidad, compensación, panorama económico, abuso financiero, seguridad financiera/económica, financiamiento, inversión, pagos, desarrollo económico
cronológica, edad 18, 100, **248**
cuestiones éticas en los cuidados a largo plazo
  contratación 147
  tecnologías sanitarias de apoyo innovadoras 146
cuidadores *véase* personal
cuidadores informales (no remunerados) 138, 139, 141, 144, 145, 147, 149, 150-152, 153, **247**

cuidado(s)
a largo plazo *véase* cuidados a largo plazo
al final de la vida 108-109, 158, 194
auto (autocuidado) 110-112, 191, 233, **246**
calidad de *véase* calidad
centrados en la persona *véase* personas
de la salud *véase* servicios/sistemas de salud
dependencia 66-67, 72-73, 136-139, 141-144, 148
institucional *véase* atención/asistencia institucional y residencial
paliativos 108-109, 121, 153
sociales (servicios sociales) 154
cuidado(s) a largo plazo 19, 36, 135-160, 210-211, 230, 233-236, **246**
atención anticuada y fragmentada 142, 143
enfoques actuales 137-143
Envejecimiento Saludable y 35, 135, 137, 152,
financiamiento 140-142, 155-157
integración de la atención de la salud y 108
medidas clave 158, 237
necesidad y demanda de 93, 137, 139, 140, 141, 157
respuestas al desafío 143-144
cuidados al final de la vida 121, 158, 194
cuidados de respiro 151-152
cuidados diurnos, demencia 151
cuidados nocivos a largo plazo 142
cuidados paliativos 106, 153
curso de la vida (y trayectorias en diferentes categorías de edad) 248
cambios de la capacidad intrínseca en el 69-70, 104-105
capacidad física en el 8, 33
estereotipos y 11
mortalidad en el 48-49
salud del cerebro en el, Indonesia 108
cursos en línea masivos y abiertos 191

D

Declaración política 4, 5, 6, 7, 29
deficiencia **247**
delito 175, 183
demanda y necesidad (de servicios) 93-95
adaptación (de los sistemas de salud) 113-122, 229, 231, 232-233
cuidados a largo plazo 94, 137, 141, 157-158
saber más acerca de las necesidades 241, 242
véase también necesidades básicas
demencia
cuidado de respiro 151
cuidados centrados en la persona 144-145
enfermedad de Alzheimer 38, 63, 151, 160
intervención basada en Internet para cuidadores 149
intervenciones basadas en la comunidad para apoyar a los cuidadores en India 144
dependencia 18
de cuidados 66-67, 72-73, 136-139, 141-144, **247**
depresión 62, 65
derechos 14,15
cuidados a largo plazo y 136, 142, 144, 159
derecho internacional 4, 5
violaciones 14, 142
vivienda adecuada y 175
derechos humanos *véase* derechos
desarrollo
socioeconómico *véase* desarrollo socio-económico, países de ingresos altos, países de ingresos bajos o medianos
sostenible *véase* sostenibilidad
urbano 210-211
desarrollo socioeconómico 12, 13, 47, 51, 71-72, 229, 235
véase también países de ingresos altos; países de ingresos bajos y medianos

desarrollo urbano 210-211
desastres 78, 175-176, 186-188
desempeño **247**
diabetes 61, 64-66, 75, 77, 106
dimensiones globales (internacionales/mundiales)
  desastres 186
  para la acción 4-7
  cambios 12-13
dimensiones internacionales *véase* dimensiones globales
dimensiones mundiales *véase* dimensiones globales
directiva anticipada 194, **247**
Directiva marco para la igualdad de trato en el empleo 2000/78/EC (UE) 206
discapacidad **247**
  años perdidos por 64
  esperanza de vida al nacer sin 10
discriminación 206
  desafiar/combatir y derecho a la ausencia de (no discriminación)
discriminación por motivos de edad 11, 206, 230, 237-238, **248**
  en los servicios de salud 99-100, 119
  véase también actitudes negativas, estereotipos
diseño universal 198, **248**
disminución de la audición/hipoacusia 57, 58, 97
disponibilidad (de servicios/recursos/instalaciones) 15
  transporte 199
  véase también barreras/obstáculos
diversidad
  edad, aceptar la 206
  en la vejez 7-9, 53
divulgación, comunidad 104, 112-113, 120, 191

E

edad
  aceptar la diversidad 206
  cronológica 18, 100, **248**
  jubilación obligatoria, derogar 207
  véase también curso de la vida
edificios
  construcción de viviendas nuevas 183
  redes sociales (y su impacto) 201
edificios públicos, redes sociales (impacto de) 203
educación *véase* escuelas; capacitación y educación
ejercicio *véase* actividad física
elegir, garantizar el derecho 38-39
  vivienda 178-179
  véase también toma de decisiones
El Teléfono Suena a las 5 (Portugal) 202
empleadores
  actitudes negativas 206
  incentivos para retener/contratar/proteger/compensar a trabajadores mayores 206
  invertir en los empleados mayores 208
empleo *véase* personal, trabajo
Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) 55, 62, 72, 73
enfermedades/afecciones crónicas 97-98, 104, 106-107, **245**
  autocuidado 110
  múltiples (multimorbilidad) 28, 61-66, 121
enfermedad de Alzheimer 38, 63, 151, 160
enfermedades no transmisibles 61, 74, 106, **248**
enfermedad pulmonar obstructiva crónica 61, 64-66
enfoques analíticos relativos al *Envejecimiento Saludable* 230, 241-242
en línea *véase* Internet
ensayos *véase* ensayos clínicos
ensayos clínicos 122
  impacto de la comorbilidad 65
entorno(s) 29-31, 171,173, **248**
  ajuste entre la persona y 33, **245**
  amigable(s) con/adaptado(s) a las personas mayores 39, 112, 230-231, 237, **248**
  construidos 195-198, 203, **248**

diversidad de edades 206
Envejecimiento Saludable y oportunidades de acción 35
prevención de caídas 180
riesgos 78-80
entorno construido 198
envejecimiento (referencias básicas) 29, **248**
acción en materia de *véase* acciones/medidas
activo 5, 7, 248
en el lugar 39, 112-113 , 146
propiciar/facilitar 112, 145, 232
en el lugar adecuado 145-146, 171, 235, 239, **249**
funcionamiento y 28-29
población *véase* envejecimiento de la población
saludable *véase Envejecimiento Saludable*
envejecimiento activo 4-8, 29, **248**
envejecimiento de la población 45-51, **249**
impacto económico en los sistemas de salud 100-103
cuidados a largo plazo y 137
Envejecimiento Saludable 27-39, 68, 114, 171, 173-175, 213, 231, 232-242, **249**
cuidados a largo plazo y 35, 36, 135, 136, 147, 153
diseño de sistemas de salud para 104
esferas de acción prioritarias 231, 232-242
evaluaciones 105, 109-110, 114
financiamiento 120-122, 178
intervenciones que contribuyen a lograr capacidades esenciales para 210
movilidad 195
opciones y control 192
planes de cuidados 105, 108, 110, 111, 115, 119, 122
políticas 119-120, 187, 239
relaciones sociales 189
trayectorias 33-35
equidad
financiamiento de los cuidados a largo plazo 155-156
políticas favorables 9-10
véase también inequidad(es)
equipos *véase* equipos multidisciplinarios
equipos interdisciplinarios *véase* equipos multidisciplinarios
equipos multidisciplinarios 114-116, 185, 233
abuso/maltrato de las personas mayores y 185
cuidados a largo plazo 148
cuidados paliativos 153
desastres 186-188
envejecer en la comunidad donde se ha vivido en Singapur 232
véase también colaboración, acción intersectorial
Escocia
Estrategia Nacional sobre la Demencia 160
multimorbilidad 62
escuelas, trabajo voluntario en 200
esperanza de vida 3
a los 60 años 45, **249**
al nacer 10, **249**
aumento 3, 4, 45, 50-52, 53, 102, 208
inequidades 9
Estados Unidos
abuso financiero en California 185
ayudar a los niños 200
discriminación 206
planificación anticipada de la atención 194
Safe Streets for Seniors, Nueva York 172
vales para viviendas 182
estereotipos 9-12, 172, 189
véase también discriminación por motivos de edad, actitudes negativas
Estrategia mundial de servicios de salud integrados y centrados en las personas, OMS 37
Estudio sobre el envejecimiento y la salud de los adultos en el mundo (SAGE) 6, 55, 56, 57, 69-73, 75, 96
evaluación geriátrica integral 67, **249**
evaluaciones de *Envejecimiento Saludable* 105, 109

F

facilitadores **249**
factores de riesgo **249**
caídas 67-68
del entorno 78-80
hábitos y 74-77
maltrato a las personas mayores 79
multimorbilidad 64
familia
Brasil, estrategia de salud 103
cambios estructurales 13
Canadá, colaboración con gobiernos y el sector privado 240
relaciones 201
véase también cuidadores informales
farmacéuticos, Australia 118
véase también medicamentos y fármacos
fármacos *véase* medicamentos y fármacos
financiamiento 140-141, 233
cuidados a largo plazo 140-142, 155-157
Envejecimiento Saludable 120-121, 173
equitativo 155-157
mejoras en el hogar 181-182
véase también inversión
física, actividad 74-76, 108, 112-113, 195-197
formulación
políticas 7-14
fracturas, osteoporosis 66-68
fracturas de cadera 56
fragilidad 66-67, **249**
fuerza de prensión 55, 56
función inmunológica 60
función muscular 55
función y capacidad cognitiva 58-59, 195-197
funcionamiento/capacidad funcional 28-30, 54-55, 68-73, 229, **249**
alta y estable 35-36, 105-106, 230, 231
cuidados a largo plazo y 135-136
desarrollo socioeconómico y 71-72
deterioro/disminución 35-36, 106-108, 201, 230-231
dominios/aspectos 32, 69, 171
véase también dominios específicos
efecto de la actividad física 108
vivienda y 179
invertir en 209
propician 173
trayectorias 33-34
véase también capacidad intrínseca
funciones/roles sociales 203, 235, 236
funciones sensoriales y deterioro 57-58, 61, 76, 78
funciones y afecciones de la piel 60-61

G

Gales, reformas en la vivienda 181
gasto *véase* pagos
generaciones, fomentar las relaciones entre *véase* clubes y centros multigeneracionales
generatividad 209
genética, herencia 9, 31, 34
geriatría (rama de la medicina) 98-99, 115, 116, **250**
gerontología 98, **250**
gestión de casos 110-111, **250**
cuidados a largo plazo 152
Ghana, trabajadores de salud de la comunidad 99
Gobernanza 119-120, 178
Gobierno 239-240
cuidados a largo plazo y 157-159, 235
políticas de *véase* políticas
Vivir y envejecer juntos (Canadá) 240

H

hábitos/conductas (salud) 74-77, 106
Handi-transit (Canadá) 172
herencia genética 9, 31, 34
hipertensión (arterial) 6, 17, 28, 107
hipertensiva, cardiopatía 65
historias clínicas 116
historias clínicas electrónicas 116

hogar y vivienda 175, 178-183, 210-211
actividad física en el domicilio 113
en Turquía, servicios de salud a domicilio 154
garantizar vivienda adecuada 173, 174, 178-183
internación domiciliaria 108
modificaciones/reformas 174, 179-181, 239, **250**
redes sociales e impacto de la vivienda 203
visitas a domicilio 103, 112, 113, 120, 180, 188, 232
hombres
capacidad intrínseca en el curso de la vida 70
como cuidadores 147
esperanza de vida 50
fuerza de prensión 56
mortalidad 49
velocidad de la marcha 57
véase también Men's Sheds
hospitalización, cuidados de largo plazo reducen 158

I

identificación de casos 113
incontinencia urinaria 66
India
intervenciones comunitarias para apoyar cuidadores de personas con demencia en Goa 144
pensiones 178
policía comunitaria en Nueva Delhi 184
salud bucal como prioridad en el estado de Karnataka, India 104
individuos *véase* personas
Indonesia, salud del cerebro en el curso de la vida 108
inequidad(es) 8-9, 119-120, 174, 250
en la demanda de atención 100
en salud 9, 20, 33, 174, 250
impacto 8
pensiones 12
reducir 38, 120
infección por VIH y SIDA 13, 63, 177
infraestructura (sistema de salud) adaptada a las personas mayores 114
Inglaterra
atención coordinada e integrada 103
esperanza de vida sin discapacidad al nacer, por nivel de ingresos del barrio 10
impacto económico del envejecimiento de la población en los sistemas de salud 100
Instituto de Manchester para la investigación participativa sobre el envejecimiento 241
reformas en la vivienda 181
Torbay Care Trust 100-101
ingresos y riqueza
barrio, esperanza de vida sin discapacidad al nacer por, Inglaterra 10
capacidad intrínseca en el curso de la vida por 70
véase también países de ingresos altos; países de ingresos bajos y medianos
inmigrantes como fuerza de trabajo para los cuidados a largo plazo 147
Internet (en línea) 14
capacitación de los cuidadores 147-150
cursos en línea masivos y abiertos 191
intervenciones grupales contra el aislamiento social 202
inundaciones, Mozambique 188
inversión 19
en crecimiento 191-192
en cuidados a largo plazo 19
en el aprendizaje permanente 208-209,
en la salud y el funcionamiento 209
véase también financiamiento
investigación
con y no para las personas mayores 241
médica 121-122
investigación médica 121-122
Irlanda
diseño universal 198

Men's Sheds 172
Semana contra la Discriminación por Motivos de Edad 238
isquémica, cardiopatía 32, 61, 65, 66
iSupport, demencia 149

J

Japón
cuidados a largo plazo 141
modelo de unidades de atención 37
Jordania, apoyo financiero 177-178
jubilación 10, 205
anticipada, incentivo 207
derogar las edades de jubilación obligatoria 207
gradual/parcial 207-208

K

Kazajistán, pensiones 177
Kuwait, tarjeta de prioridad de paso 97

L

leer y escribir *véase* alfabetismo
legislación (ley)
financiamiento de los cuidados a largo plazo 140-142, 229
internacional 4-7
lentes para cataratas 57-58
ley *véase* legislación
Líbano, conflicto de 2006 187
liderazgo 119-120
longevidad 250

M

malnutrición 76-77
maltrato/abuso (de las personas mayores) 79-80, 143-143, 175, 183-185, **250**
Mastery over Dementia 149
medición, mejorar 230-231, 239-242
medios de comunicación 237-238
aprendizaje permanente 191
problemas de los cuidados a largo plazo 157-158
medicamentos y fármacos 117-119
multimorbilidad 121
polifarmacia 65, 117, **251**
memoria 58
mensajes positivos 193
Men's Sheds 172
véase también hombres
México, cuidadores y modelos de cuidado 139
miedo
a morir 158
al delito 175
véase también ansiedad
modalidad de trabajo flexible 207
modelo de unidades de atención, Japón 37
monitoreo, mejorar 230-231, 239-242
morbilidad *véase* comorbilidad, multimorbilidad
morir, miedo a 158
véase también cuidados al final de la vida; cuidados paliativos
mortalidad/muertes 48, 49, 61
causas de años perdidos 65
gasto en salud y tiempo que resta hasta la muerte 101
hombres 49
mujeres 48
véase también morir
mortalidad por tipos de cáncer 65
motivaciones de los voluntarios 209
movilidad y movimiento 58, 195-199, 210, **250**
Mozambique, inundaciones 188
mujeres
capacidad intrínseca en el curso de la vida 69-70
esperanza de vida 50
Estudio longitudinal australiano sobre la salud de las mujeres 8, 70
fuerza de prensión 55-56
mortalidad 48
seguridad económica 174
velocidad de la marcha 57
multimorbilidad 61-66, 121, **250**

N

nacer, expectativa de vida al 10, **249**
Namibia, pensiones 177
necesidad *véase* necesidades básicas, demanda y necesidad
necesidades básicas 173-188, 210
  Sudáfrica 234
Nicaragua, proyectos de vivienda 182
Nigeria, cuidadores y modalidades de cuidado 139
niños, ayudarlos a leer y aprender 200, 204
no a la discriminación por edad en Irlanda 238
no discriminación (derecho a) 16, 38, 192
Noruega, diseño universal 198
nutrición 75-77, 106-107

O

OCDE *véase* Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
oferta de cuidadores a largo plazo 144
opciones y control 192-194
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) 47, 48
  cuidados a largo plazo 138, 140-141, 155
  mortalidad 47, 48, 49
  seguridad financiera de las mujeres 174
  véase también países de ingresos altos
organizaciones y asociaciones
  de personas mayores 148, 157, 192-193
  para voluntarios 209
osteoartritis/osteoartrosis 52, 54, 65, 76
osteoporosis 56

P

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 175
pagos/gastos directos/por cuenta propia 96, 140, **250**
pagos y gastos (incl. en efectivo)
  atención ambulatoria, fuentes de pago 96
  opciones y control habilitados por 193
  por cuenta propia 96, 140, **249**
Países Bajos
  discriminación 206
  financiamiento
    vivienda 181
    cuidados a largo plazo 155
países de ingresos altos
  años agregados y niveles de salud 52, 53
  contribuciones de las personas mayores en 206
  cuidados a largo plazo 137-138, 139, 157
  demanda de servicios de salud 93-95
  dependencia de cuidados 137
  funcionamiento 71-72
  impacto económico del envejecimiento de la población en los sistemas de salud 100-104
  mortalidad femenina 48
  mortalidad masculina 49
  multimorbilidad 61-63
  tasas de fecundidad 51
    obstáculos para el uso 95
  trabajo y voluntariado 203-205
  véase también Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
países de ingresos bajos y medianos 28, 47-48-49, 51, 54, 60-61, 95-96, 113, 137, 205
  véase también países muy pobres
países de ingresos medianos *véase* países de ingresos bajos y medianos
países muy pobres, financiamiento de los cuidados a largo plazo 155-156
Pakistán, cuidado diurno (demencia) 151
panorama económico 18
  envejecimiento de la población 100-102
  véase también asequibilidad, abuso financiero, seguridad financiera, financiación
pares 106, 153
  ayuda mutua 191
    Sudáfrica 234
participación 241

creación de oportunidades 199
derecho a la 16
véase también colaboración
pensiones 176-178, 207
inequidades 9
jubilación anticipada, incentivo 207
sociales 176
permanente, aprendizaje **189, 191, 208-209**
persona mayor 250
asociaciones y organizaciones 147, 148, 157, 177, 184, 193, 205
maltrato/abuso 79-80, 143-143, 175, 183-185, **250**
personal/cuidadores y su empleo (recursos humanos, incl. profesionales de la salud) **247**
abuso de las personas mayores, cómo evitarlo 186
capacitación de *véase* capacitación
cuidadores informales/no remunerados 138, 139, 141, 144, 145, 147, 149, 150-152, 153, **247**
cuidados a largo plazo 144, 145, 159, 236
mejorar la capacidad/apoyar 146-152
subestimado y carente de apoyo o capacitación 138-140
en la comunidad *véase* trabajadores de salud de la comunidad
falta de preparación 98-99
incentivos económicos 121
productividad 55, 207
sostenible 233, 235
transformación 114-116
véase también equipos multidisciplinarios
personas/individuos
características personales 31
entorno y, ajuste entre 33, **245**
presupuestos personales de salud 193
seguridad de *véase* seguridad personal
servicios e intervenciones centrados en las personas 37, 109-110, 121, 232
demencia 150
cuidados a largo plazo 143, 149, 150, 154
Perú, cuidadores y modalidades de cuidado 139
piedad filial, región Asia y el Pacífico 15
Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 4, 5, 6, 7, 29
planes de cuidados
anticipados (planificación anticipada de la atención) 152-153, 194
Envejecimiento Saludable y 105, 109-110, 114
planes integrales de cuidados/atención 105, 116, 119
inversión, pagos, desarrollo económico
planificación anticipada de la atención 152-153, 194
pobreza
cuidados a largo plazo reducen la 158
satisfacción de las necesidades básicas en 173-178
policía comunitaria en Nueva Delhi 184
polifarmacia 65, 117, **250**
políticas (gobierno) 4-7, 239-241
cuidados a largo plazo 157-158
desarrollo 7-13
Envejecimiento Saludable 119-120, 182, 239
que reducen la inequidad 38-39
seguridad económica 175
trabajo y voluntariado 205, 206
vivienda 179-183
Portugal, El Teléfono Suena a las 5 202
prensión, fuerza de 55, 56
preparación y competencias (del personal) 98-99, 233
cuidados a largo plazo 148
equipos multidisciplinarios 115
presbiacusia/hipoacusia (deficiencia auditiva) 57, 58, 64, 97
presbicia 57
préstamos para reformas en el hogar 180
presupuestos personales de salud 193
priorización

India, salud bucal 104
Kuwait, tarjeta de prioridad de paso 97
productividad (en el trabajo) 55, 209
productos médicos 117, 233
profesionales *véase* personal
profesionales de la salud *véase* personal
promotores de salud comunitarios 113
Ghana 99
protección social 51, 176-177, 210-211, **251**
proyecto Carga Mundial de la Morbilidad 60-61

Q

Quebec
atención coordinada e integrada 103
Vivir y envejecer juntos (Canadá) 240

R

recursos humanos *véase* personal
redes sociales 200, 201, 203, **251**
región de Asia y el Pacífico
derechos humanos 16
piedad filial 15
rehabilitación 108-109, 196, **251**
Reino Unido
cuestiones/problemas económicos 18, 101
malnutrición 76
véase también Inglaterra, Escocia, Gales
relaciones 199-203, 211
intergeneracionales *véase* clubes y centros multigeneracionales
maltrato a las personas mayores y 79
recíprocas 203
redes sociales 200, 201, 203, **251**
Sudáfrica 234
relaciones recíprocas 201
relaciones sociales *véase* relaciones
República de Corea
pensiones 177
planes de seguros 146, 155
residencias de personas mayores *véase* atención/asistencia institucional y residencial
resiliencia 32, **251**
responsabilidad *véase* responsabilidad y rendición de cuentas
responsabilidad y rendición de cuentas 135
promover/mejorar 16, 177
riqueza *véase* ingresos y riqueza

S

Safe Streets for Seniors, Nueva York 172
SAGE (Estudio sobre el envejecimiento y la salud de los adultos en el mundo) 6, 55, 56, 57, 69-73, 75, 96
salud 45-80, 251
acción en materia de *véase* acciones/medidas
agregada a los años 3-20
buena o mala, años agregados 51-54
características (individuales) 31, 54-60, **246**
caídas y
en la vejez 45-80
financiamiento de *véase* financiamiento
hábitos 74-77
inequidades en 9, 20, 33, 174, **250**
invertir en 209
promoción 107, 193, **251**
pública *véase* salud pública
razones para actuar en materia de 14-17
salud bucodental 77
India, prioridad 104
salud del cerebro en el curso de la vida, Indonesia 108
véase también función y capacidad cognitiva
salud dental *véase* salud bucodental
salud pública (política e intervenciones) 7, 12, 20, 35-37
maltrato de las personas mayores 185
respuesta actual 6-7
acción 7, 12, 20, 35-37, 29-30, 35, 36, 37

satisfacción de los voluntarios 209
sector privado, Canadá 240
seguridad
financiera/económica 12, 174-176, 176-178
personal 174-176, 183-188
reformas en la vivienda para la 179
seguridad social 176, 178, **251**
seguro de cuidados a largo plazo 138, 141, 155-156
servicios de internación domiciliaria 108
servicios de salud especializados 108, 114
servicios integrados de salud 37, 109-113, 119, 232-233, **251**
cuidados a largo plazo y 143-145, 153-154, 157
farmacéuticos 115
implementación 109-113
lecciones aprendidas de la experiencia de los países 103
promoción 145, 152-154
véase también coordinación
servicios/sistemas de salud 93-123
adaptación 113-122, 230, 232,233
calidad de los *véase* calidad
deficiencias en países de ingresos bajos y medianos 6
demanda de *véase* demanda
desafiar 206, 235-237
discriminación por motivos de edad 99-100, 119
diseñados para otros problemas 97-100
Envejecimiento Saludable y oportunidades para la acción 35
impacto económico del envejecimiento de la población 100
integrados *véase* servicios integrados de salud
obstáculos para el uso 95-97
respuestas 104-122
sostenibilidad de los *véase* sostenibilidad
sexualidad 59
SHARE (Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa) 55, 62, 72, 73
síndromes geriátricos 64, 66, 251
Singapur
apoyar el envejecimiento en la comunidad 232
cuidados de respiro para personas con demencia 151
diseño universal 198
envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido 232
Sistema de Salud Alexandra (Singapur) 232
sistemas de salud *véase* servicios/sistemas de salud
situaciones de emergencia 78-79
desastres 78, 175-176, 186-187
soledad y aislamiento social 76, 117, 118, 172, 201-202, 210
sostenibilidad 17, 122
financiamiento de los cuidados a largo plazo 155-157
personal de salud 233, 235
Sri Lanka, accesibilidad a los edificios 199
subsidios
salario 151
vivienda 180
subsidios, reformas en el hogar 180
subsidios salariales 150
Sudáfrica
ayuda comunitaria entre pares en Ciudad del Cabo, Sudáfrica 234
pensiones 177
subvenciones para vivienda 182
Suiza, Cité Seniors en Ginebra 205

T

Tailandia
atención coordinada e integrada 103
"bancos de cerebros" 209
tasas de fecundidad, caída 51
tecnologías (incl. tecnologías innovadoras) 39, 146, 158

accesibilidad 117-119
de apoyo *véase* tecnologías (sanitarias) de apoyo
de la información y la comunicación (TIC) 116-117, 192, 202, 203, 233, 239
médicas 117
tecnologías (sanitaria/s) de apoyo 58, 118, 144, 146, 179-182, **252**
comunicaciones 39, 58, 115, 203
en el hogar 181-182
movilidad 197
tecnologías de la información y la comunicación (TIC) 116-117, 192, 202, 203, 233, 239
tecnologías del hogar inteligentes 181-182
tecnologías innovadoras *véase* tecnologías
testamento vital 194, 247
toma de decisiones 188-194, 210
apoyo 191, 238, **245**
dar participación a las personas mayores 187
desastres 186-187
Sudáfrica 234
véase también opciones y control
Torbay Care Trust 100-101
trabajo (de personas mayores) 206-208, 210-211
flexible 207
trabajadores *véase* personal
transferencias directas (subsidios), vivienda 180
transporte 199, 210-211
a los servicios de salud 96
impacto en las redes sociales 203
trastornos afectivos y anímicos 62
Turquía, sistema integrado de servicios sociales y de salud a domicilio 154

U

Unión Europea, Directiva marco para la igualdad de trato en el empleo 2000/78/EC 206
urbano, desarrollo 210-211
urinaria, incontinencia 66
Uruguay, prestaciones de vivienda 182

V

vacunas 117
velocidad de la marcha 57
viejo **252**
Vietnam, clubes intergeneracionales 193
VIH y SIDA 13, 63-64, 177
visión 57-58
vista 58
vivienda *véase* hogar y vivienda
Vivir y envejecer juntos (Canadá) 240
voluntariado 203-206, 209-212
clubes multigeneracionales en Alemania 204
crear las condiciones para 209-212
en escuelas 200

Z

zonas rurales, cuidadores y modalidades de cuidado 138

Se necesita con urgencia una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para ello serán necesarios cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento. El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* presenta un marco de acción para promover el *envejecimiento saludable* en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores. Habrá que crear, en algunos casos de la nada, sistemas integrales de atención a largo plazo. También será necesaria una respuesta coordinada de muchos otros sectores y de varios niveles de gobierno. Y habrá que basarse en mejores formas de medir y vigilar la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

Probablemente estas medidas sean una buena inversión en el futuro de la sociedad. Un futuro que otorgue a las personas mayores la libertad de vivir una vida que las generaciones anteriores nunca podrían haber imaginado.

9 789243 565040