



Organización  
Mundial de la Salud

INFORME  
MUNDIAL  
SOBRE

**EL  
ENVEJECIMIENTO  
Y 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](http://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](mailto: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](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 tablonés), 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.

# Contents

<b>Preface</b>	<b>vii</b>
<b>Acknowledgements</b>	<b>ix</b>
<b>1. Agregar salud a los años</b>	<b>3</b>
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
<b>2. Envejecimiento Saludable</b>	<b>27</b>
¿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
<i>Envejecimiento Saludable</i>	30
Trayectorias de <i>Envejecimiento Saludable</i>	33
Un marco de salud pública para el <i>Envejecimiento Saludable</i>	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
Promover el envejecimiento en la comunidad	39

<b>3. La salud en la vejez</b>	<b>45</b>
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 <i>Envejecimiento Saludable</i>	74
La actividad física	74
La nutrición	76
Riesgos clave del entorno	78
Situaciones de emergencia	78
El maltrato a las personas mayores	79
<b>4. Sistemas de salud</b>	<b>93</b>
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
<b>5. Sistemas de cuidados a largo plazo</b>	<b>135</b>
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
<b>Respuesta al desafío de los cuidados a largo plazo</b>	<b>143</b>
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
<b>Conclusión</b>	<b>159</b>
<b>6. Hacia un mundo amigable con las personas mayores</b>	<b>171</b>
<b>Introducción</b>	<b>171</b>
<b>Capacidad para satisfacer las necesidades básicas</b>	<b>173</b>
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
<b>Capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones</b>	<b>188</b>
¿Qué se puede hacer para promover las capacidades de aprender, crecer y tomar decisiones?	189
<b>Movilidad</b>	<b>195</b>
¿Qué se puede hacer para mantener la movilidad en la edad avanzada?	195
<b>Capacidad para crear y mantener relaciones</b>	<b>199</b>
¿Qué se puede hacer para crear y mantener relaciones?	202
<b>Capacidad para contribuir</b>	<b>203</b>
¿Qué se puede hacer para facilitar la capacidad para contribuir?	206
<b>El futuro</b>	<b>212</b>
<b>7. Los próximos pasos</b>	<b>229</b>
<b>Introducción</b>	<b>229</b>
<b>Esferas de acción prioritarias en materia de <i>Envejecimiento Saludable</i></b>	<b>232</b>
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
<b>Conclusiones</b>	<b>242</b>
<b>Glossary</b>	<b>245</b>



## 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 entrados los 60 años y más. 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 la atención 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 Asamoah-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 von 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’Arcanges, 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 Ferguson (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 fertilidad 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 producen, 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. La atención 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 a 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, a intervenciones innecesarias y a 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 atención 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 atención 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 la atención 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.

A modo de aporte, y realizar esta aspiración, este informe procura reunir lo que se sabe actualmente sobre el envejecimiento y la salud y delinea 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 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 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

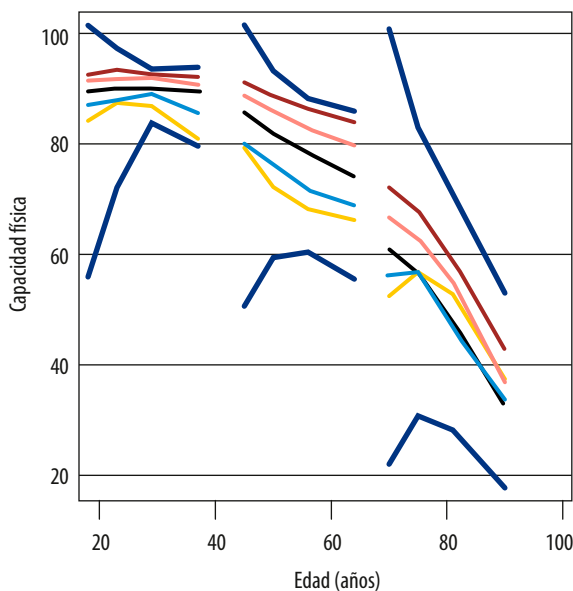
Es preciso superar cuatro desafíos clave para lograr buenos resultados en la respuesta integral de salud pública al envejecimiento.

### La diversidad en la vejez

Un desafío importante es la enorme diversidad de los estados 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 pro-

gresiva 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 ciertos 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**

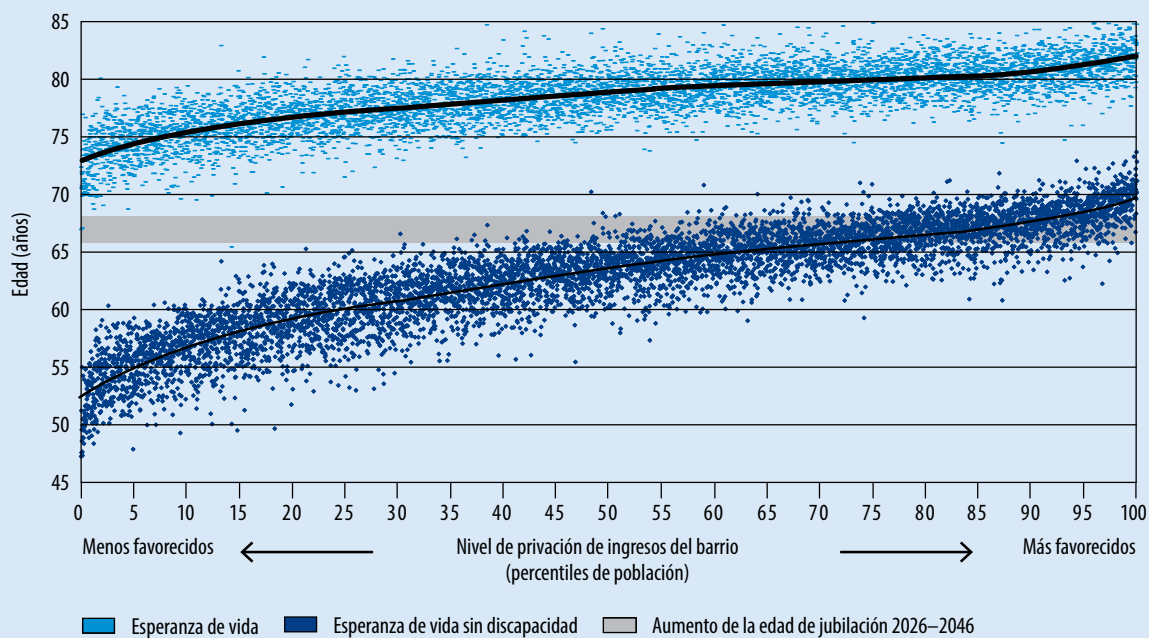
Algunos de los obstáculos más importantes para formular una buena política de salud pública sobre el envejecimiento son los conceptos erróneos, actitudes y suposiciones generalizados acerca de las personas mayores (45, 46). Aunque hay pruebas considerables de que los adultos mayores contribuyen a la 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). Al partir de estas actitudes para formular las políticas, a menudo se hace gran 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 sinnúmero 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 que este beneficio se distribuya de manera equitativa 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 responsa-

bilidad 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 fuertes tradiciones 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 fertilidad 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 oportuni-

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).

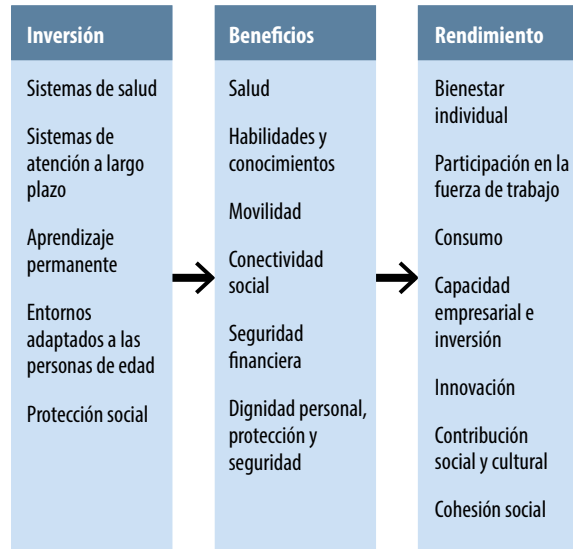
Una investigación realizada en 2010 en el Reino Unido revela cuán diferente puede parecer el panorama económico en relación con la población de edad si se tienen en cuenta estas diversas contribuciones. El estudio mostró que el gasto público en las personas mayores (debido a jubilaciones y otras prestaciones 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, la atención 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 la atención 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 que-

**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.

darse en casa al cuidado de familiares de edad; además, los servicios de atención 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.

Así mismo, 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 atención 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 atención a largo plazo más acordes con las necesidades de las perso-

nas mayores, y debe asegurarse de 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 atención 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](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](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](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](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](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](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](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](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](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/publication\\_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/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

## Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

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. Goepfel 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](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 Aufklärung (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](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. Guillemand A-M. The advent of a flexible life course and the reconfigurations of welfare. In: Goul Andersen J, Guillemand 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](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](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](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](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](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).

## Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

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://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, Ferguson 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](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](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 Commissioner 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](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](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](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](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, Pettitot 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 concentrarse 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 delirium, 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 prejuicios 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 pérdidas 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 situa-

ciones” (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.

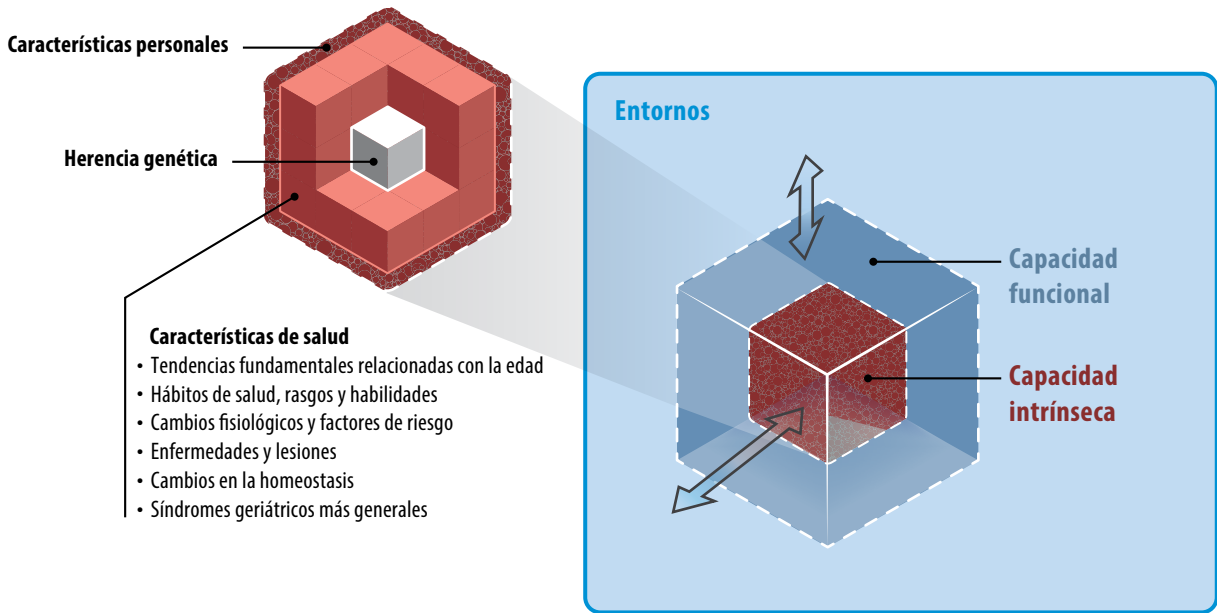
En este informe se define el **Envejecimiento Saludable** como el **proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez** (figura 2.1).

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

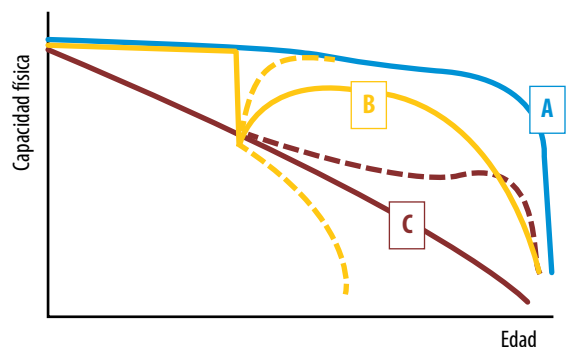
intrínseca en una persona mayor. Además, si la persona sigue siendo pobre en la vejez, también es posible que solo consiga vivir en un barrio desfavorecido, con menos acceso a la comunidad y a los recursos personales de que dispone una persona con mayor seguridad financiera de la misma edad y con la 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 disfrutaban 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.

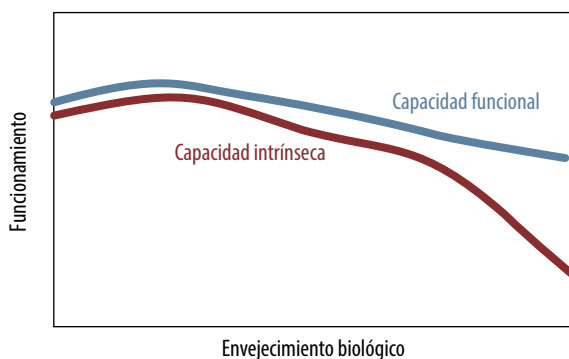
La [figura 2.2](#) también muestra trayectorias alternativas para las personas B y C. En el caso de la persona B, se obtendría una trayectoria más positiva, por ejemplo, con el acceso a servicios de rehabilitación, mientras que la trayectoria sería negativa sin ese acceso (quizás debido al raciona-

miento 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**



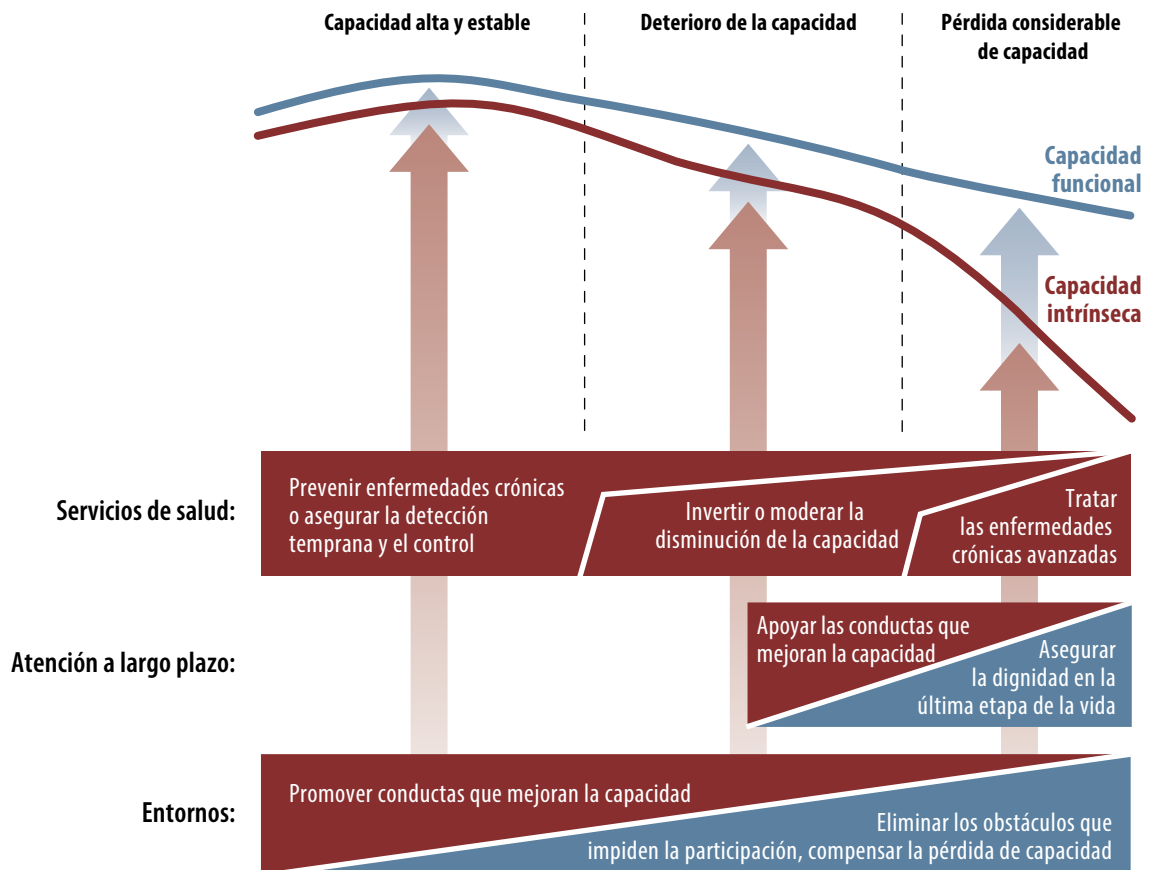
En la [figura 2.3](#) se supone que el entorno siempre favorece que la capacidad funcional sea mayor de lo que sería posible solo con la capacidad intrínseca. Incluso en un país pobre, por ejemplo, una calle y una bicicleta aumentan la movilidad; además, la oportunidad de desempeñar una función puede 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 la atención a largo plazo (capítulo 5). Los sistemas de atención 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 atención 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 la atención a largo plazo. Por ejemplo, en 2003 el Gobierno de Japón incorporó el modelo de unidades de atención, con el fin de dejar de centrarse en las prácticas normalizadas de atención para centrarse en la estructura y el personal necesario para la atención. 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 encuentra estrechamente vinculado 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 la comunidad

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 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 la comunidad 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 la comunidad 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 hogar y la comunidad hace falta una batería de cuidados 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. Biomarkers 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, Balahoczeky 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](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](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](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](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](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.ebiblib.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](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. Fitzroy, VIC: Brotherhood of St Laurence; 2012 ([http://www.bsl.org.au/KimberleyGruhnHuggins\\_Valuing\\_capabilities\\_in\\_later\\_life\\_2012.pdf](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.socsci-med.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-report.pdf](https://www.brighton.ac.uk/_pdf/research/ssparc/wellbeing-in-old-age-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

## Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

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](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](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-Nallétambay 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