



Capítulo 5
Sistemas de cuidados a largo plazo

Joaquín, 80 años, Colombia

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

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

Mara Leonor dice:

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

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

5

Sistemas de cuidados a largo plazo

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Además, la dependencia del cuidado de otros no se considera un estado definitivo o inalterable. Por ejemplo, la rehabilitación, la buena alimentación y la actividad física podrían mejorar la capacidad de una persona mayor al punto de

que la necesidad de recibir cuidado a largo plazo se reduzca o incluso desaparezca.

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

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

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

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

La creciente necesidad de cuidados a largo plazo

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

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

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

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

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

Enfoques actuales de cuidados a largo plazo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

^a Los datos de Nigeria no están completos.

Fuente (17).

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

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

Debido al envejecimiento de la población y al descenso previsto del número disponible de cuidadores informales que no reciben remuneración, se estima que la demanda de cuidadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una atención anticuada y fragmentada

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

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

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

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

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

Respuesta al desafío de los cuidados a largo plazo

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

Sin una reorientación importante de las políticas, muchos países quedarán sumamente rezagados, sin poder ofrecer lo que se necesita. La oferta de servicios formales de cuidados a largo plazo seguirá siendo escasa y, cuando estos servicios existan, es probable que perpetúen antiguos modelos de atención institucional. Las personas mayores dependientes de cuidados continuarán siendo vulnerables al maltrato, en tanto los cuidados a largo plazo y los servicios de salud con-

vencional seguirán desconectados. Además, los cuidadores, que en su mayoría son mujeres, continuarán siendo explotados de manera inequitativa e injusta.

Avance hacia un sistema integrado: una agenda revolucionaria

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

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

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

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

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

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

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

Principios generales de un sistema integrado de cuidados a largo plazo

Todos los países necesitan contar con un sistema totalmente integrado de cuidado a largo plazo, sin importar su nivel de desarrollo económico ni la proporción de personas mayores dependientes de cuidados en su población. Los gobiernos deben

asumir toda la responsabilidad para garantizar que el sistema funcione, pero esto no significa que deban financiar ni prestar todos los servicios.

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

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

ser tratado con justicia y tener el prestigio social y el reconocimiento que merece.

- Los gobiernos nacionales deben asumir toda la responsabilidad por la administración de los sistemas de cuidados a largo plazo.

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

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

A partir de los principios generales detallados anteriormente, es posible señalar algunas estrategias específicas para guiar el desarrollo de un sistema efectivo de cuidados a largo plazo, cualquiera sea la forma que ese sistema adopte. Estas estrategias incluyen:

- facilitar que las personas mayores permanezcan o mantengan lazos con su comunidad y sus redes sociales; o sea, propiciar el envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido;
- apoyar y fomentar las capacidades de los cuidadores remunerados y no remunerados;

- promover la atención integrada mediante el uso de estrategias de gestión de casos y colaboraciones más amplias;
- establecer mecanismos de financiamiento equitativos y sostenibles para la atención a largo plazo.

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

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



Propiciar el envejecimiento en el lugar adecuado

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

Recuadro 5.3. Nuevas tecnologías sanitarias de apoyo pueden permitir envejecer en la comunidad donde se ha vivido

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

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

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

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

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

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

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

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

Mejora de la capacidad del personal y apoyo a los cuidadores

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

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

Garantía de oferta

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

La reserva mundial de posibles cuidadores aumentaría si más hombres se sintieran atraídos hacia esta tarea. En varios países de Europa, la proporción de cuidadores hombres aumenta con la edad, lo que indica que los hombres, más probablemente los cónyuges, ya constituyen la

mayoría de los cuidadores informales de 75 años o más. No obstante, los hombres están mucho menos representados en otros grupos de edad y entre los cuidadores informales que no son cónyuges (56). Esto demuestra que los hombres pueden estar más dispuestos a asumir la tarea de prestar cuidados de lo que generalmente se cree. Recabar más información sobre cómo y por qué los hombres intervienen en la prestación de cuidados ayudaría a la sociedad a aprovechar este recurso (57).

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

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

Capacitación y acreditación

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

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

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

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

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

garse, a los cuidadores de la familia o voluntarios que no son remunerados a participar en cursos de capacitación básica o se les puede ofrecer información a través de Internet (recuadro 5.5). Todos los cuidadores remunerados, cualquiera sea su función, deberían demostrar conocimientos de información y capacidades básicas, como rutinas de ejercicios o la vigilancia de afecciones crónicas, o participar en cursos de educación permanente, ya sea presenciales o por Internet. Los cuidadores profesionales (aquellos con preparación formal en disciplinas relacionadas con

los cuidados) requieren una capacitación mucho más larga y completa, y se los puede regular por medio de juntas reguladoras profesionales. Todos los programas de educación profesional deben estar vinculados a mecanismos de acreditación sólidos y eficazmente implementados.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para quienes ya trabajan como cuidadores, la educación y la supervisión permanentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por último, será esencial garantizar que se cumpla con estas pautas y protocolos. Un mecanismo para lograrlo pueden ser las licencias o acreditaciones a cuidadores e instituciones. En muchos países de ingresos medios han proliferado las agencias privadas que ofrecen capacitación a cuidadores que luego asignan a distintas familias. En muchos casos, se trata de agencias prácticamente sin ninguna reglamentación. Del mismo modo, en países de ingresos bajos, las instituciones residenciales por lo general no están reglamentadas y la calidad de la atención suele ser baja. La acreditación de estos establecimientos es esencial para prestar una atención de mejor calidad.

Apoyo a cuidadores no remunerados

Es posible implementar varias formas de apoyo a los cuidadores no remunerados. El apoyo puede consistir en educación, capacitación y cuidados temporales o de respiro, así como en la oferta de modalidades de trabajo flexible y pagos en efectivo.

La mayoría de los cuidadores informales necesitan recibir educación y capacitación, por lo general sobre la afección de la persona mayor y sus consecuencias, el progreso previsto y las maneras de ayudar a la persona a manejarse en el hogar. Los cuidadores también necesitan información sobre cómo aplicar una perspectiva centrada en la persona al prestar cuidados a personas mayores y cómo trabajar en un equipo multidisciplinario.

Recuadro 5.7. Cuidados de respiro para personas con demencia y sus cuidadores

Los cuidados de respiro se ofrecen principalmente en el domicilio de la persona mayor, pero también pueden ofrecerse en centros diurnos o residenciales. En estos entornos grupales, las personas con demencia pueden interactuar en un espacio seguro con otras que tienen problemas similares.

En los países de ingresos altos, como Estados Unidos, desde hace varias décadas se recurre a los centros diurnos y al cuidado temporal en centros residenciales para ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores informales. Los centros que ofrecen cuidado de respiro uno o más días a la semana o durante varias semanas permiten que los familiares que actúan como cuidadores puedan tomarse un descanso y dejar a la persona con demencia en un entorno seguro y supervisado. Esto ayuda a alcanzar el propósito último de respaldar el envejecimiento en la comunidad donde las personas con demencia han vivido, garantizando que reciban asistencia de alta calidad y reduciendo la probabilidad de que los cuidadores familiares sufran problemas de salud.

En el último decenio, los países de ingresos más bajos han apostado cada vez más a la instalación de centros diurnos. Por ejemplo, el grupo Alzheimer's Pakistan estableció su primer centro diurno para personas con demencia con la colaboración técnica de Alzheimer's Australia en Australia Occidental (77). El centro fue diseñado para personas que se encuentran en cualquiera de las etapas de la demencia y que necesitan asistencia y supervisión durante el día. Permite que los familiares tengan un descanso regular de su responsabilidad de prestar cuidados y puedan continuar trabajando. Un equipo de cuidadores profesionales ofrece educación, grupos de apoyo y orientación para familiares. También se ofrece un amplio paquete de servicios para personas con demencia, incluido el traslado puerta a puerta hacia y desde el centro, actividades como pintura, cocina, jardinería, lectura de periódicos y ejercicios diarios, y ayuda con el aseo personal. Se ofrece almuerzo y té. Además, se incluyen servicios médicos y psicológicos, así como el suministro de medicamentos recetados. Alzheimer's Pakistan se hace cargo de los gastos del centro y los servicios relacionados, y si bien los servicios son gratuitos, se alienta a quienes puedan hacerlo a efectuar una contribución para compartir los costos. La estructura financiera del centro es frágil porque Alzheimer's Pakistan depende por completo de donaciones privadas y de la recaudación de fondos externos.

En Singapur también existen centros diurnos para personas con demencia. La Asociación de la Enfermedad de Alzheimer local ha establecido cuatro centros en toda la ciudad, ubicados principalmente cerca de viviendas de financiamiento público. Los centros atienden a personas con demencia y otras enfermedades (por ejemplo, personas que se están recuperando de accidentes cerebrovasculares), cinco días a la semana (de lunes a viernes) y a veces también los sábados. Hay transporte disponible para quienes lo necesiten. Las actividades incluyen terapia ocupacional (que abarca aspectos físicos, cognitivos y sociales), terapia artística y salidas planificadas. Uno de los centros también sirve como centro diurno de rehabilitación y cuenta con un fisioterapeuta. Se recurre a planes de asistencia personalizados y a una herramienta de generación de perfiles de bienestar para ofrecer servicios centrados en la persona y monitorear los resultados de los pacientes. Los cuidadores disponen de grupos de apoyo y aquellos que requieren orientación o cuidados de respiro adicionales son derivados a trabajadores sociales designados. El Ministerio de Salud financia estos centros a través de subsidios que otorga a las personas con demencia que carecen de medios suficientes (78).

Los datos disponibles indican que es posible aliviar el estrés de los cuidadores al ofrecerles información básica sobre la afección de la persona mayor y enseñarles a manejar conductas problemáticas, como las que se observan en casos de demencia (72, 73). Además, se puede brindar a los cuidadores capacitación práctica, por ejemplo sobre la manera segura de pasar a una persona de una silla a la cama o la forma de ayudarla a bañarse. También se puede pro-

porcionar información sobre los recursos de la comunidad disponibles para la persona mayor o el cuidador. La educación y capacitación se pueden impartir en forma particular, en un salón de clases, por Internet (recuadro 5.5) o en un grupo de apoyo para cuidadores. Gran cantidad de datos de países de ingresos altos indican que estos tipos de intervenciones tienen un efecto positivo en los cuidadores informales (73–76).

Los cuidados de respiro constituyen otra forma de apoyo al posibilitar que los cuidadores informales primarios puedan dejar de lado sus responsabilidades de cuidado por períodos cortos. El principal objetivo de los cuidados de respiro es ayudar a reducir el estrés de los cuidadores informales, sin dejar de satisfacer las necesidades diarias de las personas que necesitan asistencia. A veces, los voluntarios o profesionales prestan cuidados de respiro en el domicilio de la persona mayor. En otras ocasiones, la persona mayor ingresa temporalmente a una institución residencial. Los centros de atención diurna para adultos constituyen otra forma de cuidados de respiro, ya que la persona mayor pasa parte del día participando en programas sociales (en el [recuadro 5.7](#) se presenta un ejemplo de cuidados de respiro para personas mayores con demencia). Si bien diversos estudios han tratado de establecer el impacto de los cuidados de respiro en la carga y el bienestar de los cuidadores, los resultados son variados (79–81): parecen depender de la calidad de la atención suministrada y de hasta qué punto el servicio satisface las necesidades de los cuidadores familiares (82). Es necesario realizar más investigaciones para determinar cómo diseñar los programas de cuidados de respiro para que sean más útiles. Es importante asegurarse de que los cuidadores familiares conozcan los cuidados temporales disponibles y de que estos se proporcionen teniendo en cuenta las preferencias culturales (83).

Promoción de la atención integrada mediante la gestión de casos y mayor colaboración

La gestión de casos es una herramienta clave para asegurar que la asistencia que reciben las personas mayores se centre en la persona y se integre a través de los sectores de salud y social (84, 85). Sus funciones principales consisten en detectar casos, planificar preventivamente y vigilar la asistencia, y garantizar la coordinación conti-

nua mediante un coordinador de casos. Algunas investigaciones han demostrado que la gestión de casos tiene un efecto positivo en el bienestar y la salud psicológica de las personas mayores (86, 87), así como en la satisfacción y el bienestar de los cuidadores (87, 88). También tiene el potencial de retrasar el ingreso a una residencia de personas mayores y de reducir las tasas de ingreso y acortar las estadías en esas instituciones (89–91). A mediano plazo se verificó un ahorro en los costos (91).

Algunos programas de gestión de casos no solo están dirigidos a las personas mayores, sino también a sus cuidadores. En los Países Bajos, por ejemplo, los coordinadores de casos cumplen una función importante al proporcionar educación y apoyo a las personas mayores y a sus cuidadores informales (92, 93).

Durante todo el proceso de los cuidados, la planificación de la gestión de casos debe permitir que las personas mayores tomen sus propias decisiones, respaldando de esa forma su autonomía. Esto es válido para todas las personas mayores, incluso para las que presentan un deterioro importante de la capacidad (94). Por ejemplo, si bien es probable que las personas con demencia grave no puedan decidir si necesitan someterse a una cirugía, sí puede que tengan la capacidad de decidir qué comer o qué ropa usar. Cumplir con este principio puede ser todo un desafío. El enfoque del *Envejecimiento Saludable* exige que las personas que prestan atención a largo plazo ayuden a las personas mayores a tomar las decisiones que son capaces de tomar (94), por lo que los cuidadores continuamente deben evaluar “cuándo se justifica defender los intereses de la persona y cuándo comienza el paternalismo injustificado” (95).

Además de la gestión de casos, la planificación anticipada de la atención constituye una parte importante del cuidado de las personas que presentan deterioro considerable de la capacidad intrínseca. Se trata de instancias formales que tienen como propósito ayudar a las personas a adoptar decisiones personales sobre su

Recuadro 5.8. ¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas con importante deterioro de la capacidad intrínseca y esperanza de vida limitada; también buscan ayudar a los pacientes y sus familiares mediante la prevención o el alivio del sufrimiento físico, psicosocial o emocional. Este concepto ha evolucionado, ya que anteriormente los cuidados paliativos se centraban sobre todo en las personas con cáncer en fase terminal y en la asistencia institucional y de especialistas. En el último decenio, no obstante, su alcance se ha extendido a una gama más amplia de afecciones, ámbitos de atención y grupos de cuidadores. En la actualidad también se vincula al bienestar de los familiares.

La OMS estima que alrededor de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año (98). Aproximadamente el 80% vive en países de ingresos bajos y medios, y alrededor del 67% tiene 60 años o más. Sin embargo, los sistemas de salud de la mayoría de los países responden a esta necesidad de manera inadecuada: se estima que el 42% de los países carece de servicios de cuidados paliativos y que en un 30% de los países con estos servicios se llega solo a un porcentaje ínfimo de la población que los necesita (99). La capacitación en cuidados paliativos suele ser limitada o inexistente, y la falta de acceso a analgésicos opiáceos y otros medicamentos usados en los cuidados paliativos afecta al 80% de la población mundial (99). Otros obstáculos son la falta de conocimientos respecto de la necesidad de cuidados paliativos y las concepciones erróneas sobre la naturaleza de tales cuidados.

Los cuidados paliativos usan un enfoque interdisciplinario para abordar las necesidades integrales de los receptores y sus familiares (100). Lo ideal es que estos comiencen en los entornos de atención primaria de salud, una vez que se conoce el pronóstico. Quienes intervienen en la planificación de los cuidados paliativos se aseguran de que las personas mayores tomen decisiones informadas y autónomas, que estén de acuerdo con sus valores y preferencias. La asistencia se ofrece en diversos entornos, con especial énfasis en la asistencia en la comunidad, y es prestada por diversos cuidadores, incluidos cuidadores comunitarios entrenados o voluntarios. Estos principios de los cuidados paliativos pueden aplicarse en todos los entornos de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo, y forman parte de las estrategias presentadas en este capítulo.

tratamiento y cuidados paliativos futuros (96, 97) (recuadro 5.8). El principal objetivo la planificación anticipada de la atención es defender la autonomía y las decisiones personales de las personas mayores cuando ya no puedan expresarse, dejando en claro sus deseos, necesidades y preferencias antes de llegar al punto en que no puedan hacerlo. Los facilitadores calificados que convocan a los responsables clave de tomar decisiones, así como a las personas mayores y sus cuidadores, pueden mejorar la efectividad de esta planificación (101).

Si bien las estrategias de gestión de los cuidados y los principios que los sostienen ayudarán a asegurar que los cuidados a largo plazo sean más integrados y centrado en la persona; los servicios de salud y servicios sociales también deben coordinarse e integrarse a nivel administrativo. Esto requiere un enfoque más unificado. Una opción podría ser que un único organismo

público, por ejemplo el ministerio de Salud o de Servicios Sociales, asuma la responsabilidad de todo el sistema de cuidados a largo plazo y no solo de una parte. No obstante, estas estructuras administrativas formales no son la única manera de facilitar la integración (recuadro 5.9).

Otro aspecto de la integración consiste en asegurar la colaboración entre cuidadores informales y profesionales. Hay indicios de que la transferencia efectiva de información entre distintos cuidadores mejora la integración y coordinación de los cuidados (88). Por lo tanto, el establecimiento de sistemas de información compartida puede constituir una estrategia fundamental para desarrollar servicios verdaderamente integrados.

Es importante destacar que los cuidados que prestan los familiares y los cuidados que prestan los profesionales no son excluyentes. Los cuidadores profesionales pueden fortalecer a los cui-

Recuadro 5.9. Un sistema integrado de servicios sociales y servicios de salud a domicilio para personas mayores en Turquía

En Turquía existen varias instituciones que ofrecen servicios y apoyo a las personas mayores que viven en su domicilio. Estos servicios son gratuitos y se financian mediante una combinación de gastos del presupuesto general, impuestos, presupuestos municipales y primas pagadas por empleadores y empleados. El Ministerio de Salud ofrece servicios de salud a domicilio a cargo de equipos multidisciplinarios de profesionales; el Ministerio de Familia y Políticas Sociales ofrece apoyo social, cuidados y atención en diversos entornos, incluido el domicilio de la persona mayor; y los municipios prestan apoyo social y otros servicios, como servicios de salud a domicilio, apoyo psicológico, reparaciones y mantenimiento del hogar, ayuda con las tareas domésticas, el aseo personal y la cocina, y actividades sociales (102–104).

En 2015, los ministerios de Salud, de Familia y Políticas Sociales y del Interior y la Unión de Municipios de Turquía establecieron un nuevo protocolo sobre la necesidad de compartir datos electrónicos entre distintas instituciones y organizaciones que ofrecen cuidados domiciliarios (105, 106). La fase piloto del sistema abarcará a nueve provincias, y posteriormente este se implementará en todo el país. El gobierno usará un *software* para compartir datos con el propósito de asegurar que las personas mayores reciban servicios de salud a domicilio, así como asistencia social y cualquier otro servicio público que necesiten. La integración de datos también permitirá implementar una estrategia coordinada integral con lo que mejorará la eficacia y se reducirá la duplicación de servicios.

Cuando una persona mayor o una familia solicitan un servicio específico, su información se ingresa en la base de datos. Cuando el equipo que presta asistencia en primera instancia estima que alguien podría beneficiarse con otro servicio, notifica a la institución correspondiente a través de la base de datos. De esta forma, las necesidades de las personas mayores serán satisfechas con rapidez.

Este protocolo es un buen ejemplo de cómo un país puede mejorar el suministro de atención a largo plazo integrada e integral, incluida la asistencia sanitaria y el apoyo y la asistencia asociada. La estrategia global, colaborativa y multidisciplinaria de Turquía ofrece las siguientes ventajas:

- Mejora el acceso a los servicios y la oferta de atención profesional para las personas mayores.
- Está centrada en la persona, es coordinada y flexible, y se adapta a las circunstancias y necesidades de cada persona.
- Respeta los derechos y la dignidad de las personas mayores al permitirles participar en decisiones sobre sus necesidades y recibir muchos de los servicios en su domicilio.
- Apoya a las personas que cuidan a sus familiares de edad avanzada y ayuda a mejorar la participación social de las personas mayores.
- Mejora la calidad de vida y aumenta el bienestar de las personas mayores.
- Protege a las personas mayores y mejora su seguridad.
- Saca el máximo provecho de las instalaciones, los recursos humanos y otros recursos a través de los datos compartidos, lo que permite una asistencia coordinada.

Si bien este sistema es nuevo en Turquía y aún no ha sido evaluado, el protocolo demuestra algunas cuestiones generales interesantes.

- Incluso en un país en desarrollo, con un sistema fragmentado de atención a largo plazo, es posible ofrecer un sistema de servicios sociales gratis.
- Las estrategias multisectoriales son clave para ofrecer cuidados a largo plazo, y el sistema piloto demuestra que los gobiernos pueden proporcionar la administración necesaria para afianzar la colaboración entre instituciones y organizaciones.
- Las responsabilidades más importantes del gobierno en el marco del sistema consisten en crear el mecanismo de coordinación, determinar quién necesita servicios de salud, servicios sociales, y trabajar con distintos socios para poder prestar los servicios necesarios.

dadadores informales y complementar su tarea. Del mismo modo, los familiares pueden servir de guía a los cuidadores profesionales, cuyo trabajo puede complementarse con el de la familia.

Garantizar un financiamiento equitativo y sostenible

Los costos de responder a la dependencia de la atención relacionada con la edad ya son altos y aumentarán de manera considerable. Como se describió en este capítulo, cuando los servicios no cuentan con financiamiento público, alguien debe pagarlos. Debido a que la carga de la mala salud en la vejez recae de manera desproporcionada en las personas desfavorecidas, es probable que la carga de cuidarlos recaiga de manera desproporcionada en los pobres y en las mujeres. Por lo tanto, es fundamental determinar formas equitativas de compartir la carga del cuidado. Por lo general, esto requerirá la cobertura conjunta de los riesgos o dirigir los recursos específicamente a quienes más los necesitan.

Esto no significa, no obstante, que los gobiernos deban necesariamente asumir todos los gastos de cuidados a largo plazo. Se trata, en gran parte, de una cuestión política, que refleja elecciones sociales más amplias respecto de cómo debe distribuirse el costo global de los cuidados. Incluso en aquellos casos en que el papel del gobierno se limita mayormente a la administración, esto tiene un costo: la gestión efectiva requiere una gran coordinación y supervisión, con recursos suficientes.

Como ocurre con el financiamiento de la salud (107), en el financiamiento de los cuidados a largo plazo deben considerarse tres objetivos principales: cómo generar suficientes recursos económicos; cómo asegurar que los cuidados sea accesible y asequible, incluso para los miembros más pobres de la sociedad; y cómo usar los recursos de manera rentable y equitativa.

Si se logra un fuerte consenso social respecto de que los cuidados a largo plazo es un bien público importante y una alta prioridad social,

los gobiernos pueden generar recursos para los cuidados a largo plazo desviando recursos fiscales generales de esferas que no son tan prioritarias. En forma alternativa o adicional, los gobiernos pueden establecer planes de ahorro forzoso o seguros de atención a largo plazo. Varios países de la OCDE, como Alemania, Japón, Luxemburgo, los Países Bajos y la República de Corea, han adoptado planes de seguro universal para generar recursos económicos (14) (recuadro 5.10). Por ejemplo, a cuatro años de su implementación, el plan de seguro de cuidados a largo plazo de la República de Corea prestaba cuidados al 5,5 % de la población de 65 años o más, con una sobrerrepresentación de personas mayores pobres, mujeres y personas que viven solas, lo que indica que el plan estaba llegando a grupos vulnerables (110). Un 89 % de quienes usaban el servicio se mostraban satisfechos con la calidad de los cuidados y un 93 % de las familias informaron que les había reducido la carga de los cuidados (111).

En América Latina y África Subsahariana, no obstante, las experiencias con los planes de seguros contributivos para pensiones y servicios de salud han sido diversas (112). Por lo general, los planes generaron grandes déficits económicos y requirieron importantes rescates financieros mediante las rentas generales. Una razón fueron los altos niveles de evasión registrados, que posiblemente reflejen los bajos niveles de confianza en los sistemas de seguros públicos. Si ya es difícil convencer a las personas de que aporten a un fondo de seguros que ofrece beneficios tangibles, como jubilaciones, puede ser aún más difícil persuadirlas de que efectúen aportes de por vida para un cuidado a largo plazo que quizás nunca necesiten.

En los países muy pobres, la escasez de recursos públicos y las diversas prioridades hacen que sea muy poco probable que se destinen grandes cantidades de fondos públicos a la atención a largo plazo en el futuro próximo. No obstante, es posible que existan oportunidades para generar conciencia sobre los compromisos económicos con cuidados largo plazo en los socios para

Recuadro 5.10. Financiamiento de los servicios de salud y los cuidados a largo plazo para la población que envejece en los Países Bajos

En los Países Bajos, las personas mayores reciben servicios de salud y cuidados a largo plazo a través de distintos planes municipales que cubren sus necesidades de salud, y cuidados a largo plazo en el hospital, y el apoyo y la asistencia asociada. Además, el sistema de bienestar social del país proporciona apoyo financiero a quienes no tienen otros medios (108). En un esfuerzo por enfrentar el aumento en los costos y los cambios en las necesidades, en 2015, los Países Bajos realizaron profundas reformas en los distintos planes (109).

El sistema de seguro de salud (conocido como *Zorgverzekeringswet* o Ley de Aseguradoras Médicas), que cubre las necesidades de salud básicas de toda la población, se implementa por medio de aseguradoras de salud privadas (principalmente sin fines de lucro). Está prevista la ampliación de su cobertura para incluir la asistencia personal y los cuidados de enfermería. Las aseguradoras de salud tienen la responsabilidad de satisfacer las principales necesidades de cuidados domiciliarios, como levantarse de la cama, bañarse y vestirse, además de ofrecer servicios de enfermería comunitarios.

Además de este seguro de salud, las personas pueden optar por un seguro de salud voluntario, que cubre servicios que no se incluyen en los planes públicos. El seguro voluntario cubre atención odontológica para adultos y fisioterapia. Alrededor del 85 % de la población está afiliada a estos planes voluntarios, incluida una proporción relativamente grande de personas mayores.

Por su parte, el plan de atención a largo plazo ha sufrido drásticas reformas. Antes era un plan obligatorio que cubría atención a largo plazo para personas mayores, personas con trastornos mentales y personas con discapacidad. El nuevo plan (conocido como *Wet Langdurige Zorg* o Ley de Cuidado a Largo Plazo) solo cubrirá las formas más intensivas de atención Institucional a largo plazo (y las personas que cumplirán los requisitos para recibir cuidado institucional serán menos). El cuidado personal y los cuidados de enfermería ambulatorios se han transferido al sistema de seguro de enfermedad, como ya se describió.

Los servicios sociales, incluidos ciertos servicios de cuidados domiciliarios y cuidados de respiro, se ha transferido a los municipios en virtud de una consignación financiada con impuestos (en el marco de lo que se conoce como *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*). La finalidad de esta asistencia es que las personas puedan vivir en su domicilio durante el mayor tiempo posible y recibir la atención que necesitan para hacerlo. Con estas reformas, se asigna a las autoridades locales un papel más destacado en el suministro de cuidados a largo plazo en la comunidad.

Las personas mayores pueden obtener un presupuesto personal de estos tres planes, pero únicamente para sus necesidades de cuidados a largo plazo. El presupuesto personal permite a las personas comprar y organizar sus propios cuidados según sus preferencias. Como titulares del presupuesto, las personas mayores son libres de contratar a sus familiares o a cualquier otra persona para que las asistan.

Las siguientes son las principales lecciones de la experiencia de los Países Bajos.

1. El suministro de una amplia cobertura de salud y atención a largo plazo tiene muchos beneficios y contribuye a la solidaridad social.
2. Para cubrir todas las necesidades de las personas mayores podrían necesitarse varios planes. En este caso, es fundamental que exista una colaboración entre los distintos planes y que se use una estrategia integrada y global.
3. Es importante respetar la voluntad de las personas mayores que quieren vivir en su casa el mayor tiempo posible.

el desarrollo y las organizaciones no gubernamentales. Incluso en los entornos con menos recursos, los gobiernos pueden reunir a posibles socios, hacer valer sus argumentos y obtener su apoyo económico.

Sin importar cómo se reúnan los ingresos, la cobertura conjunta de riesgos de base amplia ayuda a distribuir los costos financieros de cuidados a largo plazo en toda la sociedad, lo que contribuye a proteger a las personas pobres y mar-

ginadas y reduce el riesgo de catástrofe económica para las personas mayores y sus familiares.

Garantizar la rentabilidad de las intervenciones permite asegurar un uso prudente de los recursos. Por ejemplo, propiciar que las personas mayores permanezcan en sus hogares no solo mejora su calidad de vida sino que puede resultar más asequible que la atención institucional aunque esto no siempre sea así (113).

Más allá de esto, algunas iniciativas como las asociaciones de personas mayores (recuadro 5.4), que se valen del capital humano y social inherente a las poblaciones de edad avanzada para satisfacer las necesidades de las personas mayores, ofrecen opciones de cuidados sostenibles y de bajo costo a corto plazo. Si bien en la actualidad están limitados principalmente a países de ingresos bajos y medios, estos mecanismos para aprovechar un recurso que habitualmente se desestima también pueden resultar útiles en entornos más desarrollados.

El financiamiento de un sistema universal de cuidados a largo plazo puede parecer un desafío en los países de ingresos bajos y medios. No obstante, por varios motivos, estos entornos tienen ventajas de costos respecto de los países de ingresos altos. En primer lugar, el envejecimiento de la población se encuentra menos avanzado, por lo que la demanda de cuidados a largo plazo es menor. En segundo lugar, la mayoría de las formas de cuidados a largo plazo no requieren tecnología especializada ni equipos costosos: el elemento central y esencial son los recursos humanos, y sus costos son considerablemente menores en las economías menos desarrolladas. En tercer lugar, estos países tienen la oportunidad de aprender de los errores de los países de ingresos altos: pueden poner énfasis en el uso de servicios más rentables que sirvan de respaldo a los cuidadores familiares. En Chile, por ejemplo, se ha estimado que el costo de un sistema de servicios sociales en el domicilio rondaría el 0,45 % del PIB, lo que equivale aproximadamente al 10 % del presupuesto total de salud (114).

Cambio de actitud respecto a los cuidados a largo plazo: un desafío político y social

Los problemas y las injusticias de los actuales sistemas de cuidados a largo plazo no suelen recibir la atención que merecen. En parte, esto se debe a que muchas de las personas que se ven directamente afectadas carecen de voz política o de una representación organizada. Las personas mayores dependientes de cuidados, los cuidadores emigrantes y los cuidadores familiares que se encuentran confinados a sus hogares enfrentan diversos obstáculos para participar en los debates políticos. La mayoría de los gobiernos nacionales carece de un organismo con la influencia necesaria para resaltar y promover estas cuestiones. En muchos casos, la división de funciones y responsabilidades entre los departamentos del gobierno nacional y local es poco clara y confusa. Esto dificulta la coordinación de un sistema integrado de servicios de salud y servicios sociales, y oculta las líneas de responsabilidad del gobierno. Cuando hay un debate sobre políticas, habitualmente se centra en cuestiones fiscales y presta menos atención a los importantes beneficios que proporciona un sistema eficaz de atención a largo plazo (recuadro 5.11).

Los medios de comunicación suelen presentar los cuidados a largo plazo de manera sesgada, desinformada y discriminatoria por motivos de edad (115). Hacer que la sociedad cobre mayor conciencia respecto de la inexactitud y el potencial destructivo de los estereotipos comunes de discriminación por motivos de edad es una forma de enfrentar estas actitudes negativas (116). Cuando el deterioro físico y cognitivo, la depresión y el dolor se consideran aspectos inevitables del envejecimiento, es poco probable que las personas mayores sean tomadas en serio y es muy posible que se las margine, sobre todo en sociedades donde la independencia y la autosuficiencia son características muy valoradas (117).

Recuadro 5.11. Principales ventajas de la adopción de medidas respecto de los cuidados a largo plazo

1. Promueve la dignidad en la vejez: se respetan los derechos de las personas mayores.
2. Reduce las hospitalizaciones y los costos asociados: el uso de los cuidados a largo plazo acorta la duración de las hospitalizaciones, reduce las tasas de reingreso y apoya el retorno de las personas mayores a sus hogares. Todo esto reduce los costos de salud asociados. Para las personas de más de 70 años que viven en países con cuidados a largo plazo accesibles, los costos de salud disminuyen con la edad.
3. Reduce la pobreza: los cuidados a largo plazo que se basa en garantizar el uso y el acceso equitativo a los cuidados ofrece una red de seguridad a las personas mayores y las protege a ellas y a sus familiares de la pobreza en las últimas etapas de la vida. También ayuda a compartir el riesgo de los gastos catastróficos en salud, al tiempo que reduce la carga de los familiares y promueve la cohesión social.
4. Mejora la calidad de la asistencia y la calidad de vida: un sistema de cuidados a largo plazo bien diseñado, que ofrezca diferentes opciones de atención, ayuda a los familiares a mantener una atención de calidad en el domicilio, alivia la carga de los cuidadores y mejora la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores.
5. Mejora los cuidados en casos de demencia: la orientación y la capacitación a domicilio permiten a los familiares que realizan las tareas de cuidado manejar conductas problemáticas en el domicilio y reduce las crisis y el sufrimiento de los cuidadores.
6. Mejora los cuidados al final de la vida: unos cuidados a largo plazo coherente con los principios de los cuidados paliativos permite liberar a las personas mayores del dolor y el sufrimiento al final de la vida. Si se ofrece en entornos de cuidados domiciliarios o cuidados institucionales, ayuda a evitar hospitalizaciones innecesarias, costosas y estresantes para recibir cuidados al final de la vida.
7. Mejora el empleo: si se maneja de manera proactiva, la demanda de cuidadores profesionales genera puestos de trabajo y mejora el acceso a los servicios de atención a largo plazo. Por lo tanto, se trata de una solución que beneficia tanto a los gobiernos como a la gente común. Además, el hecho de aliviar la carga de los cuidadores puede permitirles ingresar (o reingresar) al mercado laboral.
8. Respalda la innovación y el comercio: se están desarrollando muchas tecnologías innovadoras para satisfacer las necesidades de las personas mayores con una pérdida importante de la capacidad. Estos productos ayudan a llenar un vacío para las personas mayores y, a la vez, se pueden comercializar a otros con necesidades similares.

El miedo generalizado a morir y la incomodidad a la hora de hablar de la muerte, incluso entre los trabajadores sanitarios, profundiza aún más este problema (118).

Los medios de comunicación, no obstante, pueden ofrecer soluciones al problema que constantemente refuerzan desafiando las actitudes discriminatorias por motivos de edad y apo-

yando el debate informado sobre los cuidados a largo plazo. Un estudio de Estados Unidos, por ejemplo, mostró que las diferencias geográficas en la cobertura que los medios de comunicación hacen de los cuidados a largo plazo estaban fuertemente vinculadas con las reformas de políticas que priorizaban los cuidados en la comunidad (119).

Conclusión

En este capítulo se mostró que los cuidados a largo plazo debe evolucionar en aspectos fundamentales. En muchos países de ingresos bajos y medios, prácticamente no existen servicios formales de atención a largo plazo. La tarea de asistir a las personas mayores dependientes de cuidados generalmente recae en familiares mujeres, que en su mayoría no se encuentran capacitadas ni reciben ningún pago por este trabajo. En algunos países de ingresos altos, si bien existen servicios públicos integrales, la sostenibilidad se convierte en un gran problema a medida que la población envejece. La naturaleza y la calidad de los cuidados suelen ser inadecuadas en todos los entornos. Es muy probable que no se preste atención alguna a la necesidad de optimizar las trayectorias de la capacidad intrínseca y de apoyar la autonomía y la dignidad.

Un primer paso importante es promover nuevas formas de concebir los cuidados a largo plazo, incluso tomando como nuevo objetivo central la optimización de la capacidad funcional. Más allá de esto, es necesario adoptar medidas en varios frentes.

En primer lugar, todos los países necesitan contar con un sistema de cuidados a largo plazo completamente integrado. Para la mayoría de los países, esto implica elaborar un plan nacional. Los gobiernos pueden reunir a los interesados para discutir y decidir lo que se debe hacer y cuáles serán las responsabilidades de cada uno. Como mínimo, el plan debe mencionar los servicios que se prestarán, quién los prestará, cómo se financiarán, cómo se facilitará el acceso universal, cómo se garantizará la calidad y cómo se coordinará el sistema para asegurar el suministro de unos cuidados a largo plazo integrados e integrales.

La segunda prioridad es encontrar formas de conformar y mantener un equipo de trabajo preparado para prestar cuidados a largo plazo. Una manera de lograrlo es preparar adecuadamente a cuidadores remunerados para el desempeño de su tarea, pagarles un salario justo y crear condiciones de trabajo razonables. Otorgar a los cuidadores una autoridad significativa para tomar decisiones y brindarles opciones de carrera importantes también son formas de mejorar la contratación y la retención. Es fundamental apoyar a los cuidadores familiares. Esto puede lograrse con educación, capacitación, cuidados de respiro, leyes que respalden la modalidad de trabajo flexible o las licencias, y pagos en efectivo por los servicios prestados.

En tercer lugar, es necesario adoptar medidas para promover los derechos de las personas mayores y sus cuidadores. Es inaceptable que las personas mayores dependientes de cuidados reciban un trato despersonalizado, degradante o abusivo. El objeto de los cuidados a largo plazo debe ser promover la dignidad, la autonomía y la voluntad personal de las personas mayores, manteniéndolas vinculadas a su comunidad y sus redes sociales. Del mismo modo, las cuidadoras también deben recibir un trato equitativo y justo. Los países tienen un margen considerable de diversidad, innovación y flexibilidad a la hora de decidir qué hacer en estas esferas ([recuadro 5.12](#)). En el capítulo 6 se ofrecen más sugerencias al respecto. Si bien es probable que en todos los países intervenga una amplia gama de interesados en este proceso, solo los gobiernos pueden establecer y administrar de manera integral los sistemas de cuidados a largo plazo.

Recuadro 5.12. La Estrategia Nacional sobre la Demencia de Escocia

La Estrategia Nacional sobre la Demencia 2013-2016 de Escocia se orienta a los siguientes resultados clave (120).

1. Más personas con demencia vivirán en su hogar por más tiempo y con buena calidad de vida.
2. Las comunidades estarán abiertas a las personas con demencia y les brindarán apoyo, lo que contribuirá a divulgar conocimientos sobre la demencia y reducir el estigma.
3. Las personas recibirán un diagnóstico oportuno y preciso.
4. Las personas con demencia y sus familiares recibirán un mejor apoyo posterior al diagnóstico.
5. Más personas con demencia y sus familiares y cuidadores participarán en pie de igualdad en los cuidados.
6. Se respetarán y promoverán más los derechos de las personas con demencia en todos los entornos, y se cumplirá mejor con los requisitos legales respecto del tratamiento.
7. Las personas con demencia serán tratadas con dignidad y respeto en los hospitales y otras instituciones de atención.
8. La estrategia contribuye a la visión para 2020 de Escocia respecto de la salud y la atención (121): todas las personas, incluidas las que tienen demencia, podrán vivir bien y por más tiempo en su hogar o en entornos similares a un hogar. Un sistema integrado de servicios de salud y servicios sociales constituye la estrategia clave para hacer realidad esta visión; el autocuidado con apoyo y la atención de salud en la comunidad son dos características de esta estrategia integrada. Ambas estrategias se encuentran respaldadas en la Carta de Derechos para las Personas con Demencia y sus Cuidadores de Escocia (122), que establece los derechos humanos vigentes y otros derechos legales de las personas con demencia y sus cuidadores. En el centro de esta estrategia basada en los derechos humanos se ubica el derecho de las personas con demencia y sus cuidadores a ser tratados igual que el resto de los ciudadanos de sus comunidades, a recibir apoyo para vivir de la mejor manera posible y a continuar vinculados a sus comunidades, familiares y redes de apoyo social.

Alzheimer Scotland ha sido fundamental para avanzar en este tema. Por ejemplo, su modelo de cinco pilares de apoyo posterior al diagnóstico constituye la base del compromiso del Gobierno escocés de brindar a todas las personas que tienen diagnóstico de demencia un mínimo garantizado de un año de apoyo posterior al diagnóstico (120). Este modelo permite a las personas y sus familiares crear planes personales sólidos, diseñados para que todas las personas con demencia puedan vivir bien y de manera independiente el mayor tiempo posible. Alzheimer Scotland ha encabezado campañas de sensibilización e iniciativas sobre comunidades abiertas a las personas con demencia y dispuestas a establecer lazos de amistad con personas con demencia para ayudar a comprender mejor esta enfermedad y a combatir las percepciones negativas en todo el país. También ha elaborado normas nacionales de atención a personas con demencia (123) y un marco de capacitación que establece cuáles son los conocimientos, las capacidades y las conductas que se esperan de todos los trabajadores de la salud y la asistencia asociada. Más de 500 personas que trabajan por los derechos de las personas con demencia, con el respaldo de personal de enfermería especializado, se desempeñan en el Servicio Nacional de Salud como agentes de cambio para promover prácticas óptimas dirigidas a mejorar la experiencia, la atención y el tratamiento, así como los resultados, para las personas con demencia y sus familiares. El objetivo de esta tarea es reducir el uso de psicofármacos y fomentar los tratamientos sin fármacos.

La Estrategia Nacional sobre la Demencia 2013–2016 de Escocia pone de relieve varios puntos tratados en este informe.

1. Es importante contar con una estrategia o plan nacional para organizar a los interesados y acordar esferas prioritarias para la acción.
2. Las iniciativas de mejoramiento deben abarcar una amplia gama de servicios y entornos —no solo servicios sociales, sino también la atención de cuadros agudos que se presta en hospitales y en la comunidad—, incluidas todas las organizaciones o los entornos que probablemente las personas mayores visiten.
3. Un enfoque basado en los derechos humanos constituye una estrategia global clave para mejorar los cuidados a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000 Jan;55(1):S41–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/55.1.S41> PMID: 10728129
2. Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2009;25 (Suppl. 3):S464–76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500011> PMID: 20027393
3. Current and future caregiver needs for people with disabling conditions. Geneva: World Health Organization; 2002 (Longterm care series).
4. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer report 2013. Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2013 (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>, accessed 17 June 2015).
5. Low LF, Fletcher J. Models of home care services for persons with dementia: a narrative review. *Int Psychogeriatr*. 2015 Feb 12. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000137> PMID: 25672570
6. Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, et al. Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Feb;63(2):371–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13245> PMID: 25644085
7. Pot AM. Improving nursing home care for dementia: is the environment the answer? *Aging Ment Health*. 2013;17(7):785–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.828679> PMID: 23971862
8. De Bruin SR, Oosting SJ, Tobi H, Blauw YH, Schols JM, De Groot CP. Day care at green care farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? *J Nutr Health Aging*. 2010 May;14(5):352–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0079-9> PMID: 20424801
9. Nakanishi M, Nakashima T, Sawamura K. Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2012 Jan;59(1):3–10. PMID: 22568106
10. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP. Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jan;49(1):21–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008> PMID: 21820656
11. Willemse BM, Depla MF, Smit D, Pot AM. The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. *Int Psychogeriatr*. 2014 May;26(5):805–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214000015> PMID: 24507445
12. Smit D, Willemse B, de Lange J, Pot AM. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *Int Psychogeriatr*. 2014 Jan;26(1):69–80. PMID: 24053758
13. te Boekhorst S, Depla MF, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Sep;24(9):970–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2205> PMID: 19452499
14. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing; 2011.
15. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
16. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and dementia: a global research review. London: Alzheimer's Disease International; 2015 (<http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/Women-and-Dementia.pdf>, accessed 17 June 2015).
17. Mayston R, Guerra M, Huang Y, Sosa AL, Uwakwe R, Acosta I, et al. Exploring the economic and social effects of care dependence in later life: protocol for the 10/66 research group INDEP study. *Springerplus*. 2014;3(1):379. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-379> PMID: 25105086
18. Redondo N, Lloyd-Sherlock P. Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina. Norwich, England: University of East Anglia, School of International Development; 2009 (Working paper 13; <https://www.uea.ac.uk/documents/6347571/6504346/WP13.pdf/40c878ad-25f5-4967-b338-fca4246103d9>, accessed 17 June 2015).
19. Herd R, Hu Y, Koen V. Providing greater old age security in China. Paris: OECD Publishing; 2010 (Economics Department working paper No. 750; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2010\)6](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2010)6), accessed 17 June 2015).

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

20. Wong YC, Leung J. Long-term care in China: issues and prospects. *J Gerontol Soc Work*. 2012;55(7):570–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2011.650319> PMID: 22963116
21. Nienhaus A, Westermann C, Kuhnert S. Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. [Burnout among elderly care staff: a review of its prevalence]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012 Feb;55(2):211–22. (in German).doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-011-1407-x> PMID: 22290165
22. Vernooij-Dassen MJ, Faber MJ, Olde Rikkert MG, Koopmans RT, van Achterberg T, Braat DD, et al. Dementia care and labour market: the role of job satisfaction. *Aging Ment Health*. 2009 May;13(3):383–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860902861043> PMID: 19484602
23. Baumbusch J, Dahlke S, Phinney A. Nursing students' knowledge and beliefs about care of older adults in a shifting context of nursing education. *J Adv Nurs*. 2012 Nov;68(11):2550–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05958.x> PMID: 22364192
24. The long-term care workforce: can the crisis be fixed? Problems, causes and options. Washington (DC): Institute for the Future of Aging Services; 2007 (http://www.leadingage.org/uploadedFiles/Content/About/Center_for_Applied_Research/Center_for_Applied_Research_Initiatives/LTC_Workforce_Commission_Report.pdf, accessed 17 June 2015).
25. The 2012 Ageing Report: economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). Brussels: European Union; 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.2765/19991>
26. Wimo A., Prince M. World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010 (<https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>, accessed 17 June 2015).
27. Leichsenring K, Billings J, Nies H, editors. Long-term care in Europe: improving policy and practice. London: Palgrave Macmillan; 2013 (<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/10.1057/9781137032348.0001>, accessed 17 June 2015).
28. Scheil-Adlung X, Bonan J. Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care: assessing impacts and policy implications. Geneva: International Labour Organization; 2012 (ESS paper No. 31; <https://www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.do?ressource.ressourceId=30228>, accessed 17 June 2015).
29. World social protection report 2014/15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014. (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--en/index.htm>, accessed 17 June 2015).
30. Ogawa T. Ageing in Japan: an issue of social contract in welfare transfer or generational conflict? In: Lloyd-Sherlock P, editor. *Living longer: ageing, development and social protection*. London: Zed Books; 2004 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 17 June 2015).
31. Mitchell O, Pigott J, Shimizutani S. Developments in long-term care insurance in Japan. Sydney: University of New South Wales, Australian School of Business; 2008 (UNSW Australian School of Business Research Paper No. 2008 ECON 01; <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1115186>, accessed 17 June 2015).
32. Simizutani S, Inakura N. Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurers: evidence from municipality-level data. *Government Auditing Review*. 2007;14:27–40.
33. Hayashi M. Japan's long-term care policy for older people: the emergence of innovative "mobilisation" initiatives following the 2005 reforms. *J Aging Stud*. 2015 Apr;33:11–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.004> PMID: 25841725
34. *Addressing dementia: the OECD response*. Paris: OECD Publishing; 2015.
35. Willemse BM, Downs M, Arnold L, Smit D, de Lange J, Pot AM. Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health*. 2015;19(5):444–52. PMID:25117793
36. Cohen-Mansfield J, Bester A. Flexibility as a management principle in dementia care: the Adards example. *Gerontologist*. 2006 Aug;46(4):540–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/46.4.540> PMID: 16921008
37. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):43–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1421> PMID: 16323258
38. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2009 Apr;18(7):981–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x> PMID: 19284433
39. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lövhelm H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr*. 2012 Jul;24(7):1144–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S104161021200018X> PMID: 22414562
40. de Veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Oct;57(10):1881–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02440.x> PMID: 19682126

41. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;24(10):1110–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2232> PMID: 19280680
42. Hamers JP. Review: nurses predominantly have negative feelings towards the use of physical restraints in geriatric care, though some still perceive a need in clinical practice. *Evid Based Nurs*. 2015 Apr;18(2):64. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2014-101827> PMID: 24997212
43. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr*. 2014;14(1):39. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-39> PMID: 24674081
44. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013 May;42(3):292–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs195> PMID: 23343837
45. Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLOS ONE*. 2008;3(6):e2333. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0002333> PMID: 18523642
46. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011 Mar;33(1):47–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000017> PMID: 20602013
47. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care—the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Apr;24(4):347–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2126> PMID: 18814197
48. Morley JE. Aging in place. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Jul;13(6):489–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011> PMID: 22682696
49. Schulz R, Wahl HW, Matthews JT, De Vito Dabbs A, Beach SR, Czaja SJ. Advancing the aging and technology agenda in gerontology. *Gerontologist*. 2014;pii: gnu071. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu071> PMID: 25165042
50. Pot AM, Willemse BM, Horjus S. A pilot study on the use of tracking technology: feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. *Aging Ment Health*. 2012;16(1):127–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.596810> PMID: 21780960
51. Zwijsen SA, Niemeijer AR, Hertogh CM. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. *Aging Ment Health*. 2011 May;15(4):419–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.543662> PMID: 21500008
52. Baek SH, Sung E, Lee SH. The current coordinates of the Korean care regime. *J Comp Soc Welf*. 2011;27(2):143–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17486831.2011.567019>
53. Community-based social care in East and Southeast Asia. Chiang Mai, Thailand: HelpAge International, East Asia and Pacific Regional Office; 2015 (<http://ageingasia.org/eaprdc0019/>, accessed 17 June 2015).
54. Hussein S, Manthorpe J. An international review of the long-term care workforce: policies and shortages. *J Aging Soc Policy*. 2005;17(4):75–94. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J031v17n04_05 PMID: 16380370
55. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014 Jan;51(1):63–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001> PMID: 23273537
56. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012 (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 17 June 2015).
57. Thompson B, Tudiver F, Manson J. Sons as sole caregivers for their elderly parents. How do they cope? *Can Fam Physician*. 2000 Feb;46:360–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1987702/pdf/canfamphys00002-122.pdf> PMID: 10690492
58. Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *J Eur Soc Policy*. 2006;16(3):271–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0958928706065598>
59. The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization; 2010 (World Health Assembly Resolution WHA63.16; http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1, accessed 17 June 2015).
60. Morita A, Takano T, Nakamura K, Kizuki M, Seino K. Contribution of interaction with family, friends and neighbours, and sense of neighbourhood attachment to survival in senior citizens: 5-year follow-up study. *Soc Sci Med*. 2010 Feb;70(4):543–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.057> PMID: 19944506

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

61. Older people's associations. In: HelpAge International [website]. London: HelpAge International; 2015 (<http://www.helpage.org/tags/older+people's+associations/>, accessed 27 July 2015).
62. Boots LM, de Vugt ME, van Knippenberg RJ, Kempen GI, Verhey FR. A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Apr;29(4):331–44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016> PMID: 23963684
63. Pot AM. Mastery over dementia: an internet intervention for family caregivers of people with dementia. *Alzheimers Dement*. 20010;6(4)(Suppl.):S90. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016> PMID: 23963684
64. Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafink RB, Cuijpers P, Pot AM. Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0116622. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116622> PMID: 25679228
65. Pot AM, Blom MM, Willemsse BM. Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia. *Int Psychogeriatr*. 2015;4:1–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000034> PMID: 25648589
66. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press; 1997 (<http://www.mheducation.co.uk/9780335198559-emea-dementia-reconsidered>, accessed 17 June 2015).
67. Greenblat C. *Love, loss and laughter: seeing Alzheimer's differently*. Guildford (CT): Lyons Press; 2012 (<http://www.lyonspress.com/book/9780762779079>, accessed 17 June 2015).
68. Brooker D. *Person-centred dementia care: making services better*, second edition. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015 (<http://www.jkpp.com/uk/person-centred-dementia-care.html>, accessed 17 June 2015).
69. Zwijsen, SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JW, Gerritsen DL, Pot AM, et al. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):531. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517> PMID: 22618925
70. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012 May 23;307(20):2177–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517> PMID: 22618925
71. Flores-Castillo A. *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*. [Care and subjectivity. a look at care at home.] Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2012 (CEPAL – Serie Mujer y desarrollo No. 112; <http://archivo.cepal.org/pdfs/2012/S1200015.pdf>, accessed 17 June 2015) (in Spanish).
72. Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM, Chang LI, Chen CH, et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;26(10):1089–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2660> PMID: 21308785
73. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2012 Sep;169(9):946–53. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529> PMID: 22952073
74. Van't Leven N, Prick AE, Groenewoud JG, Roelofs PD, de Lange J, Pot AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1581–603. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000860> PMID: 23883489
75. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. *Dementia: which non-pharmacological interventions?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2011 (KCE reports 160C; https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160c_dementia_0.pdf, accessed 17 June 2015).
76. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf, accessed 17 June 2015).
77. Day care centre. In: *Alzheimer's Pakistan* [website]. Lahore: Alzheimer's Pakistan; 2014 (<http://alz.org.pk/day-care-centre/>, accessed 2 June 2015).
78. *Dementia day care: New Horizon Centres*. In: *Alzheimer's Disease Association* [website]. Singapore: Alzheimer's Disease Association; 2010 (<http://www.alz.org.sg/support-services/dementia-day-care-new-horizon-centres>, accessed 2 June 2015).
79. Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD004396.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=24435941&dopt=Abstract PMID: 24435941
80. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol Assess*. 2009 Apr;13(20):1–224. doi: <http://dx.doi.org/10.3310/hta13200> PMID: 19393135
81. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess*. 2007 Apr;11(15):1–157. doi: <http://dx.doi.org/10.3310/hta11150> PMID: 17459263

82. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AM. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging Ment Health*. 27 Mar 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023765> PMID: 25815563
83. Huang HL, Shyu YI, Chang MY, Weng LC, Lee I. Willingness to use respite care among family caregivers in Northern Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009 Jan;18(2):191–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x> PMID: 19120749
84. Beland F, Hollander MJ. Modelos integrados de asistencia para ancianos frágiles: perspectiva internacional. [Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives]. *Gac Sanit*. 2011;25(Suppl. 2):138–46. (in Spanish). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x> PMID: 19120749
85. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
86. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):395. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-395> PMID: 23151143
87. Somme D, Carrier S, Trouve H, Gagnon D, Dupont O, Couturier Y, et al. Niveau de preuve de la gestion de cas dans la maladie d'Alzheimer: revue de littérature. [Level of evidence for case management in Alzheimer's disease: a literature review.] *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2009 Dec;7(Spec. No. 1):29–39. (in French). PMID: 20061231
88. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
89. You EC, Dunt DR, Doyle C. Case managed community aged care: what is the evidence for effects on service use and costs? *J Aging Health*. 2013 Oct;25(7):1204–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313499931> PMID: 23958520
90. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging*. 2010 Oct;14(8):669–76. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0314-4> PMID: 20922344
91. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(1):CD008345. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=25560977&dopt=Abstract PMID: 25560977
92. Peeters JM, Francke AL, Pot AM. Organisatie en invulling van casemanagement demencie in Nederland. [Organization and content of case-management for people with dementia in the Netherlands.] Utrecht: Nivel/Trimbos-instituut; 2011 (in Dutch).
93. Verkade PJ, van Meijel B, Brink C, van Os-Medendorp H, Koekkoek B, Francke AL. Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. *BMC Geriatr*. 2010;10(1):54. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-54> PMID: 20696035
94. Peisah C, Sorinmade OA, Mitchell L, Hertogh CM. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1571–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213001014> PMID: 23809025
95. Diesfeldt H, Teunissen S. Wislbeekwaamheid. [Capacity.] In: Pot AM, Kuin Y, Vink MT, editors. *Handboek Ouderenpsychologie*. [Handbook of geropsychology]. Utrecht: De Tijdstroom; 2007 (<https://www.tijdstroom.nl/boek/handboek-ouderenpsychologie#.VYmmSPIVhHw>, accessed 17 June 2015) (in Dutch).
96. Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. *Br J Gen Pract*. 2011 Aug;61(589):e537–41. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X588592> PMID: 21801576
97. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 17 June 2015).
98. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf, accessed 17 June 2015).
99. Humphreys G. Push for palliative care stokes debate. *Bull World Health Organ*. 2013 Dec 1;91(12):902–3. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.021213> PMID: 24347727
100. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015 Apr;6(2):189–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

101. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2008 Jan 15;148(2):147–59. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010> PMID: 18195339
102. Evde Bakim Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. [The regulation of home care services.] In: Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [website]. Ankara: Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Ministry of Health, Turkey.]; 2005 (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIisli=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>, accessed July 3 2015) (in Turkish).
103. [Ankara Metropolitan Municipality.] Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri. [Services for the elderly and care homes.] In: Ankara Büyükşehir Belediyesi [website]. Ankara: Ankara Büyükşehir Belediyesi; 2013 (in Turkish) (<http://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri>, accessed 2 July 2015).
104. [Ministry of Family and Social Policies, Mardin province, Turkey.] Engelli Evde Bakım Hizmetleri Nelerdir? [What are home care services for the disabled?] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin İl Müdürlüğü [website]. Mardin: T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Mardin İl Müdürlüğü; 2012 (in Turkish) (<http://www.mardin-aile.gov.tr/engelli-evde-bakim-hizmetleri-1.html>, accessed 2 July 2015).
105. [Ministry of Family and Social Policies, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinde İşbirliği Protokolü İmzalandı. [Cooperation protocol signed for home health and social support services.] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014 (in Turkish) (<http://www.aile.gov.tr/haberler/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinde-isbirligi-protokolu-i%CC%87mzalandi>, accessed 2 July 2015).
106. [Ministry of Health, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol İmzalandı. [Implementation protocol for home health and social support services.] In: T.C. Sağlık Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015 (in Turkish) (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39760/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinin-isbirligi-ic.html>, accessed 2 July 2015).
107. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 17 June 2015).
108. van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P. The future of health care. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis; 2013 (CPB Policy Brief 2013/03; <http://www.cpb.nl/en/publication/the-future-of-health-care>, accessed 17 June 2015).
109. Verbeek-Oudijk D, Woittiez I, Eggink E, Putman L. Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research; 2014. (http://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Who_cares_in_Europe, accessed 17 June 2015).
110. Kim H, Kwon S, Yoon NH, Hyun KR. Utilization of long-term care services under the public long-term care insurance program in Korea: implications of a subsidy policy. *Health Policy.* 2013 Jul;111(2):166–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.009> PMID: 23706386
111. Lee HS, Wolf DA. An evaluation of recent old-age policy innovations in South Korea. *Res Aging.* 2014 Nov;36(6):707–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027513519112> PMID: 25651545
112. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Soc Policy Adm.* 2006;40(4):353–68. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x>
113. Kuo YC, Lan CF, Chen LK, Lan VM. Dementia care costs and the patient's quality of life (QoL) in Taiwan: home versus institutional care services. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010 Sep–Oct;51(2):159–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.10.001> PMID: 20042244
114. Matus-López M, Pedraza CC. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. [Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012–2020.] *Rev Panam Salud Publica.* 2014 Jul;36(1):31–6. PMID:25211675 (in Spanish). PMID: 25211675
115. Mebane F. Want to understand how Americans viewed long-term care in 1998? Start with media coverage. *Gerontologist.* 2001 Feb;41(1):24–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.1.24> PMID: 11220811
116. Butler RN. Psychiatry and the elderly: an overview. *Am J Psychiatry.* 1975 Sep;132(9):893–900. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.9.893> PMID: 1098483
117. Allen JO. Ageism as a risk factor for chronic disease. *Gerontologist.* 2015 23 Jan; pii: gnu158. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu158> PMID: 25618315
118. Leclerc BS, Lessard S, Bechennec C, Le Gal E, Benoit S, Bellerose L. Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Mar;15(3):207–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.017> PMID: 24461725
119. Miller EA, Nadash P, Goldstein R. The role of the media in agenda setting: the case of long-term care rebalancing. *Home Health Care Serv Q.* 2015;34(1):30–45. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2014.995259> PMID: 25517684

120. Scotland's National Dementia Strategy: 2013–2016. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.gov.scot/Resource/0042/00423472.pdf>, accessed 13 July 2015).
121. 2020 Vision. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2015 (<http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/2020-Vision>, accessed 13 July 2015).
122. Charter of Rights for People with Dementia and their Carers in Scotland. In: Alzheimer Scotland [website]. Edinburgh: Alzheimer Scotland, Action on Dementia; 2015 (<http://www.dementiarights.org/charter-of-rights/>, accessed 13 July 2015).
123. Standards of care for dementia in Scotland: action to support the change programme. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2011 (<http://www.gov.scot/Resource/Doc/350188/0117212.pdf>, accessed 13 July 2015).



Capítulo 6
Hacia un mundo amigable con las personas mayores

Yeun, 59 años, Camboya

Yeun cuida de sus dos nietos y vive solo.

“Nací en esta aldea y viví aquí toda mi vida. Nunca estuve en la capital, Phnom Penh; solo en la vecina ciudad de Battambang. El organizador comunitario de HelpAge me preguntó si me gustaría empezar un nuevo negocio. Cuando dije que sí, la asociación de personas mayores me organizó un período de prácticas con alguien que sabía arreglar bicicletas. Una vez que estuve listo, la asociación de personas mayores me dio un subsidio de 220 dólares (880.000 riel de Camboya) para comprar herramientas y un inflador; todo lo que necesitaba para comenzar a reparar bicicletas. Antes arreglaba zapatos, pero no me alcanzaba para vivir. En aquel entonces, la gente usaba muchos zapatos de segunda mano, pero ahora no tanto. Me gusta mucho más mi negocio de reparación de bicicletas porque ahora gano el doble o el triple. Gracias a las ganancias de este negocio, pude comprar más herramientas y reemplazar algunas de las viejas. Pude colocar un techo de chapa sobre mi casa para que no entrara la lluvia. Además, pude elevar mi casa, que puede inundarse fácilmente por estar de este lado del río. Ahora, hasta les presto dinero a mis hijos. En la aldea, la gente me trae todo tipo de vehículos, casi cualquier cosa que tenga ruedas. Tengo al menos dos o tres clientes por día. Lo más difícil de reparar una pinchadura es cambiar los neumáticos. Me costó un poco aprender a hacerlo bien, pero ahora soy un experto. Creo que las personas mayores no deben rendirse y siempre deben tener esperanza. Aun teniendo una discapacidad como yo, se puede vivir con los propios esfuerzos y habilidades. Con un poco de ayuda, pude establecer este negocio, y pienso que otros pueden hacer lo mismo”.

6

Hacia un mundo amigable con las personas mayores

Introducción

En el capítulo 4 y el capítulo 5 se destacó la importancia de la atención de salud y de los cuidados a largo plazo, y lo que se puede hacer para fortalecer estos sistemas. En este capítulo se aborda el papel fundamental de otros aspectos del entorno de la persona mayor y la contribución que pueden hacer otros sectores para aprovechar las oportunidades y resolver los retos del envejecimiento de la población.

El proceso de *Envejecimiento Saludable* se basa en que todos los sectores comparten un objetivo común: fomentar y mantener la capacidad funcional. Por lo tanto, este capítulo se estructura en torno a cinco dominios clave de la capacidad funcional que son esenciales para que las personas mayores puedan:

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

Estas capacidades son fundamentales para que las personas mayores puedan hacer las cosas que valoran. Juntas, les permiten envejecer de forma segura en un lugar adecuado para ellas, continuar con su desarrollo personal, ser incluidas y contribuir a sus comunidades conservando su autonomía y salud.

Si bien las cinco capacidades se abordan en forma independiente en el texto, se encuentran muy conectadas. Por ejemplo, participar en el trabajo puede ser esencial para satisfacer las necesidades básicas. Satisfacer las necesidades básicas es necesario para aprender y crecer, y las oportunidades para aprender y crecer también son oportunidades para establecer relaciones.

En estos análisis influyen tres consideraciones importantes. En primer lugar, lo que los adultos pueden hacer física o mentalmente (su capacidad intrínseca) es solo una parte de su potencial. Lo que realmente son capaces de hacer (su capacidad funcional) dependerá de la adecuación que exista entre ellos y su entorno. En segundo lugar, se necesita un cambio de paradigma respecto de la forma en

Recuadro 6.1. Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores

Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un buen lugar para envejecer. Las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores promueven el envejecimiento activo y saludable, y, por lo tanto, se preocupan por el bienestar durante todo el curso de la vida. Ayudan a que las personas mantengan su independencia por el mayor tiempo posible y, cuando es necesario, proporcionan asistencia y protección, siempre respetando la autonomía y la dignidad de las personas mayores.

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS fue establecida en 2010 para apoyar a los municipios que deseaban hacer realidad estas ambiciones, contando con la participación de personas mayores en el proceso y aprovechando al máximo las oportunidades a nivel local. Con su trabajo, la red procura:

- **inspirar** el cambio y mostrar lo que se puede hacer y cómo se puede hacer;
- **conectar** ciudades y comunidades de todo el mundo para facilitar el intercambio de información y experiencias;
- **apoyar** a las ciudades y comunidades para encontrar soluciones mediante orientación técnica innovadora y de base empírica.

La red se basa en el trabajo previo de la OMS, y en 2015 incluía más de 250 ciudades y comunidades en 28 países. Los miembros de la red se comprometen a:

- interactuar con las personas mayores y otros interesados en distintos sectores;
- evaluar si sus ciudades están adaptadas a las personas mayores y determinar prioridades para la acción;
- usar los resultados de la evaluación para formular políticas y hacer planes con base empírica en diversos campos, de modo de adaptar sus "estructuras y servicios para que sean accesibles e inclusivos para personas mayores con diversas necesidades y capacidades" (3).

Las intervenciones de adaptación a las personas mayores responden a necesidades locales. En la ciudad de Nueva York, por ejemplo, el programa Safe Streets for Seniors (Calles seguras para los adultos mayores) del Departamento de Transporte ha diseñado medidas para aumentar la seguridad de los peatones de más edad, sobre todo en aquellos puntos de la ciudad donde personas mayores sufrieron accidentes que les provocaron lesiones graves o la muerte. Entre 2009 y 2014, se rediseñaron más de 600 cruces peligrosos y las muertes de peatones mayores se redujeron en 21 % (4).

En otras ciudades, las iniciativas se centraron en mejorar la movilidad con transporte más asequible y accesible para las personas mayores, incluso en zonas rurales. Por ejemplo, en Winnipeg (Canadá), Handi-Transit ofrece transporte a las personas mayores que no reciben un servicio adecuado del transporte público o que ya no pueden conducir (5).

Para enfrentar el problema de la soledad y el aislamiento social, muchas comunidades han puesto en marcha líneas telefónicas de ayuda y planes para hacer amigos, en los que un equipo de voluntarios visita a las personas mayores. Otra forma de abordar el tema de la soledad y el aislamiento social es mediante programas que ofrecen actividades de interés para personas mayores. Un ejemplo son los Men's Sheds en Australia e Irlanda, que ofrecen a hombres en riesgo de aislamiento social actividades de su interés, como torneado de madera, reparación de vehículos antiguos, compilación de recuerdos patrimoniales y clases de computación (6). En el portal de la red (<http://agefriendlyworld.org/en/about-us/>) se puede acceder a más ejemplos de intervenciones locales.

que la sociedad entiende el envejecimiento. Los estereotipos generalizados de discriminación de los adultos mayores por su edad como personas que siempre tienen fragilidad, representan una carga y dependen de cuidados no tienen una base empírica (capítulo 1) y limitan la capacidad de la sociedad para apreciar y liberar el potencial de los recursos sociales y humanos inherentes a las poblaciones de edad avanzada. Estas actitu-

des negativas influyen en la toma de decisiones, las opciones sobre políticas públicas y las conductas y actitudes públicas (1). En tercer lugar, el efecto del entorno será distinto en cada persona mayor, dependiendo de factores como el género, el origen étnico o el nivel educativo, lo que quizás redunde en un acceso desigual al apoyo material o psicológico, o limite las opciones de conducta y, de ese modo, afecte la capacidad de la persona

mayor de tener un *Envejecimiento Saludable* (2). Si no se consideran estas relaciones desiguales, las políticas en todos los sectores corren el riesgo de ampliar las diferencias demostradas en el capítulo 1 y el capítulo 3.

Este capítulo también se basa en la estrategia de la OMS, aplicada en el último decenio, para desarrollar ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Gran parte de este trabajo se basa en servicios clave a nivel municipal: transporte, vivienda y desarrollo urbano, información y comunicación, y servicios de salud y comunitarios. Este capítulo complementa esa estrategia estructurando las acciones favorables a las personas mayores en torno al objetivo de mejorar la capacidad funcional y extendiendo esos conceptos de forma que responda a las necesidades de todos los sectores y pueda alentarlos a trabajar juntos. Por lo tanto, el debate es de interés para todos los niveles de gobierno y todos los sectores, tanto públicos como privados.

Las acciones que se analizan adoptan diversas formas, pero mejoran la capacidad funcional de dos maneras fundamentales:

1. Por un lado, fomentan y mantienen la capacidad intrínseca mediante la reducción de los riesgos (como los altos niveles de contaminación del aire), el fomento de hábitos saludables (como la actividad física) o la eliminación de los obstáculos que limitan la adopción de esos hábitos (como los altos índices de delincuencia o el tráfico peligroso), o la prestación de servicios que fomentan la capacidad (como la asistencia sanitaria).
2. Por otro, propician una mayor capacidad funcional; en otras palabras, salvan la brecha entre lo que las personas pueden hacer teniendo en cuenta su nivel de capacidad y lo que podrían hacer si vivieran en un entorno propicio (por ejemplo, con tecnologías de apoyo adecuadas, transporte público accesible o barrios más seguros). Al respecto, es importante reconocer que, aunque las intervenciones a nivel de la

población tal vez mejoren el entorno para muchas personas mayores, muchas otras no podrán beneficiarse plenamente sin un apoyo adaptado a sus necesidades.

Este capítulo tiene por objeto ofrecer un panorama general de las cinco capacidades y analizar cómo se las puede fomentar. El propósito es ayudar a los responsables de tomar decisiones a reflexionar sobre las prácticas actuales y proporcionar apoyo para poder avanzar. Las lecciones aprendidas y compartidas por los miembros de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS (recuadro 6.1) se reflejan en muchos de los ejemplos.

Capacidad para satisfacer las necesidades básicas

Quizás la capacidad más importante de las personas mayores sea la de gestionar y satisfacer sus necesidades inmediatas y futuras para asegurarse un nivel de vida adecuado, como se establece en el artículo 25 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de las Naciones Unidas (7). Esta capacidad comprende que las personas mayores sean capaces de acceder a alimentación, vestido y vivienda apropiados, y servicios de salud y los cuidados a largo plazo. También abarca contar con apoyo para reducir al mínimo la conmoción económica que en ocasiones producen la enfermedad, la discapacidad, la pérdida de un cónyuge o de los medios de vida (7).

La incapacidad de las personas mayores para satisfacer sus necesidades básicas puede ser tanto una causa como un efecto del deterioro de la capacidad (8–11). No obstante, el entorno también tiene un papel crucial. Las políticas sociales insuficientes, los acuerdos económicos injustos (por los cuales quienes ya tienen dinero y salud se vuelven más ricos, y los pobres, que tienen más probabilidad de enfermarse, se vuelven más pobres) y las políticas inadecuadas (12) hacen que sea mucho más difícil satisfacer las necesidades básicas de

los adultos mayores y, por lo tanto, limitan lo que estas personas pueden o podrían hacer.

Además de servicios de salud y los cuidados a largo plazo, las necesidades básicas más importantes señaladas por las personas mayores son la seguridad personal, la seguridad económica y la vivienda adecuada (13, 14). En esta sección se repasa brevemente lo que se sabe sobre estas tres importantes esferas, sus implicaciones para el *Envejecimiento Saludable* y el potencial para la acción.

Seguridad económica, vivienda y seguridad personal

La falta de seguridad económica en la vejez es un gran obstáculo para el *Envejecimiento Saludable* y para reducir las inequidades en salud (12). La prevalencia de la pobreza entre las personas mayores en comparación con la población general varía considerablemente a nivel mundial. En Europa, una de cada cinco personas mayores tiene un ingreso por debajo de la línea de pobreza, y las personas de más de 80 años son las más afectadas. Cada país europeo, no obstante, presenta características distintas. En la mayoría de los países de la Unión Europea, las personas mayores tienen mayor riesgo de caer en la pobreza que la población general, pero en algunos de estos países, como Francia, Hungría, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia y la República Checa, los adultos mayores parecen contar con una protección relativamente buena frente a la pobreza (15). Esto demuestra que se puede cambiar la situación por medio de políticas nacionales. En los países de ingresos altos en general, el nivel de seguridad económica de una persona tiende a cambiar poco en el curso de la vida: las personas que eran ricas en sus primeros años de vida siguen siéndolo en los años posteriores y las personas que eran pobres continúan siendo pobres (15, 16). En los países de África Subsahariana, los hogares integrados únicamente por personas mayores suelen tener menos seguridad económica que aquellos

que abarcan diversas edades (17). En América Latina, los índices de pobreza en las personas mayores suelen ser menores que en la población general (18).

Algunos grupos específicos tienen mayor riesgo de no poder satisfacer sus necesidades básicas de seguridad económica. En todos los contextos, es más probable que las mujeres sean pobres, en comparación con los hombres, y que estas no hayan generado derechos de jubilación en sus años de trabajo. En los países de la OCDE, por ejemplo, las mujeres mayores tienen un 33 % más de probabilidad de ser pobres que los hombres de la misma edad (15, 19). En África Subsahariana, las personas mayores que viven con sus nietos (en lo que se conoce como *hogares donde falta una generación*) tienen mayor riesgo de pobreza (17). En los países de la OCDE, las personas mayores que viven solas, en su mayoría viudas, tienen mayor riesgo de pobreza, con índices que superan el 40 % en muchos países, como Australia, Estados Unidos, Irlanda, Japón, México y la República de Corea (15).

En todo el mundo, las personas mayores con ingresos bajos afrontan dificultades especiales para satisfacer la necesidad básica de una vivienda adecuada ([recuadro 6.2](#)). La vivienda habitualmente es el mayor gasto doméstico para las personas mayores pobres y el principal factor que determina cuánta comida hay y si se enciende la calefacción cuando hace frío (21, 22). Garantizar que las personas mayores vivan en una vivienda adecuada y de un tamaño manejable para su núcleo familiar, y cuya calefacción puedan costear, se asocia con un mejor estado de salud y posiblemente promueva mejores relaciones sociales dentro y fuera del hogar (23). Cuando las personas mayores tienen un ingreso fijo, se ven particularmente afectadas por el nivel en que se fijan los alquileres y los costos de los servicios básicos, el mantenimiento o las reformas necesarias para adaptarse a una pérdida de capacidad. El hecho de realizar en la vivienda mejoras que aumenten el alquiler por encima de la capacidad de pago de las personas mayo-

Recuadro 6.2. El derecho a una vivienda adecuada

El derecho a una vivienda adecuada implica más que cuatro paredes y un techo (artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (20). Incluye el derecho a una vivienda segura y a una comunidad donde se pueda vivir en paz y con dignidad. El derecho a una vivienda adecuada abarca diversos conceptos relacionados con las personas mayores (21), como una vivienda que:

- garantice la protección legal de la tenencia ante desalojos forzados, acoso y otras amenazas;
- sea lo suficientemente asequible como para que los costos no pongan en riesgo ni comprometan otras necesidades básicas de los ocupantes;
- garantice el acceso a agua potable segura, saneamiento adecuado, eliminación de residuos y energía para cocinar, calefaccionar e iluminar el ambiente y preservar los alimentos;
- garantice la habitabilidad, o sea que garantice la seguridad física, proporcione un espacio adecuado, proteja contra amenazas a la salud y contra daños estructurales, y no esté ubicada en zonas contaminadas o peligrosas;
- garantice la accesibilidad y la usabilidad, por ejemplo, al tener en cuenta el deterioro de la capacidad;
- facilite el acceso al transporte, las compras, las oportunidades de empleo, los servicios de asistencia sanitaria y otros servicios sociales;
- respete la expresión de la identidad cultural.

res puede causar gran sufrimiento y tener efectos negativos en su salud (24).

También es más probable que las personas más pobres vivan en barrios desfavorecidos, con menos acceso a entornos seguros, que podrían permitirles mantenerse físicamente activas; menos recursos, como hospitales, que podrían ayudarlas a enfrentar eventos adversos; y menos acceso a alimentos saludables, que podrían ayudarlas a tener una alimentación nutritiva (25). Las características de los barrios y las comunidades también pueden incidir en los niveles de delincuencia y estrés, y llevar a las personas mayores a restringir sus movimientos. Se ha

demostrado que, cuando se combinan, estos efectos de la pobreza personal y del barrio aumentan el riesgo de presentar síntomas de depresión (26). Las personas con menos seguridad económica y menos capacidad intrínseca suelen tener menos probabilidades de satisfacer su necesidad de una vivienda adecuada. Por ejemplo, los índices más altos de discapacidad se registran entre las personas más pobres y las que tienen menos capacidad para pagar una vivienda adecuada o mejorar su situación de vivienda (27, 28). Por lo tanto, sus desventajas se acumulan (29).

La seguridad personal es otro tema crucial para las personas mayores. Esta también se ve más amenazada en los barrios desfavorecidos, aunque es importante en todos, y su ausencia tiene importantes consecuencias para la salud, el bienestar y la supervivencia (30). El maltrato y el delito pueden causar heridas, dolor, estrés y depresión. Cuando las personas mayores, en especial las mujeres, son víctimas de delitos violentos, las consecuencias suelen ser más graves que en otros grupos de edad: es más probable que las mujeres mayores necesiten más atención médica, deban ingresar a una residencia de personas mayores y mueran como resultado de una agresión (31). Las personas mayores víctimas de maltrato tienen el doble de riesgo de morir que las que informan no sufrir maltrato (32). El miedo al delito y el hecho de haber sido víctima de delito, desastre o maltrato pueden aumentar el riesgo de aislamiento social y el sentimiento de vulnerabilidad, y afectar gravemente tanto la capacidad de las personas mayores para participar en las actividades de sus familias y sus comunidades, como las iniciativas comunitarias destinadas a mejorar su salud (33, 34).

No obstante, debido a que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, sus experiencias y las consecuencias en su salud del delito, el miedo y el maltrato no son uniformes. Algunos factores como la edad, el sexo, el nivel de capacidad física o mental, el nivel socioeconómico, el origen étnico, la religión y ser parte de una minoría sexual tienen gran influencia en

el riesgo y en la forma en que este se vive. En general, las personas mayores que son pobres, que están en mal estado de salud física y mental, que dependen de cuidados y que se encuentran socialmente aisladas tienen más probabilidades de ver amenazada su seguridad personal.

Los desastres pueden dificultar que todas las personas mayores tengan posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, agua, saneamiento, vivienda y servicios de salud. Es probable que las personas mayores con menos resiliencia y que ya tenían dificultades para satisfacer sus necesidades básicas antes del desastre estén mal preparadas para mitigar los efectos de un desastre (por ejemplo, por no hacer su casa a prueba de huracanes) o para enfrentar la situación posterior. Los desastres muchas veces crean o exacerbaban amenazas a su seguridad personal, por ejemplo, cuando las personas mayores se ven obligadas a vivir en alojamientos temporarios tras un desastre (35).

¿Qué se puede hacer para mejorar la seguridad económica?

No tener grandes preocupaciones económicas es importante durante todo el curso de la vida, pero lo es más en la vejez, cuando disminuye la capacidad de generar ingresos. Hay indicios de que disponer de cierta cantidad de dinero hace que las personas sean más felices y reduce los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad (36, 37). El dinero también puede ampliar las opciones en relación con otras capacidades, como las decisiones sobre las relaciones y las opciones educativas y laborales.

La seguridad económica en la vejez puede provenir de diversas fuentes: pensiones, prestaciones del seguro social, rentas, activos y transferencias intergeneracionales. Ciertas investigaciones han demostrado que en los países de ingresos altos es más probable que los hogares de ingresos más altos dependan de diversas fuentes, mientras que los hogares más pobres tienen mayor dependencia de los ingresos provenientes

del seguro social (27). En los países de ingresos bajos, el acceso a prestaciones del seguro social y otras redes de seguridad social es muy limitado.

El apoyo de la protección social puede ayudar a satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores que no logran generar ingresos suficientes mediante pensiones contributivas, ahorros, transferencias intergeneracionales u otras fuentes. La protección social es un derecho humano fundamental que puede ser vital para las personas mayores, ya que les permite manejar los riesgos financieros y las protege de la pobreza (7, 20). Para garantizar la protección social se necesitan diversos instrumentos, como pensiones sociales, prestaciones condicionadas al nivel de ingresos y cobertura de los costos de la asistencia sanitaria atención de salud y la atención social. No obstante, la dependencia de estos instrumentos no debe estigmatizar a los adultos mayores. El análisis que se plantea a continuación se centra en las estrategias utilizadas en distintos contextos para proporcionar apoyo a los adultos mayores pobres y refleja instrumentos tanto universales como específicos. Esta sección debe leerse junto con la sección “Capacidad para contribuir”, donde se analiza, entre otros aspectos, cómo apoyar a las personas mayores para que permanezcan en la fuerza laboral sin perjudicar sus posibilidades de un *Envejecimiento Saludable*.

Las pensiones no contributivas (transferencias de efectivo dirigidas a las personas mayores) pueden elevar la posición social de las personas mayores en la familia, permitir que sigan participando en las decisiones del hogar y mejorar su acceso a los servicios (12, 38, 39). También pueden contribuir a la equidad de género porque las mujeres tienden a vivir más, pero suelen tener menos acceso a las pensiones tradicionales. Especialmente en los países de ingresos bajos, los sistemas de pensiones sociales también pueden mejorar el bienestar de otros miembros del hogar, incluidos los niños, ya que el dinero adicional que ingresa puede, por ejemplo, ayudar a que los niños vayan a la escuela y usarse para mejorar su alimentación (40). De modo que otor-

gar una pensión no contributiva a una persona mayor puede ayudar a romper un ciclo intergeneracional de pobreza. Varios países han establecido planes de pensiones no contributivos que pueden utilizarse para prestar asistencia a personas mayores vulnerables. En Chile, por ejemplo, las mujeres y los hombres pobres reciben una pensión no contributiva si no están incluidos en los sistemas de pensiones formales, que solo otorgan prestaciones tras años de trabajo y aportes. Las mujeres mayores por lo general son más pobres que los hombres mayores, de modo que, proporcionalmente, reciben más beneficios del programa, sobre todo en las zonas rurales (18). Este es un ejemplo de una política sobre el envejecimiento que resulta eficaz para combatir las inequidades mencionadas en este informe.

Los instrumentos de cobertura y financiamiento pueden reforzarse para enfrentar estas vulnerabilidades (41). En Namibia se otorga una pensión universal, que no está condicionada al nivel de ingresos, a las personas de 60 años y más. Alrededor del 88 % de las personas que reúnen los requisitos necesarios reciben esta pensión, que se ha convertido en la principal fuente de ingresos para el 14 % de los hogares rurales y el 7 % de los hogares en zonas urbanas. Además de ser un importante instrumento de reducción de la pobreza, con frecuencia beneficia indirectamente a los niños que viven en hogares donde falta una generación porque sus padres trabajan en otro lugar o murieron de SIDA (18). Por ejemplo, un estudio realizado en Sudáfrica comprobó que las niñas que vivían con abuelas que recibían una pensión social tenían estatura y peso más adecuados a su edad (42). Pese al conflicto y las secuelas, Nepal también ha mantenido y desarrollado pensiones no contributivas para personas mayores (43). La República de Corea implementó en 2008 una pensión básica para la vejez: una pensión no contributiva y condicionada al nivel de ingresos, que constituye un mecanismo de protección social. Esta pensión ha mejorado la capacidad de las personas mayores de satisfacer sus necesidades básicas, como cale-

Recuadro 6.3. Promoción de la rendición de cuentas ante las personas mayores y más pensiones en Bangladesh

La organización no gubernamental Resource Integration Centre trabajó con personas mayores en 80 pueblos de Bangladesh para crear asociaciones. Las asociaciones eligieron a algunos miembros para supervisar los derechos a prestaciones de las personas mayores, como el subsidio a la vejez, el subsidio de viudez y el acceso a servicios de salud. Se comprobó que muy pocas personas recibían los beneficios que les correspondían: menos de 1 de cada 10 en una zona. Las asociaciones de personas mayores se reúnen con regularidad con los gobiernos locales para ayudar a las personas a reclamar sus derechos de pensión; como resultado, las pensiones se quintuplicaron y los bancos mejoraron los procedimientos para prestar servicios a las personas mayores (46).

facción y alimentación nutritiva, sobre todo en el grupo de mayor edad (44). En Kazajstán también se ha demostrado que las pensiones tienen una influencia importante en la reducción de la pobreza en las personas mayores (45).

No obstante, para satisfacer las necesidades económicas de las personas mayores pobres es necesario mucho más que otorgar pensiones (recuadro 6.3). Se necesitan distintas formas de apoyo directo e indirecto, como las que se presentan a continuación.

- Poner a disposición de la comunidad programas de capacitación que se ajusten a las necesidades de los trabajadores mayores y les permitan trabajar por más tiempo.
- Cambiar las actitudes de los empleadores respecto del valor y las contribuciones de los trabajadores mayores.
- Prestar atención social en el hogar y la comunidad para las personas más pobres y mayores (dos categorías que con frecuencia se superponen), y para aquellas que no cuentan con apoyo familiar. Con frecuencia, las mujeres conforman gran parte de este grupo (47). Por ejemplo, en Jordania, las

transferencias de efectivo selectivas (pagos directos de dinero realizados a personas que reúnen los requisitos necesarios) favorecen a las mujeres pobres y a los hogares encabezados por personas mayores, pero además este beneficio se entrega en un contexto de redes familiares y comunitarias y de un importante apoyo social adicional proporcionado por organizaciones religiosas y organizaciones no gubernamentales (18).

- Prestar atención social esencial a partir de un nivel mínimo definido a escala nacional que satisfaga criterios específicos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (capítulo 4) (48).
- Elaborar políticas que ofrezcan seguro de desempleo y seguro de enfermedad, incluida la cobertura para gastos médicos catastróficos (48).
- Conectar a trabajadores informales con distintas formas de cobertura de pensiones y seguridad social (49). En India, por ejemplo, el plan nacional de pensiones se ha ampliado para incluir a trabajadores informales (50).
- Proporcionar atención a familias que cuidan a familiares mayores (capítulo 5).

¿Qué se puede hacer para asegurar una vivienda adecuada?

Las personas mayores quieren una vivienda que les permita vivir con comodidad y seguridad, cualquiera sea su edad, ingreso o nivel de capacidad. Para algunas, se trata del deseo de envejecer en la comunidad donde han vivido, o sea, de permanecer en su casa y en su comunidad mientras envejecen (28, 51–54). Para otras, el envejecimiento en la comunidad quizás no sea recomendable. Por ejemplo, la vivienda quizás deje de servirles si el barrio ha sufrido un proceso de declive o de aburguesamiento y si las redes y los servicios comunitarios de los que dependían han desaparecido. En otros casos, la vivienda puede ser inadecuada al punto de tornarse perjudi-

cial para la persona mayor, lo que sucede muy a menudo en contextos de bajos recursos. En estos contextos, los servicios básicos limitados, los múltiples riesgos para la seguridad y los hogares intergeneracionales superpoblados pueden restringir la comodidad y la seguridad (55) (Fuente: I. Aboderin, [African Population and Health Research Center] Older men and women's experience of older age in three sub-saharan cities [datos inéditos], 27 de julio de 2015).

Las políticas deben hacer que las necesidades y preferencias de las personas mayores concuerden mejor con su vivienda, mediante mecanismos que se ocupen de los cambios inevitables que ocurren tanto en las personas como en los lugares con el transcurso del tiempo (56). Entre los beneficios de una mejor adecuación se incluyen: mejoras en la salud mental, menos lesiones, la capacidad de mantener vínculos tanto con el hogar como con la comunidad, y mayor autonomía e independencia (54).

Es importante debatir sobre programas y políticas generales de vivienda y lo que se puede hacer para proporcionar viviendas adecuadas y barrios seguros. Pero esto va más allá del alcance de este informe, cuyo propósito es centrarse en lo que se puede hacer para que las políticas contemplen el envejecimiento de la población y se concentren específicamente en las personas mayores pobres y en aquellas que presentan deterioro de la capacidad. Las medidas que se pueden adoptar involucrarán a distintas organizaciones, disposiciones de gobernanza, instrumentos de financiamiento, tipos de alojamiento y proveedores. Cualquier medida que se escoja dependerá del contexto.

Facilitar opciones a las personas mayores

Las personas mayores de todos los grupos de ingresos y de todos los contextos deben tener acceso a diversas opciones para acceder a una vivienda adecuada y asequible. Puede tratarse de viviendas regidas por el mercado para quienes puedan costearlas, viviendas sociales, centros de vida asistida, comunidades de atención con-

tinua (que ofrecen opciones residenciales según los distintos niveles de capacidad: vida independiente, vida asistida o internación) y centros de vida compartida, como albergues y hogares de atención especializada.

En la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* y el *Protocolo Facultativo* de las Naciones Unidas se reconoce que todas las personas con discapacidad tienen los mismos derechos a vivir en su comunidad, a elegir dónde y con quién vivir, y a no verse obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico (57). En el artículo 19 de la Convención también se incluyen disposiciones para una variedad de servicios de atención domiciliaria, residencial y otros servicios comunitarios, que pueden representar opciones rentables para permitir el envejecimiento en la comunidad. Se ha demostrado, por ejemplo, que la teleasistencia (la prestación de servicios a distancia) mejora la capacidad de las personas mayores de mantenerse en sus hogares, incluso en casos de personas con demencia. En Bradford (Inglaterra), un proyecto piloto que proporcionaba teleasistencia a adultos mayores comprobó que el 26% de las personas que participaban en el programa de teleasistencia pudieron permanecer en su hogar, y evitar así el ingreso no deseado a un hogar de atención especializada (58). Otro 13% de las personas que participaban en el programa evitaron la hospitalización, y se registró una reducción del 29% en el número de horas necesarias de atención domiciliaria. Este fue un proyecto piloto, pero si se amplía hasta su capacidad máxima, se estima que el programa ahorraría importantes recursos (58).

Formular políticas que apoyen las reformas en las viviendas y el acceso a tecnologías de apoyo

La accesibilidad de las viviendas y la funcionalidad de las reformas y los dispositivos de apoyo son de especial importancia para los adultos mayores porque es probable que pasen más tiempo que las personas más jóvenes en el hogar, o en las inme-

diaciones, y quizás tengan menos capacidad intrínseca para superar obstáculos como pisos desnivelados o calles con baches (59). El deterioro de la capacidad intrínseca es la razón más común por la cual las personas no pueden continuar viviendo en su hogar y deben mudarse (60). Muchas personas mayores habitan viviendas que fueron construidas hace mucho tiempo y tienen elementos potencialmente peligrosos —como alfombras, puertas estrechas, baños inaccesibles y poca luz—, que se transforman en obstáculos para la independencia a medida que las personas envejecen y pierden capacidad (52, 61). Cuando las personas sufren una pérdida importante de la capacidad, los que antes eran obstáculos domésticos menores posiblemente se transformen en grandes obstáculos que les impidan satisfacer sus necesidades diarias, por lo que en muchos casos las personas mayores no podrán regresar a su casa luego de una hospitalización o necesitarán vivir por un tiempo en una vivienda mejor adaptada (62).

Las reformas del hogar (conversiones o adaptaciones realizadas a elementos físicos permanentes de la vivienda para reducir las exigencias del entorno físico) pueden tener diversos beneficios: facilitan las tareas; reducen los riesgos para la salud, como las caídas ([recuadro 6.4](#)); proporcionan mayor seguridad; ayudan a mantener la independencia con el transcurso del tiempo; tienen efectos positivos en las redes y relaciones sociales, y facilitan así el compromiso continuo con la sociedad (24, 61, 72). Se ha demostrado que las reformas del hogar son eficaces en función del costo ([recuadro 6.5](#)). Por lo general, se centran en uno o más de los siguientes tres aspectos:

- la accesibilidad física: por ejemplo, mediante la eliminación de obstáculos (como escaleras de ingreso) y la inclusión de elementos de ayuda para la movilidad y la seguridad (como barras de sujeción en las duchas y cerca de los inodoros);
- la comodidad: por ejemplo, mediante la mejora de la eficiencia energética con la instalación de aislamientos y burletes (25);

- la seguridad: por ejemplo, mediante la reducción del polvo en el aire o la instalación y el mantenimiento de mecanismos para evitar lesiones, como pisos antideslizantes en los baños.

Las personas mayores pueden hacer planes con tiempo e integrar los cambios necesarios para asegurar la accesibilidad —por ejemplo, agregar barras de sujeción cuando renuevan el baño—, o pueden realizar los cambios a medida que su capacidad disminuye. Debido a que la capacidad de las personas mayores puede deteriorarse con rapidez, es necesario garantizar que las evaluaciones sean oportunas y que los cambios se realicen en forma rápida, de modo que las personas mayores puedan mejorar todo lo posible sus trayectorias de funcionamiento y envejecer en la comunidad (72). El hogar puede ser una base importante desde la cual promover los vínculos, por lo que las personas mayores deben tener control sobre cualquier decisión acerca de las modificaciones propuestas (61).

A continuación se presentan algunos ejemplos de políticas o programas que se han puesto en marcha para ayudar a las personas mayores a realizar reformas en el hogar. Los programas deben asegurar que la información sobre los servicios disponibles para ayudar con las modificaciones se encuentre en formatos accesibles y fáciles de entender.

- Préstamos, subvenciones o transferencias directas (subsidios). Se entregan directamente a las personas mayores o a los propietarios cuyos residentes mayores cumplen determinados criterios (como un determinado nivel de ingresos), y los propietarios deben acordar no aumentar el alquiler de ninguna persona mayor a causa de las adaptaciones (74, 75). Se han usado en muchos países de Europa, América del Norte y el Caribe, y pueden destinarse específicamente a personas mayores que sean pobres, pero que sean propietarias de su vivienda, y a propietarios con

Recuadro 6.4. Intervenciones en el entorno que evitan caídas

El entorno inmediato tiene un importante papel en la protección de las personas mayores contra las caídas. Una revisión sistemática de intervenciones polifacéticas a nivel de la población que fueron evaluadas en estudios realizados en Australia, Dinamarca, Noruega y Suecia mostró que se evitaron entre el 6 % y el 75 % de las lesiones relacionadas con caídas (63).

Además del tratamiento de afecciones de salud y el control de medicamentos, se ha demostrado que diversas intervenciones en el entorno resultan útiles para reducir los riesgos en el caso de los adultos mayores que viven integrados en la comunidad (64):

- educación para las personas mayores a fin de ampliar sus conocimientos y reducir el temor a las caídas (63, 65, 66);
- visitas a domicilio realizadas por profesionales de la salud a personas en situación de alto riesgo (65, 67, 68). Las evaluaciones conjuntas realizadas por prestadores de asistencia sanitaria certificados y la persona mayor pueden ser más exhaustivas y lograr un mejor seguimiento que la autoevaluación por separado o una evaluación realizada solo por un médico general (69);
- información sobre la reducción de riesgos en el hogar (65, 68);
- capacitación para prestadores de servicios municipales, trabajadores sanitarios y nuevos proyectistas de viviendas sobre cómo eliminar riesgos en el hogar y los espacios públicos (70);
- oportunidades para realizar actividad física (65), como programas de caminatas (67) o clases de taichi en la comunidad (66) (recuadro 6.12);
- mejoras en el entorno físico del barrio, como mejorar la iluminación de los espacios públicos y construir calles y senderos peatonales más accesibles y seguros (67);
- educación comunitaria sobre prevención y manejo de caídas mediante folletos, afiches, la televisión y la radio (68, 70, 71), y con la participación de medios de comunicación locales y servicios y organismos comunitarios (65, 67, 71).

inquilinos de ingresos bajos. Por ejemplo, en Alemania, el *Pflegeversicherung* (un seguro nacional de asistencia basado en

el libro XI del Código Social) subsidia reformas en el hogar para todas las personas que requieren atención a largo plazo en su domicilio, incluidas personas mayores y otras. Las personas pueden solicitar hasta 4.000 euros para financiar reformas en su vivienda. Si la capacidad de una persona se deteriora y sus necesidades cambian, puede volver a solicitar un financiamiento hasta un máximo del mismo monto. La demanda de subsidios para realizar reformas en el hogar casi se ha cuadruplicado (al pasar de 39 millones de euros en 1998 a 143 millones de euros en 2013) y hoy representa el 0,62 % de los gastos totales en virtud del mencionado seguro (*Fuente:* B. Hernig [Verband der Ersatzkassen] comunicación personal con Matthias Braubach, 13 de mayo de 2015).

- Planes para mantener la vivienda en buenas condiciones: en Australia (76), las Bahamas y Barbados (77), así como en el Reino Unido (78), existen planes que ofrecen servicios de limpieza y reparación para ayudar a las personas mayores vulnerables o con salud delicada que pueden sentir temor a que un extraño ingrese a su casa o a manejar los aspectos económicos de las reparaciones.

Es posible que las iniciativas destinadas a mejorar la accesibilidad de las viviendas deban ir acompañadas del suministro de tecnologías de apoyo (79), como bastones, andadores, asientos de ducha, tablas de bañera, alfombras de baño antideslizantes y asientos de inodoro adaptados, o calendarios con símbolos para personas con deterioro cognitivo. Para que los dispositivos sean apropiados, adecuados y de alta calidad, deben satisfacer las necesidades y preferencias de las personas mayores y adaptarse a su entorno. Además, debe realizarse un correcto seguimiento para asegurar su utilización segura y eficaz (80).

Existen otras tecnologías que pueden ayudar a mejorar la seguridad de la persona mayor en el

Recuadro 6.5. Dinero bien invertido: la efectividad y el valor de realizar reformas en la vivienda

En un estudio realizado en el año 2000, se examinó la efectividad de recurrir al financiamiento público para realizar reformas en las viviendas de personas mayores y otras personas con capacidad limitada en Inglaterra y Gales (73). El estudio entrevistó a personas en cuyos hogares se realizaron grandes adaptaciones y se usó información de cuestionarios postales enviados por personas con hogares que realizaron adaptaciones menores, también se usó registros administrativos y opinión de profesionales visitantes. El principal parámetro de efectividad fue la medida en que los problemas reportados antes de la adaptación fueron solucionados sin causar nuevos problemas. En el estudio se comprobó lo siguiente:

- Las adaptaciones menores (como el agregado de barras de sujeción, rampas, bañeras con ducha y sistemas de ingreso) tuvieron consecuencias duraderas y positivas para casi todos los receptores: el 62 % de los encuestados se sentía más seguro frente al riesgo de un accidente y el 77 % notó un efecto positivo en su salud.
- Las grandes adaptaciones (como las transformaciones del baño, las ampliaciones o la incorporación de un ascensor), en la mayoría de los casos transformó la vida de las personas: antes las personas usaban palabras como *prisionero*, *degradado* y *temeroso* para describir su situación; después de las adaptaciones, se referían a sí mismos como *independiente*, *útil* y *confiado*.
- Cuando las grandes adaptaciones no lograron el resultado previsto, generalmente se debió a una falla en la especificación original. Por ejemplo, las ampliaciones demasiado pequeñas o demasiado frías, o no ofrecían instalaciones de baño adecuadas.
- Los datos indicaban que las adaptaciones exitosas mantenían a las personas alejadas del hospital, reducían el estrés de los cuidadores y promovían inclusión social.
- Los beneficios eran más notorios cuando realizaban consultas minuciosas a los usuarios, cuando consideraban las necesidades de toda la familia y se respetaba la integridad del hogar.

Parece que las adaptaciones representan un uso altamente eficaz de los recursos públicos, por lo que justifican la inversión.

hogar. Los sensores y las cámaras pueden monitorear la vivienda y analizar datos para determinar si, por ejemplo, la persona mayor se cayó, activó el detector de humo o se marchó. Una revisión sistemática de tecnología de hogar inteligente reveló que las personas mayores estaban dispuestas a contar con estas tecnologías en su vivienda si existían beneficios tangibles y si se tomaban en cuenta sus inquietudes respecto de la privacidad (79).

Algunas investigaciones han demostrado que el suministro de un paquete integral de adaptaciones para la vivienda y tecnologías de apoyo para personas mayores sería eficaz en función del costo, dado que reduciría la necesidad de asistencia formal (81).

Formular políticas que amplíen las opciones de vivienda adecuada para las personas mayores

Las necesidades, las preferencias, las modalidades de convivencia y las situaciones financieras de las personas mayores varían enormemente alrededor del mundo. Por lo tanto, las políticas para garantizar que cuenten con una vivienda adecuada deben ofrecer soluciones diversas (51). Debido a que la vivienda de las personas mayores con ingresos bajos representa un desafío especial para el *Envejecimiento Saludable*, en esta sección se analiza específicamente el tema de la vivienda social y asequible. Las estrategias para que la vivienda sea asequible requieren que se mejore la capacidad de las personas mayores para pagar una vivienda adecuada o que se ofrezcan viviendas sociales. Es probable que estas estrategias exijan la colaboración de los gobiernos, los servicios sociales y el sector privado.

Los países han enfrentado el problema de la asequibilidad de distinta manera, pero siempre teniendo en cuenta tanto la oferta como la demanda. Entre las estrategias para aumentar la demanda se encuentra aumentar el dinero disponible de las personas mayores para alquilar o comprar una vivienda adecuada. En Uruguay, por ejemplo, se otorgan beneficios de vivienda

basados en los ingresos de la persona, que pueden usarse para pagar una parte o la totalidad del alquiler (77). En otros países de la región también se ofrecen subsidios directos para realizar mejoras en el hogar. Los gobiernos también pueden influir en el costo del alquiler o en su impacto en las personas mayores. En algunos países, como Estados Unidos, se han entregado vales para viviendas subvencionadas, para que los inquilinos puedan envejecer en la comunidad. Para los propietarios mayores con ingresos bajos, existen los programas de reducción de impuestos sobre bienes raíces (27). En Sudáfrica existen subvenciones para quienes reciben un subsidio de vejez que les permite construir o comprar una casa. Otras estrategias para aumentar el ingreso disponible de las personas mayores incluyen el uso de una casa libre de gravamen como activo para canjear por dinero en efectivo o usar como garantía para un préstamo (82).

Otra opción podría ser instrumentar una política que apoye el traslado de las personas mayores a viviendas más adecuadas. Por ejemplo, en los Países Bajos se entrega un subsidio específico para vivienda para ayudar a las personas mayores a mudarse a una casa más adecuada (25). En Nicaragua existe una ley que otorga a las personas mayores, o a los hogares donde vive una persona mayor, acceso preferente a los proyectos de vivienda social (77).

Cada vez es más difícil asegurar una oferta adecuada de viviendas apropiadas y asequibles — desde viviendas regidas por el mercado y viviendas de bajo costo hasta viviendas de alquiler en comunidades de vida asistida—, sobre todo en muchas regiones donde quedan menos viviendas sociales (83). Existen, no obstante, diversas opciones financieras, como préstamos, subsidios e incentivos, que pueden utilizarse para aumentar el número de viviendas sociales y asequibles (27, 53, 84).

También se pueden implementar políticas y programas para ampliar la oferta de viviendas o barrios, de manera de satisfacer las condiciones para una vivienda adecuada. Las iniciativas

para mejorar las viviendas en las zonas desfavorecidas pueden constituir una estrategia basada en la población para mejorar la salud y reducir las inequidades sanitarias en el curso de la vida. Las iniciativas que van más allá de las viviendas para mejorar las zonas que presentan más problemas muchas veces son más rentables que las estrategias que trasladan a las personas de contextos socioeconómicos pobres a zonas más favorecidas (25).

Es más barato construir viviendas nuevas accesibles y con un consumo de energía más eficiente que modernizar las que ya existen. En muchos países, las leyes y normas sobre discapacidad y accesibilidad afirman la necesidad de proporcionar acceso a todas las personas. Aunque las tasas de renovación del patrimonio de viviendas sean bajas y no sea factible centrarse en la construcción de viviendas nuevas en el corto plazo, es importante garantizar que las viviendas con respaldo estatal cumplan con los principios del diseño universal, consuman energía de manera eficiente y sean capaces de aprovechar las innovaciones en materia de diseño de viviendas que pueden servir a las personas a medida que envejecen. También es posible utilizar códigos de construcción que requieran características accesibles para garantizar que los promotores inmobiliarios de viviendas regidas por los precios del mercado construyan casas y dispongan renovaciones más adaptadas a las personas mayores. Los arquitectos, constructores y urbanistas deben tomar conciencia de la importancia de garantizar la accesibilidad. Esto resulta particularmente importante en los proyectos de renovación urbana a gran escala y durante la reconstrucción tras un desastre.

¿Qué se puede hacer para satisfacer la necesidad de seguridad personal?

Las personas mayores necesitan estar y sentirse seguras y protegidas en su casa y en su comunidad (esto supone evitar tanto lesiones como daños intencionados). Las lesiones, el maltrato,

los delitos y los desastres socavan la seguridad personal de los adultos mayores. En esta sección se abordan tres temas que ponen en riesgo la seguridad personal de los adultos mayores: los delitos (por ejemplo, robos, asaltos y homicidios), el maltrato de las personas mayores (por ejemplo, maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico y material, y abandono y negligencia) y los desastres. La seguridad relacionada con lesiones por accidentes de tránsito y caídas se aborda en las secciones “Capacidad de movimiento” y “¿Qué se puede hacer para asegurar una vivienda adecuada?”.

Si bien hay poca información sobre qué se puede hacer para salvaguardar la seguridad personal de los adultos mayores, la información que se presenta a continuación se basa en datos que indican que ciertas estrategias benefician a las personas mayores y tienen un riesgo limitado de efectos negativos imprevistos.

Delitos

Aunque es más probable que las personas mayores sientan más miedo al delito que los miembros más jóvenes de la comunidad, es posible que la probabilidad de que sean víctimas de un delito o la violencia correspondiente sea menor (85). No obstante, es probable que la menor prevalencia del delito observada contra las personas mayores no se deba a una reducción del riesgo con la edad, sino, más bien, al aumento de conductas que se originan en el miedo y reducen la exposición (por ejemplo, las personas mayores quizás pasen más tiempo en casa) (30). El miedo al delito se agudiza con las mayores desigualdades, las relaciones y actitudes intergeneracionales negativas, y una cultura mediática que explota los delitos con fines sensacionalistas (86).

Para mejorar la seguridad personal de las personas mayores y de sus viviendas, es preciso adoptar medidas en el hogar y en la comunidad en general. Esas medidas, como la instalación de cerraduras o alarmas, deben ir acompañadas de iniciativas para mantener la vivienda, de modo que no parezca descuidada o de fácil acceso. Por

Recuadro 6.6. Las personas mayores conocen a las policías locales en Nueva Delhi (India)

Sangam Vihar, en Delhi Sur (India), es uno de los asentamientos ilegales más grandes del país y no cuenta con servicios públicos, como agua, electricidad y saneamiento. Una encuesta comunitaria reveló que los adultos mayores estaban especialmente preocupados por la seguridad y tenían muy poco contacto con los agentes policiales locales.

Con apoyo político local, se puso en marcha un programa para facilitar el contacto entre los adultos mayores y la policía comunitaria en seis distritos de Sangam Vihar (esto incluía a unos 1.800 adultos mayores). Con la ayuda de dos comisarías de la localidad, los adultos mayores pudieron conocer a las policías locales y recibieron tarjetas con los números de teléfono de todos los policías que patrullaban las calles. Para alentar a los adultos mayores a usar los números telefónicos cuando fuera necesario, practicaron llamar a las policías locales. Las comisarías elaboraron un registro de los adultos mayores que participaron para poder reconocerlos en caso de que llamaran. Además, los policías averiguaban qué adultos mayores vivían solos y los visitaban con regularidad. Un pequeño estudio de seguimiento realizado cuatro meses después de la implementación reveló que más del 50 % de los adultos mayores aún conservaba la tarjeta de contacto. Si bien este programa parece prometedor, es necesario realizar más investigaciones para entender su impacto en la seguridad personal.

Fuente: B. Grewel, L. Warth, comunicación personal, junio de 2015.

ejemplo, el proyecto Security and Advice For the Elderly (Seguridad y Consejos para las Personas Mayores), en Nottinghamshire (Inglaterra), constató una reducción del 93 % en los robos en residencias particulares de personas mayores de ingresos bajos a las que se habían entregado mejores cerraduras y que habían adoptado otras medidas preventivas (87). Las decisiones urbanísticas y de uso del suelo también aumentan la seguridad personal de las personas mayores si las medidas incluyen el diseño de estructuras y

entornos seguros, accesibles y bien iluminados. Para mejorar la seguridad de las personas mayores, es importante garantizar que las autoridades locales proporcionen espacios más seguros e identifiquen y respondan a los problemas de seguridad (recuadro 6.6).

Es importante reducir el miedo de las personas mayores al delito y, al mismo tiempo, incentivarlas a mantenerse alertas ante los riesgos reales. Es más probable que los adultos mayores que se mantienen activos, se involucran en sus comunidades y se sienten necesarios no tengan miedo al delito. Las personas aisladas tienen más probabilidades de perder la confianza, y es necesario centrarse específicamente en ellas cuando se trabaja en la participación de la comunidad con el objeto de reducir el miedo. Por ejemplo, en Queensland (Australia), el Departamento de Salud y Envejecimiento elaboró un kit de información sobre delito y seguridad, y capacitó a las organizaciones comunitarias en su uso para disipar mitos y temores sobre la magnitud de los delitos perpetrados contra personas mayores (87). Otra estrategia consiste en suscitar el compromiso de los medios de comunicación para evitar en lo posible el sensacionalismo en la información sobre delitos contra personas mayores y promover imágenes positivas de adultos mayores que participan en sus comunidades (86).

Lo mejor es implementar las estrategias para prevenir los delitos y reducir el miedo a nivel del gobierno local y como parte de una estrategia de seguridad comunitaria (87). Los programas que aprovechan las capacidades de todos los interesados, como el gobierno, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de personas mayores y la policía, probablemente sean los más eficaces (87).

Maltrato de las personas mayores

Es probable que al menos una de cada diez personas mayores que viven en la comunidad sufra maltrato, y las mujeres son las más vulnerables (capítulo 3) (88). Muy posiblemente esta cifra sea

Recuadro 6.7. La lucha contra el abuso financiero de las personas mayores en California

El abuso financiero de las personas mayores (también conocido como *estafas a personas mayores*) abarca un amplio espectro de actividades. Las transacciones inusuales constituyen el indicador más obvio, como sucede cuando un cliente que generalmente retira 2.000 dólares de pronto retira 30.000 dólares. Otras formas más sutiles de abuso financiero quizás sean más difíciles de detectar. Estas incluyen estafar a una persona mayor por teléfono o por Internet, obligar a una persona mayor a firmar una escritura o un testamento, usar propiedades o posesiones de una persona mayor sin su permiso, o incluso cuando alguien promete prestar asistencia de por vida a cambio de dinero y luego no cumple con lo prometido.

El abuso financiero de las personas mayores se considera uno de los delitos de más rápido crecimiento en Estados Unidos; los adultos mayores pierden cada año alrededor de 2.900 millones de dólares y solo uno de cada seis casos se denuncia (74). Según un amplio estudio acerca del abuso financiero de las personas mayores en Estados Unidos, los responsables más comunes no son desconocidos, sino familiares (58 %) y, más habitualmente, hijos adultos de la persona mayor (25 %). Otros autores comunes de este delito son amigos y vecinos (17 %) y cuidadores remunerados en el domicilio (15 %). Se ha constatado que el abuso financiero afecta de manera desproporcionada a los adultos mayores afroamericanos y a aquellos que viven por debajo de la línea de pobreza. También se comprobó que los adultos mayores que tenían dificultades para tener una vida independiente corrían más riesgo de ser explotados. Cuando las personas mayores necesitan ayuda para hacer las compras o preparar la comida, es más probable que los posibles perpetradores obtengan acceso a sus finanzas (90). En California, el gobierno, organizaciones de atención a personas mayores, empresas y particulares lograron implementar con éxito una serie de medidas coordinadas para enfrentar el abuso financiero de las personas mayores.

- Se aprobó una nueva ley estatal que obliga a los bancos a denunciar toda sospecha de abuso financiero de personas mayores, del mismo modo en que los maestros están obligados a denunciar toda sospecha de maltrato infantil.
- Una organización de la sociedad civil elaboró una guía para no profesionales que colaboran en la administración de las finanzas de los adultos mayores, con normas de práctica y consejos sobre cómo proteger los fondos de las personas mayores de la explotación económica.
- Una importante organización de personas mayores patrocinó una serie de eventos para generar conciencia sobre el abuso financiero de las personas mayores como un factor clave que afecta su salud y bienestar.
- Se inauguró la nueva Oficina para la Protección Financiera del Consumidor a nivel nacional, con una Oficina para la Protección Financiera de los Estadounidenses Mayores que respalda las iniciativas gubernamentales y ayuda a proteger a todos los estadounidenses mayores.

La experiencia de California ha demostrado que es fundamental contar con una estrategia multisectorial que involucre a diversos actores en distintos niveles para abordar el problema complejo del abuso financiero de las personas mayores.

una subestimación, ya que solo se denuncia 1 de cada 24 casos de maltrato de personas mayores (89). También es probable que la prevalencia en los ámbitos de atención en personas con demencia sea mucho mayor.

La respuesta de salud pública al maltrato de las personas mayores es limitada ante la ausencia casi total de datos confiables respecto de la efectividad de los programas de prevención. Las estrategias que se señalan a continuación se basan en abundantes datos de estudios de casos y pruebas clínicas, y requieren el compromiso de

los medios de comunicación, los servicios y los organismos comunitarios locales.

- Equipos multidisciplinarios. Los profesionales de distintas disciplinas suman sus conocimientos técnicos y ayudan a resolver casos de maltrato de las personas mayores.
- Líneas de ayuda. Permiten proporcionar información a personas que llaman en forma anónima y orientar a víctimas reales y potenciales.
- Movimientos bancarios. Se monitorean para detectar transacciones sospechosas

y, en ocasiones, ayudar a identificar a las personas mayores en riesgo de abuso financiero (recuadro 6.7).

- Apoyo a los cuidadores de personas mayores para evitar el maltrato. El apoyo puede consistir en capacitación, información y cuidados de respiro para ayudar a reducir el estrés de los cuidadores y permitirles manejar mejor sus responsabilidades.
- Alojamiento de emergencia. Se proporciona a las personas mayores víctimas de maltrato.

Es imperioso realizar más investigaciones sobre la magnitud del abuso y los factores de riesgo, y analizar qué es lo que funciona en materia de prevención y asistencia.

Desastres

El número de desastres va en aumento en todo el mundo, lo que supone un riesgo especial para las personas mayores de perder tanto funciones como capacidades (capítulo 3). Los desastres afectan la capacidad de las personas mayores y su probabilidad de supervivencia debido a las lesiones relacionadas con el desastre, a la asistencia quirúrgica básica deficiente, a los problemas psicológicos y de salud mental provocados por la situación de emergencia, y al colapso de los servicios de prevención y manejo de las afecciones crónicas y de apoyo social. Además, las personas mayores que son víctimas de desastres muchas veces son más susceptibles a las enfermedades transmisibles y al agravamiento de las enfermedades que padecen. Por ejemplo, durante las epidemias recientes de cólera en Haití y Zimbabue, los adultos de entre 60 y 79 años tenían cuatro veces más probabilidades de morir que los adultos más jóvenes (y en las personas de más de 80 años estas probabilidades eran 11 veces más altas), además del doble de probabilidades de sufrir deshidratación grave (91).

Los desastres también pueden limitar considerablemente todas las capacidades de las personas mayores, incluso en comparación con los individuos más jóvenes que enfrentan las mismas

circunstancias. Esto se debe a que los adultos mayores muchas veces pierden dispositivos de apoyo esenciales, como lentes, aparatos de audición y aparatos para la movilidad, o son dejados atrás o reciben apoyo inadecuado cuando una comunidad se ve obligada a evacuar o cuando los ámbitos de atención tienen menor capacidad (92). La vulnerabilidad de las personas mayores con capacidad limitada se agudiza en las situaciones de emergencia, cuando se ven separadas de sus familiares y de sus fuentes habituales de apoyo y asistencia informal (93).

Si bien tanto el estado de salud de las personas mayores como su capacidad para enfrentar un desastre varían mucho, también constituyen un importante recurso, a menudo desaprovechado. En general, el conocimiento que las personas mayores tienen de su cultura y de su comunidad, su experiencia en desastres anteriores y la posición de respeto que ocupan en sus familias y comunidades pueden resultar de utilidad en situaciones de emergencia y desastre (33). Un estudio realizado en Sri Lanka sobre las personas afectadas por el tsunami del Océano Índico en 2004 mostró que las personas mayores se sentían más frustradas por la falta de trabajo que por sus presuntas vulnerabilidades: “Muchas personas mayores expresaron un fuerte deseo de regresar al trabajo, sobre todo porque el tsunami había sumergido a su familia aún más en la pobreza” (94). El suministro constante de apoyo psicosocial a las personas mayores también fue importante para su recuperación (95).

Para responder a esta diversidad en las personas mayores, todos los sectores deben incluirlas, asistirles y apoyarlas para aprovechar sus posibles contribuciones, siempre que sea posible, y apoyarlas cuando necesiten asistencia y protección. Esto requerirá diversas actividades específicas, como las que se indican en el cuadro 6.1, pero también exigirá varios cambios en los sistemas para satisfacer las necesidades a largo plazo de la comunidad.

Es prioritario garantizar que los temas relacionados con las personas mayores se incluyan

Cuadro 6.1. Medidas específicas que pueden mejorar el acceso de las personas mayores a diversos servicios básicos durante una situación de desastre (35, 92)

Ámbito	Ejemplos de medidas posibles
Servicios de salud	Propiciar el acceso de las personas mayores que viven en la comunidad y en instituciones a servicios de atención primaria de la salud, y prevenir así afecciones secundarias y enfermedades concomitantes, además del acceso a los servicios necesarios para manejar la pérdida de capacidad, como la rehabilitación, incluida la entrega de dispositivos de apoyo.
Alimentación y seguridad alimentaria	Garantizar que las personas mayores tengan acceso a apoyo nutricional y alimentación adecuada (por ejemplo, acceso a centros de alimentación complementaria para quienes tienen dificultades para mantenerse de pie).
Planificación de obras, instalaciones y alojamientos	Incluir consideraciones de accesibilidad al planificar obras y construir instalaciones y alojamientos, de modo de garantizar la seguridad y dignidad de las personas mayores y la facilidad de uso.
Agua y saneamiento	Tener especialmente en cuenta a las personas con discapacidad de modo que todas las personas tengan acceso seguro y adecuado a agua y saneamiento (por ejemplo, evaluar la posibilidad de distribuir contenedores de agua adaptados o asegurar que se preste ayuda en la comunidad). Esto puede ser importante para las personas mayores que tienen dificultades para acceder a baños o bombas de agua, o para trasladar recipientes de agua para cocinar.
Protección	Sensibilizar sobre el maltrato de las personas mayores y adoptar las medidas detalladas en la sección “Maltrato de las personas mayores”. Garantizar el reencuentro entre las personas mayores y sus cuidadores.
Preparación para situaciones de emergencia (incluidas alertas tempranas)	Sensibilizar y proporcionar información sobre la preparación para situaciones de emergencia a las personas mayores, sus cuidadores y la comunidad en general. La preparación muchas veces incluye, por ejemplo, conocer las rutas de evacuación seguras o disponer de una reserva de emergencia de medicamentos para afecciones crónicas o baterías de repuesto para aparatos de audición. Incluir a las personas mayores en el análisis de posibles riesgos, así como en las medidas de planificación de recuperación y respuesta.
Recuperación y rehabilitación	Facilitar el acceso de las personas mayores pobres a programas de medios de vida e incluir consideraciones de acceso cuando se efectúan reconstrucciones de edificios.

en las políticas para la gestión de riesgos en situaciones de emergencia, los presupuestos y las solicitudes de financiamiento, las leyes y los programas. Cuando existen, las políticas sobre el envejecimiento también deben cubrir la gestión de riesgos en situaciones de emergencia (92). Las personas mayores deben intervenir en la elaboración de políticas, leyes y programas, así como en el control de su implementación, lo que probablemente requiera fomentar la capacidad de las personas mayores y sus organizaciones (recuadro 6.8).

Los mecanismos para garantizar la coordinación intersectorial que incluyen a las personas mayores en la toma de decisiones pueden facilitar su participación antes, durante y después de los desastres. Podría resultar de especial utilidad establecer mecanismos de coordinación entre los sistemas de atención de salud y los de cuidados

a largo plazo. Las residencias de personas mayores, por ejemplo, muchas veces sirven para alojar a personas que viven integradas en la comunidad pero que necesitan atención durante el desastre y en la etapa inmediatamente posterior (96).

Los recursos humanos se pueden reforzar seleccionando a personas mayores, además de empleados y voluntarios, que entiendan el envejecimiento y la cultura local, así como la orientación y la capacitación de los trabajadores humanitarios en el campo del *Envejecimiento Saludable*. Durante el conflicto de 2006 en el Líbano, por ejemplo, las personas mayores constituyeron fuentes valiosas de apoyo social para las familias y comunidades debido al conocimiento y la experiencia que “les permitían colaborar en distintas esferas de la asistencia, con estrategias de superación, orientación y rehabilitación” (97). La participación de las personas

Recuadro 6.8. Las personas mayores colaboran en su recuperación y la de sus comunidades en Mozambique

Tras las inundaciones del año 2000, en todos los pueblos de Mozambique se organizaron consejos que representaban a las personas mayores y estas fueron incluidas en la planificación e implementación de todas las actividades comunitarias de recuperación, incluida la distribución de animales, semillas y herramientas para el trabajo agrícola, y créditos para actividades generadoras de ingresos. Los adultos mayores también trabajaron con grupos comunitarios buscando a otras personas vulnerables dentro de su grupo de edad, realizando visitas a domicilio para detectar problemas y distribuyendo alimentos, mantas y ropa. De este modo, las personas mayores colaboraron en su propia recuperación, así como en la recuperación de sus pares y sus comunidades (33).

mayores en las decisiones sobre su comunidad también puede ayudarlas a superar cualquier sentimiento de aislamiento y trauma psicológico asociado (recuadro 6.8).

Es importante asegurar que la información llegue a las personas mayores antes, durante y después del desastre, y tener en cuenta la información sobre las personas mayores en todas las respuestas. Al proporcionar información a las personas mayores, es importante considerar a aquellas que tienen un bajo nivel de alfabetización y deterioro sensorial, y asegurarse de que reciban información y comunicaciones sobre alertas tempranas, riesgos, impactos, respuestas (incluido el apoyo específico disponible para adultos mayores), esfuerzos de recuperación y sus derechos legales. Reunir datos desglosados por edad y nivel de capacidad y consultar a las personas mayores en evaluaciones participativas y actividades de monitoreo y evaluación pueden garantizar respuestas más adecuadas. La educación de la comunidad en materia de gestión de riesgos de desastres a través de folletos, afiches, televisión y radio puede servir para aumentar la visibilidad de las personas mayores y poner

el acento tanto en sus necesidades como en sus capacidades (33).

También será importante considerar las necesidades de las distintas personas y subgrupos. La adopción de una estrategia basada en los derechos humanos en todas las acciones puede ayudar a reconocer, vigilar, prevenir y enfrentar las amenazas durante y después de los desastres, como el mayor riesgo de maltrato de las personas mayores.

Capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones

Las capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones incluyen esfuerzos para continuar aprendiendo y aplicar los conocimientos, participar en la resolución de problemas, continuar con el desarrollo personal y poder tomar decisiones. Al continuar aprendiendo, las personas mayores pueden adquirir conocimientos y capacidades para controlar su salud, mantenerse al día respecto de los avances en materia de información y tecnología, participar (por ejemplo, mediante el trabajo o el voluntariado), adaptarse al envejecimiento (por ejemplo, a la jubilación, a la viudez o a cuidar de otra persona), mantener su identidad y conservar el interés en la vida (98). El crecimiento personal continuo —mental, físico, social y emocional— es importante para que las personas mayores puedan hacer lo que valoran, y la capacidad para tomar decisiones es fundamental para que tengan una sensación de control (99).

La edad se asocia a cambios positivos y negativos en la capacidad (o en las percepciones de esta) y ello influye en estas capacidades. Se ha demostrado por medio de investigaciones que diversos procesos cognitivos se deterioran con la edad, entre ellos: la velocidad de procesamiento (cuyo enlentecimiento puede moderarse con la práctica), la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, la atención y la inhibición. Por otro lado, los procesos cognitivos intuitivos y auto-

máticos se mantienen estables y hasta mejoran. Del mismo modo, el desarrollo emocional y social por lo general continúa con la edad debido al conocimiento que las personas mayores tienen de sí mismas, a sus facultades de autorregulación y a las relaciones sociales estables que logran con el transcurso de los años (100).

La inversión en estas capacidades puede tener efectos positivos en todos los aspectos de la vida: salud, recreación, relaciones y vida cívica y laboral. Las personas mayores que continúan aprendiendo afirman tener un mayor grado de confianza en sí mismas y de autorrealización, y el aprendizaje mantiene a los adultos mayores más involucrados en las actividades comunitarias, reduce su dependencia de los servicios sociales financiados por el gobierno y sus familiares, y mejora su salud y bienestar (101, 102). Esto se logra mediante el desarrollo del conocimiento, la experiencia y las capacidades de las personas mayores, tanto dentro como fuera de la fuerza laboral, la ampliación de las redes sociales y la promoción de normas compartidas y de la tolerancia hacia los demás (101–103). También existen pruebas fehacientes de que, cuando el aprendizaje se transforma en una actividad de por vida, ayuda a combatir los estereotipos y la discriminación por motivos de edad (102), y puede ayudar a aumentar los niveles de confianza entre las distintas generaciones, proporcionar un sentido de identidad común y generar respeto por las diferencias, al tiempo que garantiza el máximo aprovechamiento de los talentos de cada persona (104). Más allá del aprendizaje, el hecho de poder controlar su vida también es fundamental para el bienestar de las personas mayores (99). Las capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones están muy vinculadas a la autonomía, la dignidad, la integridad, la libertad y la independencia de los adultos mayores (105, 106).

¿Qué se puede hacer para promover las capacidades de aprender, crecer y tomar decisiones?

Por las razones señaladas, el aprendizaje y el desarrollo personal constituyen dos campos importantes para la inversión, tanto de los gobiernos como de las personas, junto con el aprendizaje para obtener un empleo remunerado (sección “Capacidad para contribuir”). Por lo tanto, los encargados de formular políticas deben considerar cómo distribuir los recursos durante todo el curso de la vida y no solo a las poblaciones más jóvenes, que es lo que ocurre en la actualidad (104, 107). Por ejemplo, en el Reino Unido, solo el 1 % del presupuesto educativo de 2009 se invirtió en el tercio de más edad de la población (104). Es necesario adaptar la oferta de oportunidades educativas a la diversidad de estudiantes adultos y reconocer sus fortalezas. La capacidad de aprender tiene la misma importancia en todo el espectro de personas mayores y es tan importante, por ejemplo, para las que son analfabetas pero desean potenciar su salud como para las que no pueden decidir por sí mismas qué ropa les gustaría ponerse o qué les gustaría comer a causa de una afección de salud, o para las que finalmente tienen tiempo para estudiar y obtener un título universitario.

Existen, no obstante, diversos obstáculos que es necesario superar para facilitar la participación de las personas mayores en las actividades de aprendizaje permanente. Estos obstáculos son (108):

- sus propias actitudes: las personas mayores quizás tengan actitudes negativas ante la posibilidad de retomar sus estudios porque se ven demasiado viejas, carecen de confianza o motivación, tienen miedo de competir con adultos más jóvenes o, en algunos casos, temen que tal vez quede en evidencia su formación educativa limitada;
- obstáculos físicos y materiales: comprenden los costos de las oportunidades educativas,

la falta de tiempo, la falta de información sobre las opciones disponibles, el lugar donde se ofrecen los servicios educativos y los problemas de disponibilidad y accesibilidad del transporte;

- obstáculos estructurales: comprenden la falta de oportunidades para ampliar sus intereses, la oferta de educación en formas que no son aceptables para las personas mayores y los problemas de instalaciones inaccesibles y desconocidas.

A continuación se detallan distintas estrategias para superar estos obstáculos.

Superar estereotipos y actitudes negativas

El estereotipo de la persona mayor olvidadiza y menos capaz de aprender y de tomar decisiones sigue vigente en varias personas (100): en las propias personas mayores, en los familiares, en los amigos, en los prestadores de asistencia sanitaria y de otro tipo, en los maestros o instructores (106). No obstante, por lo general se trata de construcciones sociales que no coinciden con la capacidad de los adultos mayores. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos sobre el funcionamiento de la memoria, en el que se comparó a adultos mayores de entre 60 y 75 años con adultos jóvenes de entre 17 y 24 años, mostró que no existían diferencias reales cuando se alentaba a los participantes a aprender frente a cuando se les alentaba a recordar (109). En otro estudio se observó que sensibilizar a los adultos mayores con un recuerdo positivo les permitía identificar estrategias de memorización eficaces, lo que reducía la brecha entre los participantes mayores y aquellos de menos edad en una tarea de memorización (110). Las personas mayores también tienen más para recordar y sus experiencias pueden ayudarlas a tomar mejores decisiones.

Para superar los estereotipos, será importante realizar campañas de comunicación que aporten más conocimientos y logren una mayor comprensión del proceso de envejecimiento, tanto en los medios de comunicación como entre

el público general, los encargados de formular políticas, los maestros y los proveedores de servicios (capítulo 7, [recuadro 7.3](#)).

Mejorar el nivel de alfabetización en los adultos mayores

Los niveles de alfabetización, incluidos los niveles de alfabetización en salud, son más bajos en las personas mayores que en otros grupos de la población (24, 102, 111). Los niveles de alfabetización en salud se relacionan con la capacidad de obtener, interpretar y comprender servicios e información de salud básica, y tener la capacidad de usar esos servicios y esa información para mejorar la salud (24). Es más probable que las personas mayores con niveles más bajos de alfabetización en salud declaren que no reciben vacunas ni se realizan pruebas de detección del cáncer, y la alfabetización sanitaria es un factor predictivo más importante que el nivel de educación en lo que respecta al uso que las personas mayores hacen de los servicios preventivos (24).

La alfabetización básica y la alfabetización en salud proporcionan bases importantes para el aprendizaje y la toma de decisiones. La alfabetización muchas veces se mejora mediante programas individuales formales, pero las estrategias innovadoras basadas en la población también pueden ayudar. Por ejemplo, en India, donde se registra un alto nivel de analfabetismo entre las personas mayores (sobre todo entre las mujeres mayores que viven en zonas rurales), se ha demostrado que la exhibición regular por televisión de películas de Bollywood con subtítulos en el mismo idioma tiene un efecto positivo en las habilidades de lectura, tanto en los adultos como en los niños (112).

Se ha demostrado que los programas de salud centrados en la alfabetización en salud mejoran los hábitos alimenticios y aumentan la actividad física (24), promueven un mejor control de las afecciones crónicas y degenerativas (111), y mejoran la capacidad de la persona para enfrentar los eventos de salud negativos. Es posible mejorar la alfabetización en salud trabajando

con los adultos mayores para perfeccionar sus capacidades de autocuidado y mejorar su relación con la atención clínica, y proporcionándoles apoyo social continuo (capítulo 4 y capítulo 5).

Cuando la información de salud que se suministra a los pacientes refleja situaciones de la vida real y está diseñada para contextos socioculturales específicos, es más probable que incida en las personas de nivel socioeconómico más bajo (113). Los folletos educativos escritos en lenguaje llano y dirigidos a personas con un bajo nivel de alfabetización pueden ayudar a los adultos mayores a discutir mejor sus problemas con los médicos, y se ha demostrado que aumentan la aceptación de intervenciones de salud preventivas, como la vacuna neumocócica (114).

No obstante, a menudo se necesita llegar mejor a las personas mayores. Muchas veces esto se logra identificando y respaldando las redes de apoyo a las personas mayores o dirigiéndose específicamente a este grupo de edad (113, 115). En Irlanda, por ejemplo, existe una iniciativa de orientación para la educación de los adultos (Adult Education Guidance Initiative) que está orientada específicamente a las personas mayores que participan en programas de alfabetización y les ofrece orientación adicional sobre desarrollo personal, manejo del estrés y técnicas de entrevista (102).

Invertir en oportunidades accesibles de aprendizaje y crecimiento permanentes

El aprendizaje permanente comprende el aprendizaje en distintas etapas de la vida y abarca el espectro de aprendizaje formal, no formal e informal (107). Se trata, por lo tanto, de un proceso que puede ocurrir en cualquier momento o lugar, y que apunta a satisfacer las necesidades tanto de una persona como de una comunidad.

Las oportunidades educativas —que históricamente se han centrado en los primeros dos decenios de vida— deben ser más inclusivas para que las personas mayores puedan desarrollar nuevas habilidades y conocimientos, y mantener un sentido de identidad y propósito. Para expan-

dir las oportunidades educativas será imprescindible que las políticas públicas se comprometan a fondo con las implicaciones del envejecimiento de la población y reconozcan que, mientras que para algunas personas este fenómeno supone una extensión de la vida laboral, para otras implica pasar jubiladas hasta un tercio de su vida..

Para enfrentar los obstáculos materiales y estructurales que dificultan el aprendizaje, también será necesario adaptar los medios y las estrategias a los estudiantes mayores; a estos efectos, la construcción de instalaciones adecuadas puede asegurar la participación efectiva de las personas mayores con discapacidad en las oportunidades educativas (57). Se pueden utilizar diversos medios para diseñar cursos y promover la educación, incluida la creación de universidades abiertas (sin requisitos de ingreso) para personas mayores, la conformación de grupos de personas mayores para que colaboren en actividades de promoción de la salud y el uso de cursos en línea masivos y abiertos, accesibles para personas de distintos países y niveles socioeconómicos.

El trabajo grupal y con pares, y el hecho de poder compartir experiencias, son características importantes de la educación para adultos. Las capacidades de autocuidado pueden mejorarse mediante la ayuda mutua y la participación en un mismo grupo durante un largo período (tres años o más); por ejemplo, se ha demostrado que esto ayuda a las personas que han perdido la vista y que también reduce las caídas (116). En Gran Bretaña, los mentores pares de personas mayores provenientes del sur de Asia han recurrido a su dominio de idiomas y su conocimiento de la comunidad para alentar a sus pares a sumarse a distintos programas de actividad física y no abandonarlos (P. Ong, documento inédito sobre las personas mayores como recurso de su propia salud, 2015).

Las personas mayores suelen ser buenos estudiantes y estar menos pendientes de las evaluaciones (117). Para asumir un nuevo desafío educativo, no obstante, el adulto mayor debe estar motivado, contar con información sobre

las distintas opciones y tener un entorno que lo apoye. El hecho de que las instalaciones que se destinan a la educación sean atractivas y accesibles facilitará una mayor participación. Para enfrentar el problema del deterioro de la capacidad (por ejemplo, auditiva y visual), la información debe suministrarse en formatos alternativos (como macrotipos o libros electrónicos) que cumplan con pautas de impresión claras. También se puede facilitar el aprendizaje mediante el uso de micrófonos en clase, de modo que pueda hablar solo una persona a la vez, y el uso de sitios web accesibles. Los materiales y programas de formación deben elaborarse de modo que todos los participantes, cualquiera sea su capacidad, puedan aprender. Diversos mecanismos de políticas y legislativos ascendentes y descendentes que ya se utilizan en muchos países también podrían aplicarse a la educación de los adultos mayores, como las políticas de protección del consumidor y la legislación de no discriminación que se aplica a los edificios públicos, los ámbitos educativos o las TIC (80).

Por último, la perspectiva de tiempo asociada a la edad de una persona también puede incidir en los objetivos de aprendizaje y desarrollo personal. Quizás debido a esta perspectiva, el aprendizaje sea más atractivo si está relacionado con la vida de la persona mayor y puede usarse en el presente más que en el futuro. Los adultos mayores valoran especialmente el aprendizaje empírico si les permite aprovechar experiencias del pasado que valoran.

Facilitar opciones y mantener el control

El proceso de *Envejecimiento Saludable* requiere que las personas mayores tomen decisiones sobre su vida —o intervengan en ellas—, como en qué invertir su tiempo, qué tratamientos reciben, lo que aprenden y dónde viven (99). No obstante, las opciones vinculadas a la atención de salud y a dónde y cómo vivir son a veces complejas, y esta complejidad puede incidir en el deseo de las personas mayores de continuar responsabilizándose de las decisiones. Garantizar que la

información sea pertinente y fácil de entender será fundamental para resolver las inquietudes en torno a las decisiones y permitir que las personas mayores tomen las decisiones que más les convengan (recuadro 6.9). También es esencial que los cuidadores o familiares no proporcionen ni escatimen información con el propósito de controlar a las personas mayores y no permitirles tomar decisiones (119).

Un grado importante de pérdida de capacidad, sobre todo de capacidad mental, puede suponer desafíos éticos y operativos para el derecho a la autodeterminación de las personas mayores. Cuando las personas no tienen la capacidad de elegir de manera independiente, puede ser necesario contar con apoyo para tomar algunas decisiones (57, 120). Las estrategias de decisiones asistidas se basan en que la persona no pierde la capacidad legal, sino que a veces necesita ayuda para tomar decisiones (57). Las decisiones asistidas no son un sustituto de las decisiones propias. Las personas que prestan apoyo deben tratar de tomar decisiones que reflejen la identidad de la persona mayor y que tomen en cuenta sus preferencias y valores pasados y presentes. Es importante desarrollar mecanismos, tanto en las familias como en las comunidades, para respaldar la toma de decisiones y establecer salvaguardias respecto de las tareas de asistencia, el proceso de designación de personas de apoyo y los mecanismos para dirimir disputas (80).

Un deterioro más leve de la capacidad también puede hacer más difícil que la persona mayor pueda tomar sus propias decisiones, definir su entorno y crear oportunidades. Aunque los familiares y amigos, junto con una vivienda adecuada y una comunidad segura, son muy importantes en esta situación, existen varias estrategias que pueden considerarse a nivel de políticas, como la creación de organizaciones de personas mayores, el uso de mecanismos innovadores de financiamiento (como los presupuestos personales) o el apoyo para planificar con tiempo lo que ocurrirá en caso de enfermedad o discapacidad.

En muchos países se han creado organizaciones de personas mayores para facilitar su

Recuadro 6.9. Particularidades de la promoción de la salud en las personas mayores

Cuando las personas envejecen, es muy común que deban realizar grandes cambios en su estilo de vida, como tomar nuevos medicamentos, cambiar la alimentación o modificar la rutina de ejercicios. Puede que tengan además otros motivos para realizar estos cambios en su estilo de vida. Tal vez, por ejemplo, no quieran convertirse en una carga para sus familiares, lo que probablemente sirva como incentivo adicional para mantener su capacidad física. Quizás también quieran vivir para ver crecer a sus nietos y dejar su huella en la próxima generación y, a diferencia de los adultos más jóvenes, que probablemente no perciban el efecto de las conductas negativas hasta pasado cierto tiempo, los adultos mayores probablemente vean efectos inmediatos y potencialmente mortales en esas conductas (100).

Para cambiar actitudes y hábitos, es fundamental que los mensajes vinculados a la salud lleguen a las personas mayores de modos que puedan aceptarlos. En el caso de los mensajes de promoción de la salud esto abarca (118):

- Usar procesos de comunicación que dependan de la heurística y la intuición. Estos procesos muchas veces son más eficaces que los que dependen del pensamiento y el procesamiento de grandes cantidades de información.
- Elaborar mensajes más apropiados a las personas mayores. Los mensajes específicos (por ejemplo, sobre la importancia de la actividad física para los adultos mayores) probablemente parezcan más apropiados e interesantes.
- Probar la elaboración de mensajes positivos para adultos mayores. Muchos adultos mayores tienden no procesar información negativa. En el caso de las personas mayores, puede resultar más eficaz resaltar los beneficios de promover conductas preventivas (como llevar una alimentación saludable) y la realización de pruebas (como pruebas de detección del cáncer).
- Diseñar mensajes para determinados grupos de personas mayores. Adaptar la información a las características de las personas puede influir en el modo en que las personas mayores piensan y sienten respecto de un problema de salud. El mensaje puede ser más efectivo si explica cómo una persona mayor puede lograr más satisfacción emocional mediante la modificación de un hábito.
- Manejar la angustia. La angustia puede impulsar o impedir los cambios, por lo que es necesario manejarla correctamente para promover un cambio de hábito y mantenerlo.
- Considerar el apoyo social de una persona mayor. A medida que las personas envejecen, el tamaño de sus redes sociales disminuye, y las redes tal vez sean más efectivas que el cambio a la hora de promover la estabilidad. El apoyo social puede facilitar o poner en peligro un cambio de hábito, por ejemplo, si se presta apoyo emocional y ayuda a manejar la angustia, o si se desalienta el cambio (por ejemplo, cuando un integrante de la pareja quiere dejar de fumar y el otro no).

También son muy prometedoras otras investigaciones que analizan la forma en que distintos factores de la persona mayor y su entorno la motivan a realizar y mantener cambios de hábito positivos.

participación en las decisiones de la comunidad (121, 122), ayudarlas a acceder a distintos recursos y asegurarles una participación activa en los debates sobre políticas públicas y el desarrollo de su comunidad (123) (recuadro 6.10). Por ejemplo, el trabajo de las asociaciones de personas mayores en Serbia se tradujo en la creación de sistemas de atención de salud y atención social adaptados a las personas mayores, al tiempo que los programas de monitoreo de los ciudadanos mayores en Bangladesh y Ghana concientizaron a los adultos mayores sobre el marco normativo y les dieron un lugar preponderante en la toma

de decisiones y el monitoreo en su comunidad (121, 126, 127).

Los presupuestos personales de salud (el dinero que las personas reciben, por lo general del gobierno, para pagar los servicios) también pueden dar a las personas mayores más opciones y control sobre la forma en que se satisfacen sus necesidades (128). La encuesta nacional sobre presupuestos personales del Reino Unido realizada en 2013 comprobó que los presupuestos personales pueden beneficiar a las personas mayores de diversas maneras (por ejemplo, porque pueden mejorar su condición física y

Recuadro 6.10. Clubes intergeneracionales: por una vida mejor para las personas mayores en Viet Nam

El Plan de Acción Nacional sobre Envejecimiento de Viet Nam (2012-2020) tiene por objeto mejorar la atención y el apoyo que se presta a las personas mayores. Los clubes intergeneracionales de autoayuda son una intervención prometedora. El modelo se perfeccionó mediante programas piloto a cargo de HelpAge Internacional entre 2005 y 2012. Los clubes ayudan a construir y fomentar la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil locales para:

- participar en procesos de desarrollo de la comunidad;
- representar los intereses de los miembros de la comunidad en el diálogo con los gobiernos locales y nacionales;
- satisfacer las necesidades de la comunidad, desde la atención de salud, el acceso a información y servicios para mejorar las capacidades de las personas mayores de construir y mantener relaciones y participar activamente en la vida comunitaria.

En marzo de 2014, se fundó en el pueblo Yen Thang, en Thanh Hoa (Viet Nam), un club intergeneracional para alentar a los grupos menos favorecidos de la comunidad a adoptar un papel destacado en el desarrollo local. El club tuvo un impacto positivo en las personas mayores, quienes se incentivaron a realizar ejercicio físico con regularidad, a tener actividades de autocuidado y controles médicos. Los miembros del club informaron que en un período de nueve meses habían aprendido más sobre las enfermedades no transmisibles y el autocuidado. Conocían mejor sus derechos y beneficios, accedían a información, hacían ejercicio y se realizaban controles médicos regulares (124). Por ser socios, 45 de 49 miembros del club obtuvieron un seguro de enfermedad. Los miembros del club dijeron que tenían más confianza en la participación u organización de actividades para ayudarse a sí mismos o a sus comunidades (124).

Este es apenas 1 de los casi 700 clubes que existen en 13 provincias de Viet Nam. En los objetivos del plan nacional se requiere que, en 2015, un 15 % de las comunas del país cuenten con clubes u otros modelos similares basados en la comunidad para proporcionar atención y apoyo a las personas mayores, y que, en 2050, ese porcentaje sea del 50 % (125).

hacerlas sentir independientes, respaldadas, respetadas y seguras, tanto dentro como fuera de su hogar). También les permiten elegir y mantener relaciones (128).

Las personas mayores también pueden influir en las decisiones sobre su vida que quizás deban adoptarse una vez que hayan perdido la capacidad necesaria para tomar decisiones informadas. La planificación anticipada de la atención —directivas anticipadas y testamentos vitales— permite a las personas mayores discutir y documentar su voluntad para las decisiones sobre el tratamiento futuro y los cuidados al final de la vida en caso de que pierdan la capacidad de tomar decisiones al respecto (129, 130). Los datos disponibles indican que la planificación anticipada de la atención puede facilitar el suministro de cuidados a largo plazo que se ajuste a los deseos del paciente y lo haga sentir más satisfecho con los cuidados que recibe. Entre los factores que contribuyen al éxito de esta planificación se incluyen: la alfabetización en salud de la persona mayor, los planes que haya hecho antes de sufrir deterioro cognitivo, el hecho de que la persona mayor pueda pasar suficiente tiempo con sus prestadores de atención de salud para asegurarse de que entiendan sus deseos, contar con buena documentación y revisar los planes con regularidad junto con los prestadores de atención de salud para actualizarlos según sea necesario (131). Por ejemplo, en un estudio aleatorizado realizado en Australia se comparó la planificación anticipada de la atención con la atención habitual y se observó que en el 86 % de los casos se había respetado la voluntad de las personas mayores para el final de la vida, frente a solo el 30 % en el grupo de referencia (132). En Estados Unidos, otro estudio aleatorizado que incluyó a 139 pacientes que recién habían ingresado a una institución de personas mayores mostró que solo 2 pacientes del grupo que contaba con un plan anticipado de la atención recibieron un tratamiento que no se ajustaba a su voluntad, frente a 17 pacientes del grupo de referencia (133). Aunque se trata de estudios pequeños, los resultados son alentadores.

Movilidad

La movilidad es importante para el *Envejecimiento Saludable*. Se refiere al movimiento en todas sus formas, ya sea impulsado por el propio cuerpo (con o sin un dispositivo de apoyo) o por un vehículo. La movilidad incluye pararse de una silla o pasarse de una cama a una silla, dar paseos a pie, ejercitarse, completar tareas cotidianas, conducir y usar el transporte público (134). Es necesaria para tanto para hacer tareas en la casa como para acceder a comercios, servicios y distintos sitios de la comunidad (como parques), y participar en actividades sociales y culturales.

Los cambios en las capacidades físicas y mentales, que son comunes en la edad avanzada, pueden limitar la movilidad. No obstante, las capacidades pueden desarrollarse, y la movilidad tal vez sea una de las capacidades que el entorno más puede potenciar. Por ejemplo, usar un andador o una silla de ruedas puede facilitar que las personas mayores se movilicen dentro y fuera del hogar; contar con un transporte público accesible, tanto desde el punto de vista físico como económico, puede posibilitar que las personas mayores se trasladen a donde necesitan, y colocar rampas, pasamanos, ascensores y señalizaciones adecuadas en los edificios puede ayudar al acceso de las personas mayores, sin importar la pérdida de capacidad. Cuando estas adaptaciones o apoyos no se encuentran disponibles, la pérdida de movilidad puede provocar mayor deterioro de la salud, como mayor riesgo de caídas (64) y depresión (135). Este deterioro puede tener consecuencias negativas para la autonomía, el compromiso social, la participación cívica y el bienestar de las personas mayores, lo que incide en todos los demás aspectos de la capacidad funcional (136–140).

Las pérdidas relacionadas con el deterioro de la movilidad van más allá de la persona. Cuando las personas mayores no pueden desplazarse, sus redes sociales también se ven afectadas y la comunidad probablemente pierda contribuciones valiosas, además de necesitar recursos adi-

cionales para apoyar a las personas mayores en la vida diaria (141). Facilitar la movilidad de las personas mayores en la forma y en el momento que deseen, y a un costo asequible, son disposiciones importantes de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo* de las Naciones Unidas (57). La salud pública tiene un papel fundamental en la ampliación al máximo de la movilidad de las personas mayores.

¿Qué se puede hacer para mantener la movilidad en la edad avanzada?

En la movilidad no solo influyen la capacidad intrínseca de la persona mayor y el entorno en que vive, sino también las opciones que elige. A su vez, las decisiones respecto de la movilidad están determinadas por los entornos construidos, las actitudes de la persona mayor y de otros, el hecho de tener tanto una motivación como los medios para movilizarse (como dispositivos de apoyo o transporte) (142, 143). Si las personas mayores perciben que existen obstáculos para su movilidad —como la falta de respeto de los conductores o cobradores en el transporte público— y creen que la actividad física aumenta el riesgo de lesión, es probable que restrinjan sus movimientos. Los cuidadores sobreprotectores, que no permiten que las personas mayores se muevan mucho, ya sea porque temen que se caigan o porque quieren ahorrarles el esfuerzo, también reducen los movimientos de los adultos mayores (137, 144).

Fortalecer lo que las personas mayores pueden hacer: tener movilidad

Tanto la capacidad física como la capacidad cognitiva son importantes para tener movilidad —ya sea caminando, conduciendo un vehículo o usando otro medio de transporte—, y está claro qué se puede hacer para mantener esas capacidades.

La actividad física es fundamental. La pérdida de masa muscular, la disminución de la flexibilidad y los problemas de equilibrio y coor-

dinación pueden dificultar la movilidad. La OMS recomienda realizar actividad física para mantenerse saludable y considera distintos puntos de partida y niveles de capacidad (145). En el [recuadro 6.11](#) se presenta un resumen de las cosas que ayudan a mantener la capacidad física, teniendo en cuenta intervenciones a nivel de la persona y a nivel del entorno.

La rehabilitación posiblemente resulte de utilidad para restablecer y mantener la capacidad de los adultos mayores que presentan deterioro de la movilidad relacionado con afecciones

como un accidente cerebrovascular, un episodio cardíaco o una lesión (157). Estos servicios muchas veces comprenden la rehabilitación y el tratamiento médicos, como entrenamiento, ejercicios, educación y orientación. Al introducir servicios de rehabilitación en contextos en los que no han estado disponibles, lo principal es priorizar estrategias rentables y ofrecerlos lo más cerca posible de donde viven las personas (80).

Un factor determinante del deterioro de la movilidad en sociedades que dependen mucho de los automóviles es dejar de conducir en la vejez.

Recuadro 6.11. Mantener la movilidad mediante la actividad física

La actividad física de las personas mayores está cada vez más ligada al entorno en que viven (146–148). Se ha comprobado que los factores individuales, sociales y físico-ambientales influyen por igual en lo que las personas mayores caminan (149). Las características del entorno que favorecen la actividad física en las personas mayores incluyen: los espacios seguros para caminar (como aceras y parques); el acceso fácil a instalaciones, bienes y servicios locales; el hecho de ver a otras personas mayores ejercitándose en el mismo vecindario; y ejercitarse con regularidad en compañía de amigos y familiares (149–152).

Las personas mayores pueden mantener la movilidad haciendo algunos cambios simples en su vida (24, 153).

Deben tratar de mantenerse lo más activas posible. En los adultos mayores, los ejercicios de intensidad moderada aumentan la fuerza, la capacidad aeróbica, la flexibilidad y el equilibrio para caminar y mantenerse de pie. Incluso las caminatas cortas pueden ayudar a mantener las funciones físicas y cognitivas. El ejercicio aeróbico y los ejercicios para fortalecer músculos y mejorar el equilibrio son importantes, pero el entrenamiento de resistencia es especialmente necesario cuando hay un deterioro de la capacidad.

- Los adultos mayores deben cumplir con las pautas de actividad física recomendadas según su edad y afecciones de salud. (Ver más información en http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/).
- Las personas mayores deben participar en programas de actividad física que se enfoquen en la atención visual, la flexibilidad de las extremidades, la coordinación, la velocidad de movimiento y la funciones ejecutivas, porque estas también pueden mejorar el desempeño y la seguridad al conducir (154, 155).
- En caso de perder el uso de sus extremidades inferiores, los adultos mayores deben recibir entrenamiento para usar equipos adaptados, como controles manuales.

Los encargados de formular políticas pueden crear entornos que promuevan la actividad física (153, 156) mediante:

- la eliminación de los obstáculos para la actividad y la promoción de cambios que faciliten la seguridad al caminar por placer, usar el transporte y realizar ejercicio físico;
- la organización de eventos comunitarios para promover la actividad física y generar conciencia sobre sus beneficios;
- la oferta de programas de ejercicio para mejorar las condiciones cardiorrespiratorias, la fuerza muscular y el equilibrio, y programas de entrenamiento de resistencia, sobre todo para las personas mayores de más edad y aquellas en recuperación de problemas de salud graves (estos programas son incluso más efectivos si combinan ejercicios controlados con intervenciones para evitar el abandono de las rutinas);
- la promoción de intervenciones de orientación en ámbitos clínicos;
- el fomento de actitudes positivas hacia el envejecimiento físicamente activo y la participación de las personas mayores en la actividad física.

Las capacidades físicas y cognitivas —tanto subjetivas como reales— inciden en las decisiones sobre la movilidad (142). Para garantizar una acción coordinada, es importante incluir a la movilidad como parte de las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud (150).

Las actividades que fomentan la capacidad cognitiva parecen especialmente prometedoras para mejorar la movilidad segura de las personas mayores que conducen (158, 159). Otras opciones para prolongar la capacidad de conducir son las intervenciones físicas, como el aumento de la actividad física (154), la capacitación del conductor y las intervenciones de terapia ocupacional, que pueden aplicarse a mejorar la transferencia al asiento del conductor o cambiar la posición del asiento. Los conocimientos sobre conducción segura y desempeño en la conducción pueden crear conciencia respecto de los problemas comunes que enfrentan los conductores mayores, sobre todo cuando se acompañan con clases prácticas de conducción (160). También se ha demostrado que el entrenamiento para mantener o mejorar la velocidad cognitiva de procesamiento mejora el desempeño de las actividades cotidianas, incluida la conducción (159). La orientación también muchas veces es útil para diseñar un plan de transición gradual para una conducción más segura, como conducir en horas del día o en momentos en que hay poco tránsito y únicamente en calles muy conocidas (160).

A la hora de establecer que la persona mayor quizás no tenga la capacidad de conducir de manera segura, es importante evaluar cada situación de forma independiente y considerar diversas opciones. Las restricciones o las pruebas basadas en la edad cronológica deben adoptarse con precaución, en virtud de la amplia variedad de capacidades de las personas mayores y la importancia que para ellas tiene la movilidad. Vale la pena destacar que el índice de participación en accidentes de tránsito en Estados Unidos casi no aumenta antes de los 75 años, momento en el cual aún es menos probable que estos adultos

intervengan en un accidente de tránsito en comparación con los adultos más jóvenes, y la mayor parte del aumento de la mortalidad de personas mayores a causa de accidentes de tránsito se debe a su mayor vulnerabilidad física (161).

Ofrecer tecnologías de apoyo para favorecer la movilidad

La disponibilidad de dispositivos de movilidad adecuados —como bastones, andadores, bastones blancos para quienes han perdido la visión y sillas de ruedas— tiene gran influencia en la movilidad de las personas mayores (162, 163). Las personas mayores pueden aumentar notoriamente su grado de movilidad, independencia y participación si tienen acceso a dispositivos de apoyo asequibles y adecuados para sus necesidades y entornos. En el documento de posición sobre dispositivos de movilidad (164) y el *Informe mundial sobre la discapacidad* (165) de la OMS se ofrece una orientación sobre cómo ampliar y mejorar la oferta de dispositivos de apoyo.

Reducir obstáculos en el entorno construido

La actividad física y las tendencias de movilidad de las personas mayores se ven influidas por los patrones de uso del suelo, la estética, la accesibilidad y conectividad del diseño urbano, y el nivel de seguridad percibido (163). El efecto de estos factores difiere en los distintos estudios y comunidades, y los efectos de algunas variables específicas —como la densidad de viviendas y de población—, no son claros ni uniformes (156). No obstante, puede resultar útil respetar los principios del diseño universal (recuadro 6.12). A continuación se detallan otros elementos que contribuyen a facilitar la movilidad:

- vecindarios sin signos de deterioro, como basura y grafitis;
- entornos adaptados a los peatones con recursos como cruces peatonales bien visibles, terraplenes elevados o islas peatonales; límites de velocidad más bajos y medidas para moderar el tránsito; aceras y bordillos

bien mantenidos (incluidos cortes en los bordillos); pasos elevados y pasos subterráneos accesibles; señales en los cruces peatonales que dejen tiempo suficiente para cruzar; y ayudas auditivas en los cruces (recuadro 6.1 y recuadro 6.13) (170–172);

- elementos estéticamente agradables en calles y parques, como árboles, jardines o vegetación;
- vecindarios diseñados para tener acceso fácil desde los hogares hacia diversos destinos, como tiendas, servicios de salud, centros comunitarios y organizaciones religiosas;

Recuadro 6.12. La correcta implementación del diseño universal en Irlanda, Noruega y Singapur

El diseño universal es un proceso que aumenta la usabilidad, la seguridad, la salud y la participación social mediante el diseño y la aplicación de entornos, productos y sistemas que pueden utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni de un diseño especial (57, 166, 167).

La correcta implementación del diseño universal requiere un alto nivel de compromiso político, recursos y desarrollo de capacidades, como se muestra en los siguientes ejemplos de Noruega, Singapur e Irlanda.

Noruega se encuentra trabajando en el ambicioso objetivo de alcanzar el diseño universal en 2025 (168). Además del compromiso a alto nivel, las responsabilidades compartidas en materia de planificación, implementación y monitoreo en distintos sectores y niveles del gobierno son estrategias clave a las que se recurre para garantizar el éxito. Tres organismos gubernamentales comparten la responsabilidad de cumplir con este objetivo: el Ministerio de Niñez, Igualdad e Inclusión (específicamente el Centro Nacional de Recursos para la Participación y la Accesibilidad), el Ministerio de Clima y Medioambiente y el Ministerio de Gobierno Local y Modernización. En los dos últimos decenios se han aprobado leyes cada vez más inclusivas y en 2008 Noruega declaró la inaccesibilidad como una forma de discriminación mediante la aprobación de la Ley de Accesibilidad y Antidiscriminación. En 2010 la ley se amplió para incluir el concepto de diseño universal y se elaboró un plan de acción orientado al entorno construido, el transporte público, la accesibilidad de la información y la tecnología, y la renovación de las viviendas municipales.

Se necesita contar con financiamiento para transformar las políticas en hechos, sobre todo cuando se requiere modernizar las estructuras existentes para garantizar el acceso. El Fondo de Accesibilidad del Gobierno de Singapur (financiado con 40 millones de dólares de Singapur) ofrece respaldo a los departamentos públicos y las empresas privadas al reducir la carga financiera que supone modificar las estructuras existentes para hacerlas accesibles para los adultos mayores y las personas con discapacidad (169). Por ejemplo, el fondo cubre los costos de construcción o renovación de ascensores en edificios antiguos o la instalación de baños accesibles para personas en sillas de ruedas. Las empresas que funcionan en edificios construidos antes de 1990 deben completar una solicitud simple para poder recibir apoyo del fondo. El Gobierno también utiliza el fondo para garantizar la accesibilidad de todos los espacios públicos y la infraestructura básica en 2016.

La sensibilización y capacitación de los diseñadores de productos, proveedores de servicios y urbanistas es fundamental para mejorar la accesibilidad de los productos, los servicios y el entorno construido. El Centro para la Excelencia en Diseño Universal de Irlanda apoya el desarrollo profesional mediante la integración de los principios del diseño universal en los planes de estudio, con el fin de sensibilizar a distintos profesionales —incluidos arquitectos, urbanistas y diseñadores— respecto del diseño universal (2). Las iniciativas de sensibilización también incluyen un concurso anual dirigido a estudiantes universitarios para encontrar el mejor invento o innovación que use los principios del diseño universal, así como financiar y publicitar investigaciones de interés.

Distintas organizaciones de todo el mundo también se han abocado a la tarea de profundizar en el uso y la sensibilización respecto de los principios del diseño universal, incluida una colaboración en curso, de cinco años de duración, entre el Centro de Diseño Universal de la Universidad Estatal de Carolina del Norte (Estados Unidos) y el Instituto de Tecnología de Beijing para traducir materiales sobre diseño universal, compartir planes de estudio y facilitar el intercambio entre profesores y estudiantes.

Recuadro 6.13. Hacer que las personas mayores lleguen a donde quieran ir en Sri Lanka

El nivel de accesibilidad de los edificios públicos es importante para que las personas mayores puedan acceder a los servicios y participar en la sociedad. El proyecto de Ciudad Amigable a las Personas Mayores y Personas con Discapacidad de Wellawaya, en Sri Lanka, ayuda a garantizar la accesibilidad mediante la instalación de rampas, pavimentos táctiles y baños accesibles con el fin de mejorar el acceso de las personas mayores no solo a los centros comunitarios, que constituyen puntos de reunión populares para la socialización entre pares, sino también a lugares de oración, como la mezquita de Wellawaya y dos templos budistas, y a servicios públicos, como la comisaría, la estación de autobuses y los centros médicos comunitarios.

- cruces numerosos para que haya más opciones para cruzar las calles, e instalaciones adecuadas para las personas mayores, como lugares para descansar y baños públicos.

Mejorar la disponibilidad y la accesibilidad del transporte

Las mejoras en el transporte podrían comprender políticas de transporte nacionales y locales que promuevan el acceso al transporte público, al transporte privado asequible o al transporte proporcionado por familiares, amigos y vecinos (recuadro 6.1). Aunque es probable que existan diferencias operativas entre los entornos rurales y urbanos, en general, pueden realizarse las siguientes mejoras:

- mejorar la accesibilidad física de vehículos, estaciones, paradas y áreas de acceso;
- aumentar la adecuación y conveniencia del transporte público mediante cambios en recorridos u horarios;
- mejorar la accesibilidad económica mediante boletos gratuitos y a precios reducidos;
- garantizar la accesibilidad de la información del sistema (por ejemplo, cronogramas) (80);

- ofrecer asientos reservados para personas con capacidad reducida;
- educar a los operadores del transporte respecto de que algunos pasajeros pueden necesitar ayuda o más tiempo para subir o bajar del transporte público.

Además, mejorar la movilidad de las personas mayores requiere considerar la accesibilidad en toda la cadena del viaje. Los servicios de transporte a demanda subvencionados o los vales de taxi muchas veces llenan ciertos vacíos en la cobertura del transporte público o satisfacen las necesidades de las personas que tienen mayor pérdida de capacidad (3).

Generar oportunidades para que las personas mayores puedan participar

El hecho de contar con un empleo y participar en actividades cívicas, así como en actividades de ocio y entretenimiento, puede motivar a las personas mayores a mantenerse activas y socialmente vinculadas. Participar en actividades fuera del hogar alienta a los adultos mayores a caminar y ejercitarse más, y puede contribuir a mejorar la capacidad intrínseca (recuadro 6.1 y recuadro 6.14). Esta participación puede facilitarse garantizando la disponibilidad y asequibilidad de distintos eventos, que, a su vez, deberán ser físicamente accesibles y estar dirigidos a los diversos intereses de las personas mayores (3).

Capacidad para crear y mantener relaciones

Por lo general, las personas mayores consideran que mantener las relaciones es vital para su bienestar, y a medida que envejecen suelen dar mayor prioridad a esta capacidad (178). Las relaciones importantes para las personas mayores son varias: las relaciones con los niños y otros familiares, las relaciones íntimas y las relaciones sociales informales con amigos, vecinos, colegas

Recuadro 6.14. Las personas mayores ayudan a los niños a leer y aprender en Estados Unidos

Experience Corps es un programa de voluntarios en Estados Unidos que acerca a voluntarios mayores a las escuelas públicas de enseñanza primaria para ayudar a las escuelas a satisfacer las necesidades de sus estudiantes, al tiempo que amplían las actividades sociales, físicas y cognitivas de los voluntarios. El programa fue diseñado para mejorar:

- el interés de los niños por la lectura y el descubrimiento de los libros;
- la alfabetización de los niños;
- la capacidad de los niños para resolver problemas;
- la capacidad de los niños para jugar sin violencia;
- la asistencia a la escuela.

Se asignan equipos de siete a diez voluntarios por escuela, con lo que se garantiza un número suficiente de voluntarios para lograr un efecto en todos los grados de la escuela. Los voluntarios, que reciben capacitación y un estipendio para los gastos de traslado y comidas, se comprometen a pasar al menos 15 horas por semana en la escuela durante todo el año lectivo. Los voluntarios reciben 30 horas de capacitación para entrenar la flexibilidad mental, la coordinación, el aprendizaje visual-espacial y la resolución de problemas. Además, asisten a reuniones regulares para planificar, resolver problemas y socializar. Con la sola participación en el programa, se estimula la actividad física, al tener que trasladarse de ida y vuelta a la escuela y moverse dentro de la institución, por ejemplo, subiendo y bajando las escaleras.

Este programa ha logrado efectos positivos en la salud de las personas mayores. El impacto de participar en Experience Corps se ha evaluado en diversos estudios aleatorizados. Entre los beneficios para los participantes, en comparación con las referencias, se comprobó:

- mayor capacidad y fuerza física (173, 174);
- mayor actividad cognitiva;
- mantenimiento de la velocidad de la marcha;
- mejores redes sociales: los voluntarios contaban con personas a las que podían pedir ayuda (174);
- menos síntomas de depresión (173).

Experience Corps atrae a los voluntarios porque les da la oportunidad de realizar una contribución significativa a la sociedad y ayudar a los niños a lograr el éxito académico. Los niveles de satisfacción entre los voluntarios llegan al 98 %, y el 80 % de los encuestados regresaron al siguiente año lectivo (175). Los programas tradicionales de promoción de la salud que se centran explícitamente en la actividad física suelen tener tasas de retención mucho menores.

El programa comenzó en 1996 en 5 ciudades de Estados Unidos y ya se ha implementado en 17 ciudades, y ha inspirado otras iniciativas similares a nivel internacional. Por ejemplo, en Japón existe un programa llamado Reprints, en virtud del cual equipos de seis a ocho voluntarios mayores acuden a jardines de infantes y escuelas de enseñanza primaria para leer a los niños. En una evaluación de seguimiento se comprobó que quienes más trabajaban como voluntarios tenían un contacto más frecuente con sus propios nietos y con otros niños del barrio, además de que realizaban una evaluación más positiva de su salud en comparación con aquellos que no trabajaban como voluntarios o solo lo hacían a un nivel mínimo (176).

Bien diseñadas, las oportunidades de voluntariado pueden ser positivas tanto para las personas mayores como para sus comunidades. La puesta en marcha de programas como Experience Corps y Reprints, que pueden generar beneficios de salud y sociales, tanto para las generaciones mayores como para las más jóvenes, no necesariamente debe ser costosa (145, 177).

y conocidos, así como las relaciones más formales con proveedores de servicios comunitarios.

Esta capacidad se encuentra estrechamente vinculada a todas las otras capacidades y puede

tener efectos sobre ellas (179–185). Por ejemplo, el número y la calidad de las relaciones interpersonales, así como los niveles de confianza dentro de ellas y el sentimiento de pertenencia a un grupo

de personas con intereses comunes, pueden influir en el disfrute de otras capacidades, como tener movilidad y contribuir a la comunidad (186). En el recuadro 6.15 se resumen algunos de los mecanismos y las vías por las cuales las redes sociales pueden contribuir a la salud y el bienestar de las personas mayores (187).

Las relaciones sociales son un componente importante del *Envejecimiento Saludable* porque, cuando son positivas, pueden producir recursos como la confianza y el apoyo social. Las relaciones de familia tienen una importancia distinta de las que se establecen con amigos y vecinos. Las relaciones familiares se caracterizan tanto por la solidaridad como por la ambivalencia (188). Las personas mayores se benefician directamente de las interacciones positivas con las redes sociales e indirectamente al residir en una comunidad con un alto grado de participación y cohesión social (186, 189, 190). Las redes sociales sólidas pueden aumentar la longevidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, protegerlas del deterioro funcional y promover su resiliencia (179–185). Pese a los beneficios de las relaciones, los adultos mayores en ocasiones pueden sentir las como una carga. Por ejemplo, atender a un cónyuge por un largo período muchas veces afecta la salud mental del cuidador y su capacidad para aprovechar otras oportunidades, como el aprendizaje (191). Asimismo, criar a los nietos puede hacer que los abuelos sientan una presión económica, emocional y física adicional (192).

La capacidad para crear y mantener relaciones y redes sociales se encuentra muy vinculada a diversas competencias, como la habilidad de establecer nuevas relaciones y comportarse de un modo socialmente aceptable. También se relaciona estrechamente con los niveles de capacidad intrínseca. Ante el deterioro de la capacidad, es posible que a las personas mayores les resulte difícil mantener sus redes sociales, y, como consecuencia, estas suelen reducirse (179–185).

La soledad (insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales) y el aislamiento social (193) (falta de contacto social) son dos fac-

Recuadro 6.15. Acceso de las personas mayores a recursos por medio de las redes sociales

Las personas mayores pueden obtener distintos tipos de apoyo a través de sus redes sociales. Existen cuatro tipos fundamentales de apoyo (179):

- apoyo instrumental, para ayudar en las actividades de la vida diaria, como las compras, la asistencia a citas, las tareas del hogar y el pago de cuentas;
- apoyo de valoración, para ayudar con la toma de decisiones, obtener la información adecuada o resolver problemas;
- apoyo informativo, que incluye asesoramiento o información sobre determinadas necesidades;
- apoyo emocional, que incluye amor y amistad, comprensión, solidaridad y reconocimiento.

Las redes también pueden ejercer una influencia social. Los valores, las normas y las actitudes prevalentes en la red de una persona muchas veces influyen positiva o negativamente en su salud. Por ejemplo, puede que un grupo social acepte o incentive el consumo excesivo de alcohol o que los amigos desalienten a las personas mayores a que salgan de casa por temor a que se caigan.

Al ofrecer oportunidades de compromiso social, las redes sociales definen y refuerzan papeles significativos dentro de la familia, la comunidad y demás, lo que, a su vez, proporciona un sentido de valor, pertenencia y apego.

Las redes también facilitan el acceso a ingresos y bienes materiales. Esto comprende el acceso a préstamos de dinero en efectivo para pagar un tratamiento médico, ayudar a pagar la atención a largo plazo o proporcionar acceso a alojamiento, alimentos o ingresos.

Las redes sociales se inscriben en contextos culturales y sociales más grandes que determinan su estructura y función. En las comunidades con acceso limitado a protección social y asistencia sanitaria, las redes sociales quizás tengan un papel comparativamente más importante en proporcionar acceso a recursos y servicios esenciales.

tores que probablemente indiquen la ausencia de redes sociales fuertes. Si bien ambos se asocian con deterioro del estado de salud y de la calidad de

vida, la soledad y el aislamiento social son características únicas y tal vez tengan distintos efectos en la salud (194). Las estimaciones de la prevalencia del aislamiento social entre las personas mayores que viven integradas en la comunidad van del 7 % al 17 %, dependiendo de las definiciones y los criterios de valoración utilizados; aproximadamente un 40 % de las personas mayores dicen sentirse solas (195). Los vínculos causales son difíciles de determinar, pero la soledad, el aislamiento social, los factores de riesgo conductuales y la mala salud tejen una red interdependiente que puede tener un gran impacto en el riesgo de limitaciones funcionales, discapacidad y muerte de una persona mayor (186, 190, 196).

¿Qué se puede hacer para crear y mantener relaciones?

Reconocer y enfrentar la soledad y el aislamiento social

Hay datos que respaldan el uso de intervenciones para enfrentar los problemas de soledad y aislamiento social, aunque estas intervenciones no pueden centrarse solo en un aspecto de la compleja red que conecta a estas características únicas sin considerar su papel e impacto en otras características. Dada la prevalencia de la soledad y el aislamiento social, puede que sea importante identificar a las personas en riesgo, como las que recién se han jubilado o han sufrido una pérdida. Identificar a las personas, mediante los servicios de salud y servicios sociales, resulta más directo que responder a la pregunta de cómo asistir a las personas mayores que se encuentran solas o socialmente aisladas. Las investigaciones en este campo son escasas pero han permitido reconocer los siguientes principios de intervenciones eficaces (195, 197–199).

- Las intervenciones grupales (por ejemplo, mediante apoyo social, programas de ejercicios basados en la comunidad o fomento de las capacidades) suelen ser más eficaces que las intervenciones individuales, quizás

porque ofrecen oportunidades para el compromiso social y el establecimiento de nuevos vínculos sociales (recuadro 6.1).

- Tanto las intervenciones presenciales como las intervenciones asistidas por la tecnología (por ejemplo, por teléfono o Internet) pueden ser eficaces (recuadro 6.16).
- Es importante determinar qué tipos de redes prestan apoyo a las personas mayores, por ejemplo en el manejo de su propio cuidado, y fomentarlas (113, 115).
- Las intervenciones participativas son más eficaces que las no participativas, y las intervenciones con una base teórica suelen ser más efectivas que aquellas que no la tienen.
- El acceso a los dispositivos de apoyo adecuados ayuda a lograr los objetivos (164, 203).
- La facilitación del acceso a las TIC, y la confianza y competencia en su uso, también ha demostrado ser eficaz (204).

Recuadro 6.16. El Teléfono Suen a las Cinco en Portugal

El programa El Teléfono Suen a las Cinco ofrece compañía confiable y estimulación mental a los adultos mayores de Setúbal (Portugal) que tienen dificultades para salir de su casa. Esta iniciativa gratuita, que solo requiere que los participantes dispongan de un teléfono, cada día conecta a cuatro adultos mayores con un moderador voluntario de la comunidad. Los temas de los que se habla varían dependiendo del día y de los conocimientos del voluntario, y van desde temas de actualidad hasta cultura, salud y deportes. Además, el programa ofrece lo que se conoce como visitas guiadas, en las que los participantes reciben por correo imágenes de un lugar de interés local y el moderador luego realiza una visita virtual con el grupo y un debate (200). Entre 2011 y 2013 funcionó con éxito con carácter experimental. Otros programas de características similares siguen prestando servicios a través de Senior Centers Without Walls en comunidades como Manitoba (Canadá) (201) y Oakland (California) (202).

Crear oportunidades de funciones sociales significativas y relaciones recíprocas

Las relaciones recíprocas son importantes para la autoestima de la persona mayor y constituyen un incentivo para el compromiso social continuo (205). En el recuadro 6.14 y el recuadro 6.17 se describen programas exitosos que promueven las relaciones recíprocas. Los bancos de tiempo, mediante los cuales las personas intercambian su tiempo y servicios por otros servicios, también han demostrado que fomentan las relaciones recíprocas y desarrollan el capital social en las comunidades (207). La generación de oportunidades para la interacción social mediante la creación de servicios especializados, eventos especiales, clases y sitios de reunión también puede mejorar los vínculos sociales (recuadro 6.1 y recuadro 6.17).

Considerar el impacto de los edificios públicos, el transporte, la vivienda y los centros médicos en las redes sociales

La necesidad de apoyo social de las personas mayores tiende a aumentar cuando se deteriora la capacidad (cognitiva, mental, social y física) y cuando el entorno, incluidos los espacios sociales y el transporte, no son accesibles. Es necesario identificar y eliminar los obstáculos, e implementar políticas para crear entornos favorables. Las políticas de transporte que incluyen transporte público accesible y la puesta en marcha de transporte no motorizado (como el *cyclopousse* en Lyon, Francia) (208), el uso de los principios del diseño universal en el entorno construido, el desarrollo de vecindarios que inviten a caminar y la disponibilidad de dispositivos de apoyo (sección “Movilidad”) son elementos que pueden contribuir a fomentar las redes sociales (156, 199, 209–211). Mediante el diseño urbano adecuado y el desarrollo de servicios sociales, como los centros para personas mayores, es posible contar con vecindarios que faciliten la interacción social y el apoyo mutuo (recuadro 6.18).

Mejorar el acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones

La comunicación telefónica o por Internet es importante para mantener las relaciones (213–215). Se ha demostrado que diversas intervenciones mejoran el acceso de las personas mayores a estos recursos, por ejemplo el uso de dispositivos de apoyo adecuados para compensar las deficiencias sensoriales que afectan la comunicación y las relaciones, el aumento de la cobertura y asequibilidad de las TIC y la ampliación de la disponibilidad de información accesible, especialmente mediante la difusión de los eventos y los centros que ofrecen oportunidades para la interacción social.

Capacidad para contribuir

Esta capacidad abarca un sinnúmero de contribuciones que las personas mayores hacen a sus familias y comunidades, como ayudar a amigos y vecinos, actuar como mentores de pares y personas más jóvenes, y prestar asistencia a familiares y a la comunidad en general. La capacidad de contribuir está muy relacionada con la participación en actividades sociales y culturales, a las que se hace referencia como otras capacidades en las secciones “Capacidades para crear y mantener relaciones” y “Capacidades para aprender, crecer y tomar decisiones”.

El voluntariado y el trabajo son dos vías importantes que los adultos usan para sentirse plenos en la vejez, y en esta sección se utilizan como ejemplos para mostrar de qué se trata la capacidad de contribuir. El término *trabajo* se usa en el sentido más amplio e incluye el trabajo no remunerado en el hogar o en una empresa familiar, el trabajo remunerado para otra persona u organización en la economía formal o informal y el empleo por cuenta propia (165). El voluntariado es el trabajo no remunerado que las personas mayores eligen hacer para personas ajenas a su hogar y para la comunidad en general (216).

Recuadro 6.17. Recuperar los principios de dar y recibir entre las generaciones en Alemania

Los centros multigeneracionales de Alemania están recuperando los principios de dar y recibir entre generaciones, que antes eran comunes en las grandes familias. Estos centros ofrecen a jóvenes y adultos mayores un espacio público en el vecindario donde todas las generaciones pueden reunirse, crear y mantener relaciones, y beneficiarse de sus distintas competencias, experiencias e intereses.

Desde 2006, el Gobierno alemán ha establecido y subsidiado más de 450 centros multigeneracionales, creando una infraestructura para la cohesión social en ciudades y comunidades de todo el país. Los servicios y actividades que en ellos se ofrecen incluyen la atención informal de los adultos mayores que dependen de la atención de terceros, educación, ayuda en el acceso a servicios domésticos y oportunidades de voluntariado.

El corazón de cada centro multigeneracional es el *Offener Treff*, una sala de estar pública en donde las distintas generaciones pueden comunicarse en una atmósfera relajada. Para muchos, representa un primer contacto informal con los servicios que se ofrecen, así como con las oportunidades de voluntariado. Se pone énfasis en las actividades intergeneracionales que facilitan las relaciones y el apoyo mutuo. Estas resultan particularmente valiosas para los niños y jóvenes que tienen escasas oportunidades de reunirse y compartir con las generaciones mayores, por ejemplo, cuando sus abuelos viven lejos. En los centros multigeneracionales, las personas mayores muchas veces enseñan a los adolescentes recetas o técnicas artesanales tradicionales, y los más jóvenes ayudan a los mayores a usar las computadoras o los teléfonos inteligentes.

Alrededor de 15.000 voluntarios participan en el programa y son fundamentales para el éxito de los centros. Los voluntarios colaboran con el 60 % de las actividades que se ofrecen y el 20 % son ejecutadas exclusivamente por voluntarios. Estas actividades incluyen, por ejemplo, la preparación de comidas, la lectura de cuentos a niños y la guía a los jóvenes en lo que respecta a sus opciones laborales. Para muchos, los centros representan el primer punto de contacto con las oportunidades de voluntariado y a menudo les abren puertas para volver a conectarse con el mercado laboral. Esta dinámica cuenta con el respaldo activo de las oportunidades de capacitación, orientación y establecimiento de contactos de que disponen los voluntarios.

Los centros multigeneracionales también sirven como puntos para la coordinación de información y servicios en la comunidad. Cada uno se orienta hacia las necesidades de la comunidad local. Por ejemplo, en el centro multigeneracional Groß-Zimmern se estableció un servicio de orientación para personas con demencia con el propósito de proporcionar información sobre los servicios de apoyo a los familiares que prestan atención en el domicilio. Otros centros ofrecen servicios de cuidado infantil o de atención para personas mayores, por ejemplo mediante servicios flexibles que complementan los servicios diurnos generales y facilitan que los padres puedan seguir trabajando y ocuparse de sus familiares. Los centros fomentan el contacto y la cooperación con empresas, proveedores de servicios, instituciones culturales y educativas, y medios de comunicación locales. En el centro de la ciudad de Bielefeld, los jubilados aún jóvenes prestan servicios voluntarios a sus pares de más edad realizando pequeñas reparaciones, como cambiar bombillas de luz, que complementan los servicios ofrecidos por empresas locales.

Los centros multigeneracionales prestan apoyo en todas las etapas del curso de la vida y, en el caso particular de las personas mayores, ofrecen servicios de apoyo e información que pueden facilitar la participación activa en la vida comunitaria y proporcionan oportunidades para asumir un compromiso significativo con la comunidad. También colaboran en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede ayudar a que las personas mayores permanezcan más tiempo en sus hogares y comunidades. Al fomentar las relaciones entre las distintas generaciones, estos centros también contribuyen a superar los estereotipos negativos y las actitudes de discriminación por motivos de edad en la comunidad (206).

Si bien hay poca información al respecto, las investigaciones realizadas en países de ingresos altos indican que el trabajo y el voluntariado en las últimas etapas de la vida pueden tener efectos

positivos en la salud (217). Por ejemplo, los cambios relacionados con la edad en las capacidades físicas, mentales y cognitivas pueden moderarse mediante las actividades físicas e intelectuales

relacionadas con el trabajo (127). Un estudio longitudinal realizado en Japón sobre hombres mayores que trabajaban demostró que trabajar en forma remunerada menos de 35 horas por semana ayudaba a las personas mayores a mantener la salud física y mental (218). Es probable que las personas mayores en países de ingresos altos y medios valoren más el trabajo una vez que se jubilan, y muchos adultos mayores desean volver al trabajo tras la jubilación, sobre todo si no se trata de un trabajo que plantee muchas exigencias físicas y si pueden reducir el número de horas que trabajan (219, 220).

Por lo tanto, facilitar distintos tipos de trabajo para personas mayores probablemente tenga importantes beneficios si la capacidad lo permite y si se reúnen las condiciones para un trabajo decente (221). No obstante, hay importantes condiciones. Como se describió en el capítulo 1, algunos datos indican que, por ejemplo, la mayoría de las personas mayores en el Reino Unido sufren algún tipo de discapacidad mucho antes de la edad de jubilación, y el riesgo de discapacidad antes de la edad de jubilación es mucho mayor entre las personas que viven en zonas desfavorecidas. Además, no solo es más probable que las personas mayores desfavorecidas tengan un nivel más bajo de capacidad intrínseca, sino que es menos probable que cuenten con las capacidades o los niveles educativos que ofrecen la flexibilidad y la oportunidad de acceder a un trabajo que promueva la salud. Es probable que los ámbitos de trabajo en países de ingresos bajos y medianos sean demasiado peligrosos y extenuantes como para tener efectos positivos.

Existe una relación recíproca entre la salud y el voluntariado. Es más probable que los adultos mayores que tienen mejor estado de salud trabajen como voluntarios y, al mismo tiempo, las personas son más saludables y felices porque trabajan como voluntarias (222, 223). La investigación ha demostrado que la naturaleza altruista del voluntariado contribuye a sus efectos beneficiosos sobre la salud (224, 225). Debido a que el voluntariado es valorado en la sociedad, es

Recuadro 6.18. Una ciudad para personas mayores en Suiza

Cité Seniors en Ginebra (Suiza) es un centro de información y reunión para adultos mayores que ofrece un espacio para socializar, aprender y acceder a información sobre diversos temas. Cité Seniors tiene actividades durante todo el año, incluidos seminarios, debates, paseos culturales y diversos cursos de capacitación. Ofrece más de 25 cursos y talleres prácticos sobre temas como informática, artes creativas y bienestar general. Cada semestre hay un nuevo programa disponible, y el día de inscripción en la propia sede se puede obtener información sobre las distintas actividades e inscribirse para los eventos. Cité Seniors también ofrece un espacio de reunión para la Plataforma de Asociaciones de Personas Mayores de Ginebra, que cuenta con más de 35.000 miembros. Unas 25.000 personas utilizan la sede cada año y todas las generaciones son bienvenidas. Cité Seniors forma parte de una infraestructura más amplia de centros de reunión para personas mayores en los vecindarios (212).

reconocido públicamente y ofrece más opciones que trabajar o cuidar de otros, quizás tenga efectos incluso más positivos que otras formas de contribución social (226, 227). Los estudios realizados a adultos mayores han demostrado que el voluntariado mejora la autoevaluación de la salud física (228–230), reduce la hipertensión (231), aumenta la fuerza física y la velocidad de la marcha (232, 233) y reduce los síntomas de depresión (234–236). También se han detectado los efectos positivos del voluntariado en la salud física y mental de personas de más de 80 años (229). Un estudio longitudinal realizado a estadounidenses de 60 años y más reveló que cuanto más tiempo se destina a actividades productivas, más aumenta el bienestar (237). El voluntariado beneficia a las personas mayores de muchas otras maneras, ya que declaran adquirir una sensación de control, sentirse apreciadas, tener un propósito y tener la oportunidad de aprender y de dar algo a cambio (238).

Aunque en muchos países las políticas ponen énfasis en ampliar las capacidades de las personas

mayores para contribuir, para ello hace falta mejorar antes otras capacidades. También se requieren diversas políticas y prácticas que faciliten la capacidad de las personas mayores para trabajar y realizar actividades de voluntariado de maneras que promuevan el *Envejecimiento Saludable*.

¿Qué se puede hacer para facilitar la capacidad para contribuir?

La decisión de los adultos mayores de trabajar se ve influida por sus intereses, sus necesidades económicas, su salud, la naturaleza del trabajo que se les ofrece y las consecuencias sobre su jubilación.

Para que las políticas funcionen, es necesario diseñar estrategias que generen oportunidades para los adultos mayores que pueden y quieren contribuir, y que apoyen a los empleadores que están dispuestos a contratar, capacitar y retener a trabajadores y voluntarios. Las políticas también deberán abordar el problema de la desigualdad. Por ejemplo, en general, las mujeres tienen menos recursos económicos acumulados y es más probable que en el transcurso de su vida pasen más tiempo que los hombres cuidando a personas mayores y niños.

Las siguientes opciones de políticas quizás no sean aplicables a las personas mayores que siempre han formado parte del mercado de trabajo informal.

Desafiar las actitudes discriminatorias por motivos de edad y crear entornos inclusivos que acepten la diversidad de edades

A menudo, los empleadores tienen actitudes negativas hacia los trabajadores mayores (239). La discriminación por motivos de edad persiste aunque los trabajadores mayores no necesariamente sean menos saludables, educados, habilidosos o productivos que sus colegas más jóvenes (240, 241). Las mujeres mayores enfrentan desafíos particulares en el trabajo a causa de su sexo y edad.

Para combatir la discriminación por motivos de edad, se pueden formular leyes que esta-

blezcan la ilegalidad de tal discriminación, crear más oportunidades para equipos intergeneracionales y organizar campañas para cuestionar los mitos y los estereotipos erróneos que dificultan la capacidad de participación de las personas mayores (242). Diversos estudios han investigado el efecto de colocar a personas jóvenes y adultos mayores juntos con el propósito de combatir estereotipos negativos, y han concluido que un mayor grado de contacto reduce las actitudes negativas y modera las percepciones (243). La exposición a ejemplos positivos de trabajadores mayores puede mejorar las creencias implícitas sobre los adultos mayores (244). Una intervención que proporcionó información sobre los mitos y realidades del envejecimiento, y que fue seguida de un debate sobre la discriminación por motivos de edad con el fin de cambiar ciertas actitudes, logró cambiar de manera exitosa las percepciones de los jóvenes sobre el envejecimiento (245).

En varios países de ingresos altos y medios se han aprobado leyes antidiscriminatorias para combatir la discriminación por motivos de edad. Para los países de la Unión Europea, por ejemplo, la *Directiva 2000/78/CE relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación* tiene por objeto combatir la discriminación en el lugar de trabajo por causa de discapacidad, orientación sexual, religión y edad, y todos los Estados miembros de la Unión Europea deben implementar esta norma en sus leyes nacionales (246). Estados Unidos, que tiene uno de los índices más altos de participación de personas de más de 65 años en el mercado laboral, cuenta con uno de los sistemas antidiscriminatorios más fuertes. Por ejemplo, la Ley de 1967 sobre Discriminación en el Empleo por Motivos de Edad prohíbe la discriminación laboral en contra de las personas de 40 años o más. En otros países, como los Países Bajos, se ha llegado a analizar los anuncios de oferta de empleo para evitar la discriminación por motivos de edad (247).

Derogar las edades de jubilación obligatoria

La edad no es un indicador confiable a la hora de juzgar la posible productividad o empleabilidad de un trabajador. La OCDE ha recomendado la eliminación de todas las políticas de jubilación obligatoria con el fin de beneficiar a los trabajadores, los empleadores y las economías (247). Muchos países, incluidos aquellos que han adoptado medidas para aumentar la participación de las personas mayores en la fuerza laboral, aún cuentan con edades de jubilación obligatoria o avalan la existencia de sectores de actividad con edades de jubilación obligatoria. Los organismos de las Naciones Unidas también tienen edades obligatorias de separación del servicio. Las políticas que regulan las edades de jubilación obligatoria no ayudan a crear empleo para los jóvenes, como se había previsto inicialmente, sino que reducen la capacidad de los trabajadores mayores de contribuir y menguan las oportunidades de una organización de beneficiarse de la capacidad de los trabajadores mayores.

Reformar los sistemas de pensiones que incentivan la jubilación anticipada o penalizan el regreso al trabajo

La disponibilidad y el diseño de los sistemas de pensiones pueden aumentar o reducir la participación en la fuerza laboral. En los países de ingresos bajos, muchos adultos necesitan contar con un trabajo remunerado (también en el sentido de trabajo agrícola o de subsistencia) durante toda su vida porque no existe una red de seguridad social y no pueden darse el lujo de jubilarse (248). En oposición, los países más ricos que han ampliado la cobertura y generosidad de su sistema de pensiones permiten que los trabajadores mayores se retiren de la fuerza laboral más temprano (249). Las políticas que exigen la jubilación obligatoria reducen las oportunidades y la motivación de las personas mayores para seguir trabajando. Por ejemplo, en Japón, si todos los demás factores se mantienen constantes, se ha comprobado que la jubilación obligatoria reduce

en 20% la probabilidad de que los hombres de entre 60 y 69 años continúen trabajando (86). Es probable que la participación en la fuerza laboral se reduzca si las personas mayores adquieren derecho a una pensión; además, el sistema restringe los ingresos que se pueden obtener mientras se cobra una pensión (86). Los sistemas de pensiones que no incentivan la jubilación anticipada ni penalizan a los jubilados que regresan al trabajo pueden tener especial influencia en la disposición de los adultos mayores para trabajar. En Suecia, por ejemplo, las personas pueden dejar de recibir la totalidad o una parte de su jubilación y continuar trabajando a cualquier edad, sin limitaciones en los ingresos que perciben (250).

Apoyar las opciones de jubilación gradual y la modalidad de trabajo flexible

Una de las opciones preferidas por las personas que se acercan a las edades de jubilación tradicionales es la flexibilidad del trabajo a tiempo parcial. Los planes de jubilación en etapas aún deben ser evaluados, pero tienen el potencial de permitir a las empresas retener a empleados experimentados (251, 252). Las políticas que ofrecen la opción de jubilación parcial —esto es, el paso gradual de la actividad a la jubilación— y eliminan los obstáculos económicos posibilitan que las personas ingresen y salgan del mercado de trabajo. Las opciones de jubilación gradual en algunos casos permiten que las personas mayores cambien de sector de trabajo, se pasen al empleo por cuenta propia o reduzcan el número de horas que trabajan. Japón, Noruega y Suecia, por ejemplo, han tenido especial éxito en la puesta en marcha de planes de jubilación parcial y programas de capacitación formales para ayudar a los trabajadores mayores a mejorar sus capacidades y mantenerse por más tiempo en la fuerza laboral (242, 253).

Existen varios motivos para que los empleados mayores prefieran la modalidad de trabajo flexible. Quizás, por ejemplo, deban o deseen asumir la responsabilidad de cuidar de sus padres, parejas o nietos. La modalidad de trabajo

flexible muchas veces permite que las personas trabajen a tiempo parcial o tengan un horario de trabajo flexible, o que trabajen desde su casa o fuera de una oficina. También puede comprender prácticas de pago flexibles; por ejemplo, cuando las responsabilidades de los empleados mayores cambian, también es posible que cambie el pago que reciben en virtud de su aporte al lugar de trabajo. Los programas de empleo particularmente progresistas consideran el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, así como las responsabilidades de prestación de cuidados (86), y ayudan a las sociedades a lograr un mejor ajuste entre los deseos de las personas mayores en materia laboral y lo que los empleadores ofrecen. Las experiencias en Finlandia y otros países de Europa indican que mejorar el ajuste entre las preferencias y capacidades de los trabajadores mayores y sus empleos requiere no solo la participación activa de los encargados de formular políticas, sino también de los gerentes de recursos humanos (254).

Considerar incentivos que alienten a los empleadores a retener, capacitar, contratar, proteger y recompensar a trabajadores mayores

Muchos países con falta de mano de obra, altos índices de desempleo de larga duración y sistemas de pensiones saturados ofrecen incentivos para que los empleadores contraten trabajadores mayores. Aunque los incentivos difieren de un país a otro, por lo general incluyen exonerar a los empleadores de determinados impuestos, ofrecer bonificaciones o proporcionar acceso a contratos públicos. Los subsidios salariales que se emplean como alternativa a los programas de capacitación laboral públicos o privados para trabajadores mayores han sido propuestos como una opción rentable, pero aún requieren evaluación (255). Algunos países ofrecen incentivos para contratar a poblaciones específicas de trabajadores mayores, como mujeres, personas con ingresos bajos y personas que han estado en la cárcel. Algunos países (Austria, Bulgaria, Eslovaquia, Francia, Grecia, Hungría y Lituania)

cuentan con leyes de protección del empleo que incentivan específicamente a los empleadores que contratan a mujeres desempleadas mayores de 50 años y a hombres desempleados mayores de 55 años (248). Francia, que tiene uno de los índices más bajos de la OCDE en cuanto a la movilidad laboral de los trabajadores mayores, proporciona ayuda financiera y acceso a contratos públicos a los empleadores que contratan a personas desempleadas mayores de 50 años. Singapur puso en marcha un programa de incentivos que no limitaba los niveles salariales, pero mientras que las empresas se beneficiaban con incentivos estatales, los trabajadores mayores recibían salarios inferiores al nivel del mercado.

Ayudar a los adultos mayores a planificar la segunda mitad de la vida e invertir en aprendizaje permanente

El aumento de la esperanza de vida es muy importante tanto para la extensión de la vida laboral de las personas como para la forma en que eligen reinventarse en ese tiempo. Recibir un asesoramiento adecuado y accesible sobre la carrera a lo largo del curso de la vida puede ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre las transiciones de la vida, incluso respecto del aprendizaje permanente y el trabajo.

Aunque cada generación de adultos mayores cuenta con mejor educación que la generación anterior, el aprendizaje permanente es fundamental para que los trabajadores puedan emplearse y seguir siendo atractivos para el mercado laboral, sobre todo en el caso de los trabajadores mayores, y más especialmente entre aquellos que tienen trabajos menos calificados (247). Los empleadores deben invertir en los empleados mayores para que estos permanezcan comprometidos, actualicen sus conocimientos y mantengan su flexibilidad y respuesta ante las exigencias del trabajo. Además de ofrecerles educación y capacitación, también se debe pensar en programas de orientación, tutoría entre pares y rotación de pue-

tos. Si bien varios países han puesto en marcha distintas estrategias, aún no está claro cuáles darán resultados en las políticas y en la práctica (49, 247, 256).

Invertir en la salud y el funcionamiento

En todos los países, los problemas de salud son la causa más frecuente por la cual las personas se ven obligadas a jubilarse, seguida de los despidos y la incapacidad para encontrar un nuevo trabajo (257). Garantizar la salud de la fuerza laboral es un requisito para que los adultos mayores puedan trabajar por más tiempo y una consideración fundamental en todo cambio que se proponga en la edad de jubilación o el acceso a pensiones. El ausentismo por razones de salud es menos frecuente en los trabajadores mayores, pero, cuando ocurre, suele tener mayor duración. La inversión en actividades que promuevan el *Envejecimiento Saludable*, incluidos cambios en las actitudes y conductas, será fundamental para mejorar la salud de todos los trabajadores.

Los lugares de trabajo que alientan a los trabajadores a mantener su capacidad mediante la actividad física y la alimentación nutritiva promueven la salud de sus empleados (capítulo 3). Cuando los empleados presentan deterioro de la capacidad, las tecnologías de apoyo y otras adaptaciones razonables les permiten en muchos casos continuar trabajando.

Otra herramienta para mantener la salud, la productividad y la empleabilidad de los trabajadores mayores es ofrecerles ayuda antes de que queden exhaustos o pierdan la motivación. Cambiar las tareas o el orden de las tareas, sobre todo si su realización durante largo tiempo resulta mental o físicamente agotadora, puede ayudar a evitar que los trabajadores se enfermen o pierdan la motivación (248). Los trabajadores pueden realizar determinada tarea hasta alcanzar una productividad óptima y entonces, antes de perder ese nivel de productividad, pueden pasar a realizar otras tareas que requieran un nivel de calificación similar o superior, dependiendo de la capacidad de cada persona (258, 259).

Crear las condiciones necesarias para el voluntariado

Si bien diversos factores influyen en la decisión de ser voluntario, se destacan el deseo de ayudar, la experiencia previa de voluntariado, el hecho de haber trabajado y estar jubilado, el convertirse en cuidador, el deterioro de la salud o la muerte de la pareja (260–264). No obstante, es más probable que los adultos mayores se decidan a realizar tareas de voluntariado impulsados por el deseo de ayudar a otros y mantenerse activos (265, 266).

La generatividad —el deseo de trabajar con los jóvenes y transmitirles conocimientos— adquiere más relevancia con la edad (221, 263). En este informe es imposible presentar todas las formas en que las organizaciones pueden ayudar a los voluntarios mayores. No obstante, algunas investigaciones sugieren que varias medidas podrían ser importantes, como las que se señalan a continuación:

- **Alentar a las personas a tener confianza en sí mismas para realizar tareas de voluntariado.** La capacitación es fundamental para reforzar la confianza de las personas mayores y propiciar que se conviertan en líderes efectivos. A los adultos mayores tal vez les preocupe quedar atrapados en grandes compromisos de tiempo y energía por ofrecerse como voluntarios. Al mismo tiempo, a las organizaciones puede resultarles costoso tener una gran rotación de voluntarios. Para que los voluntarios puedan tomar decisiones informadas, es esencial proporcionarles información clara sobre los requisitos de la organización y garantizarles que dispondrán del apoyo necesario.
- **Crear oportunidades para que las organizaciones y los voluntarios se conozcan.** Existen muchas formas de sensibilizar sobre la disponibilidad y la capacidad de las personas mayores, y de crear mecanismos para acceder a sus conocimientos y aptitudes. Un ejemplo son los llamados *bancos de cerebros* de Tailandia, que ofrecen información sobre trabajadores jubilados con experiencia y

Cuadro 6.2. Ejemplos de intervenciones que contribuyen a lograr las cinco capacidades esenciales para el Envejecimiento Saludable, por sector

		Sector					
Capacidades	Transporte	Vivienda	Asistencia y protección social	Desarrollo urbano	Información y comunicación	Educación y trabajo	Salud y atención a largo plazo
Satisfacer las necesidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar opciones de transporte seguro para el acceso a servicios básicos y servicios de alimentación y asistencia sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar acceso a una vivienda adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar un seguro social para proporcionar seguridad de los ingresos - Proporcionar asistencia a familias que cuidan a familiares mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que las estructuras y los entornos estén bien diseñados y sean accesibles y seguros 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el suministro de información clara y accesible sobre los servicios sociales y de salud disponibles para las personas mayores - Garantizar que en la planificación para casos de emergencia se consideren las necesidades de las personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer programas para volver a capacitarse, adaptados a los trabajadores mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la disponibilidad de una variedad adecuada de servicios de asistencia sanitaria y apoyo para promover, mantener y restablecer la capacidad
Aprender, crecer y tomar decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que los operadores de transporte de primera línea reciban capacitación respecto de las necesidades de las personas mayores y las prácticas no discriminatorias 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que las personas mayores dispongan de información sobre opciones de vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la planificación anticipada de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar infraestructura para peatones que respete los principios del diseño universal - Apoyar el uso de transporte no motorizado 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer programas educativos que acerquen a las personas mayores a las nuevas tecnologías que pueden ayudarlos a combatir la soledad y el aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar acceso a computadoras e Internet por un costo mínimo (por ejemplo, en bibliotecas o centros comunitarios) - Garantizar la inclusión de subtítulos en los programas de televisión para las personas con dificultades auditivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar presupuestos personales
Tener movilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que el transporte público sea accesible para las personas mayores y las personas con discapacidad - Garantizar que haya asientos reservados para las personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar con las reformas en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la disponibilidad de opciones especiales de transporte 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la seguridad de las rutas para la conducción y para que los peatones crucen las calles - Proporcionar estacionamiento prioritario para las personas mayores con discapacidad - Proporcionar baños públicos limpios 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que la información sobre opciones de transporte y horarios se encuentre disponible en formatos accesibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que los lugares de trabajo se adapten a las necesidades de las personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una evaluación temprana de las necesidades de vivienda

		Sector					
Capacidades	Transporte	Vivienda	Asistencia y protección social	Desarrollo urbano	Información y comunicación	Educación y trabajo	Salud y atención a largo plazo
Crear y mantener relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que el transporte público cuente con suficientes paradas y estaciones para que las personas mayores puedan acceder a centros para adultos mayores y centros religiosos, y visitar a sus familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar viviendas que faciliten la integración comunitaria - Garantizar que la vivienda no esté superpoblada 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a las organizaciones voluntarias para facilitar el acceso de las personas mayores a actividades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir lugares en la comunidad en los que las personas puedan reunirse, como centros comunitarios, mayores y parques públicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información accesible sobre ocio y actividades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que los trabajadores mayores tengan oportunidad de compartir sus conocimientos con otros trabajadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a las personas mayores para que puedan desarrollar y mantener su capacidad intrínseca
Contribuir	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la disponibilidad de transporte para que las personas puedan trasladarse al trabajo o a realizar sus actividades de voluntariado 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la ubicación de las viviendas cerca de los servicios y oportunidades de trabajo y voluntariado 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar seguro de desempleo 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar traslados a pie seguros hacia el transporte (por ejemplo, para ir al trabajo) y los lugares de recreación 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre oportunidades de voluntariado - Organizar campañas de comunicación para desalentar la discriminación por motivos de edad en el lugar de trabajo, tanto por parte de los empleadores como de los empleados más jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la existencia de diversas oportunidades para los trabajadores mayores - Garantizar que la jubilación sea una opción y no una obligación - Implementar políticas para evitar la discriminación por motivos de edad 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un seguro de enfermedad que incluya cobertura para gastos médicos catastróficos

capacitación a diversas organizaciones, y facilitan el contacto con ellos.

- **Garantizar que el tipo y la naturaleza del trabajo resulten satisfactorios.** Garantizar la satisfacción personal es fundamental para retener a los voluntarios. Al comparar a trabajadores voluntarios con una muestra de empleados remunerados que realizaban tareas idénticas en la misma organización, la autonomía (disponer de opciones y del control sobre sus acciones) y el relacionamiento (poder establecer y mantener relaciones seguras y respetuosas con otros) fueron las características más relacionadas con las intenciones de los voluntarios de continuar en la organización, y esta relación se ve influenciada por la satisfacción con la tarea que el voluntario realiza (267).
- **Garantizar que concuerden las motivaciones del voluntario con su función.** Se ha demostrado que es importante que concuerden las motivaciones de los posibles voluntarios con los mensajes que se usan al convocarlos (268). Los voluntarios cuyas funciones se ajustan a sus motivaciones muestran más satisfacción y disfrutan más de su servicio, y es más probable que quieran continuar con las tareas de voluntariado (268). Ajustar las oportunidades de voluntariado a las motivaciones de los voluntarios podría entonces aumentar el nivel de satisfacción y reducir la tasa de rotación de voluntarios.
- **Proporcionar una compensación para alentar la retención.** Si bien a muchas organizaciones quizás les resulte difícil ofrecer una compensación en efectivo, la rotación puede reducirse mediante la entrega de una compensación en efectivo o en especie para cubrir los gastos de los voluntarios. El uso de estipendios también se ha relacionado con la capacidad de involucrar a distintas poblaciones, aumentar la retención y asegurar que los voluntarios tengan la mejor experiencia posible (269).

- **Tener en cuenta los aspectos administrativos.** La forma en que se contacta, selecciona, capacita y supervisa a los voluntarios influye en su captación y retención. Por ejemplo, el método de captación más efectivo es el que se conoce como *pedido personal* (264, 270). Si bien es menos probable que se pida a adultos mayores que realicen tareas de voluntariado, es cinco veces más probable que aquellos a quienes se les pide acepten hacerlo a que lo hagan aquellos a quienes no se les pide (271). El significado que se atribuye al trabajo voluntario, el apoyo y la orientación del personal y las relaciones con otros voluntarios son factores importantes para la calidad de la experiencia de voluntariado (221). Un estudio realizado en Inglaterra demostró que cuanto más apreciados se sentían los voluntarios, más satisfechos estaban con su vida en general (272).

El futuro

Asegurar la capacidad funcional de las personas mayores es importante para enfrentar el envejecimiento de la población. La consideración de las capacidades de las personas mayores, que pone énfasis en los recursos personales y del entorno, así como en la capacidad intrínseca, es de interés para todos los países. Las prioridades de acción serán distintas y los países deberán diseñar medidas para sus propios contextos, pero una mejor adecuación entre las personas mayores y sus entornos se puede lograr en todas partes.

Al poner énfasis en ampliar la capacidad funcional, se ayuda a que los gobiernos, la sociedad civil y otros socios se centren más en los resultados y los impactos. Al concentrarse en las capacidades, la atención se traslada de los insumos (como el transporte) a los resultados (como la accesibilidad y la movilidad). Con esto, los países logran centrarse en lo que es importante para las personas mayores y los objetivos de dis-

tintos sectores u organismos, y así todos ganan. Además, este enfoque en la capacidad funcional va más allá del simple uso de listas de verificación, que son limitadas porque no consideran el papel del entorno en la promoción de las capacidades y habilidades, suponen que todos se beneficiarán por igual de un determinado recurso y no reconocen que un factor podría contrarrestar a otro (por ejemplo, realizar reformas en la vivienda quizás reduzca la necesidad de atención a largo plazo).

En tiempos de grandes inquietudes acerca de las implicaciones del envejecimiento de la población, de mayor austeridad de los países y de escasos fondos destinados a la ayuda, al concentrar la atención en las capacidades, todos los sectores, en todos los niveles de gobierno, pueden decidir juntos cuál es la mejor manera de sumar salud a los años.

En cada sección de este capítulo se presentaron opciones de medidas que pueden adoptarse para mejorar distintos dominios de la capacidad. En el [cuadro 6.2](#) se presentan los aportes que los distintos sectores pueden hacer para promover la capacidad funcional. Las siguientes tres estrategias, que se analizan en el capítulo 7, son clave para abordar estas cuestiones intersectoriales:

1. combatir la discriminación por motivos de edad;
2. propiciar la autonomía;

3. apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

Para generar un cambio, es necesaria la colaboración entre varios niveles de gobierno, así como entre el gobierno y otros agentes no gubernamentales, como el sector académico y las asociaciones de personas mayores. A continuación se detallan algunas medidas que pueden respaldar la acción intersectorial para promover el *Envejecimiento Saludable* (273, 274):

- crear conciencia sobre el *Envejecimiento Saludable*;
- diseñar mensajes de promoción, dirigidos a sectores específicos, sobre cómo pueden contribuir al *Envejecimiento Saludable*;
- aprovechar experiencias exitosas anteriores de acción intersectorial;
- acordar cuestiones de organización que promuevan la colaboración continua para asegurar el *Envejecimiento Saludable* en los distintos sectores;
- institucionalizar el objetivo de mejorar la capacidad funcional;
- medir los resultados en términos de la capacidad y documentar las intervenciones o medidas específicas que se adoptaron;
- abordar el problema de la falta de investigación.

Referencias bibliográficas

1. Attitudes about Aging: a global perspective. Washington (DC): Pew Research Center; 2014 (<http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>, accessed 10 July 2015).
2. Center for Excellence in Universal Design [website]. Dublin: National Disability Authority; 2012 (<http://universaldesign.ie/>, accessed 1 July 2015).
3. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 20 July 2015).
4. Safe streets for seniors. In: New York City Department of Transportation [website]. New York: City of New York; 2015 (<http://www.nyc.gov/html/dot/html/pedestrians/safeseniors.shtml>, accessed 1 July 2015).
5. Handi-Transit. In: City of Winnipeg [website]. Winnipeg: City of Winnipeg; 2015 (<http://winnipegtransit.com/en/handi-transit/handi-transit>, accessed 1 July 2015).
6. What is a men's shed? In: Australian Men's Shed Association [website]. Windale (NSW): Australian Men's Shed Association; 2015. (<http://www.mensshed.org/what-is-a-men-s-shed.aspx>, accessed 1 July 2015).
7. The universal declaration of human rights. New York: United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr/>, accessed 10 July 2015).
8. Naughton C, Drennan J, Treacy MP, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the national study of elder abuse and neglect. Dublin: National Centre for the Protection of Older People; 2010. (<http://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/Study%203%20Prevalence.pdf>, accessed 20 July 2015.)
9. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2012;7(3):e33857.doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0033857> PMID: 22448276
10. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol*. 2011 Jul;30(4):377–85.doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022826> PMID: 21534675
11. Illiffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *Br J Gen Pract*. 2007 Apr;57(537):277–82. PMID: 17394730
12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 10 July 2015).
13. Blazer DG, Sachs-Ericsson N, Hybels CF. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. *Am J Public Health*. 2005 Feb;95(2):299–304.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2003.035576> PMID: 15671468
14. World Development Report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>, accessed 20 July 2015).
15. Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2008 (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/growing-unequal_9789264044197-en#page1, accessed 20 July 2015).
16. Middleton S, Hancock R, Kellard K, Beckhelling J, Phung VH, Perren K. Measuring resources in later life: a review of the data. York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2007. (<http://www.jrf.org.uk/system/files/2001-measuring-resources-older-people.pdf>, accessed 10 July 2015).
17. Zimmer Z, Das S. The poorest of the poor: composition and wealth of older person households in sub-Saharan Africa. *Res Aging*. 2014 May;36(3):271–96.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027513484589> PMID: 25650994
18. World development report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>, accessed 10 July 2015).
19. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012. (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 10 July 2015).
20. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 10 July 2015).
21. The right to adequate housing. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2014 (Fact sheet No. 21/Rev. 1; http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf, accessed 20 July 2015).
22. Howden-Chapman P, Signal L, Crane J. Housing and health in older people: ageing in place. *Soc Policy J NZ*. 2010;13:14–30.
23. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD008657. PMID: 23450585

24. Healthy ageing: a challenge for Europe. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health; 2006 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20Ageing%20-%20A%20Challenge%20for%20Europe.pdf>, accessed 10 July 2015).
25. Gibson M, Petticrew M, Bamba C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place*. 2011 Jan;17(1):175–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.011> PMID: 21159542
26. Beard JR, Cerdá M, Blaney S, Ahern J, Vlahov D, Galea S. Neighborhood characteristics and change in depressive symptoms among older residents of New York City. *Am J Public Health*. 2009 Jul;99(7):1308–14. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.125104> PMID: 19008519
27. Lipman B, Lubell J, Salomon E. Housing an aging population: are we prepared. Washington (DC): Center for Housing Policy; 2012. (<http://www.nhc.org/media/files/AgingReport2012.pdf>, accessed 10 July 2015).
28. Pope ND, Kang B. Residential relocation in later life: a comparison of proactive and reactive moves. *J Hous Elder*. 2010;24(2):193–207. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763891003757122>
29. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
30. James M, Graycar A, Mayhew P. A safe and secure environment for older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2003. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/51/rpp051.pdf, accessed 10 July 2015).
31. Bachman R, Meloy ML. The epidemiology of violence against the elderly: implications for primary and secondary prevention. *J Contemp Crim Justice*. 2008;24(2):186–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1043986208315478>
32. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.280.5.428> PMID: 9701077
33. Hutton D. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
34. Derges J, Clow A, Lynch R, Jain S, Phillips G, Petticrew M, et al. 'Well London' and the benefits of participation: results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2014;4(4):e003596. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003596> PMID: 24694622
35. Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2012 (http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2000&Itemid=, accessed 20 July 2015).
36. Cooper K, Stewart K. Does money in adulthood affect adult outcomes? York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2015. (<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/money-adult-outcomes-full.pdf>, accessed 10 July 2015).
37. Beard JR, Tracy M, Vlahov D, Galea S. Trajectory and socioeconomic predictors of depression in a prospective study of residents of New York City. *Ann Epidemiol*. 2008 Mar;18(3):235–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.10.004> PMID: 18083544
38. Gorman M. Age and security: how social pensions can deliver effective aid to poor older people and their families. London: HelpAge International (<http://www.globalaging.org/pension/world/2004/security.pdf>, accessed 20 July 2015).
39. Soares S, Osorio RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality. *Estudios económicos*. 2009;(1):207–24. (<http://core.ac.uk/download/pdf/6327963.pdf>, accessed 14 August 2015).
40. McKinnon R. Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. Developments and trends: supporting dynamic social security. Geneva: International Social Security Association; 2007:31–7. (<https://www.issa.int/html/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 10 July 2015).
41. Asher M. The future of old age income security. New York: International Longevity Centre Global Alliance; 2013 (Revised version of Robert Butler Memorial Speech, delivered at the International Centre Global Alliance Symposium on The Future of Ageing, Singapore, 21 June 2013; http://www.ilc-alliance.org/images/uploads/publication-pdfs/The_future_of_old_age_income_security_Oct_2013_1.pdf, accessed 20 July 2015).
42. Duflo E. Grandmothers and granddaughters: old age pension and intra-household allocation in South Africa. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2000. (<http://economics.mit.edu/files/732>, accessed 10 July 2015).
43. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington (DC): World Bank; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-8439-8>
44. Shin E, Do YK. Basic old-age pension and financial wellbeing of older adults in South Korea. *Ageing Soc*. 2015;35:1055–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X14000051>
45. Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. Golden aging: prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. Washington (DC): World Bank; 2015. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018>, accessed 10 July 2015).

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

46. Why social pensions are needed now. London: HelpAge International; 2006 (<http://www.helpage.org/silo/files/why-social-pensions-are-needed-now.pdf>; accessed 20 July 2015).
47. Sadana R, Foebel AD, Williams AN, Beard JR. Population ageing, longevity, and the diverse contexts of the oldest old. *Public Policy Aging Rep.* 2013;23(2):18–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ppar/23.2.18>
48. Social protection floor. In: Social Protection Floor Initiative [website]. Geneva: Social Protection Floor Initiative; 2014 (<http://www.socialprotectionfloor-gateway.org/4.htm>, accessed 7 July 2015).
49. Maclean R, Wilson D, editors. International handbook of education for the changing world of work. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-5281-1>
50. Asher M. Pension plans, provident fund schemes and retirement policies: India's social security reform imperative. *ASCI J Manag.* 2010;39(1):1–18. ([http://journal.asci.org.in/Vol.39\(2009-10\)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf](http://journal.asci.org.in/Vol.39(2009-10)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf), accessed 14 August 2015).
51. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Soc Indic Res.* 2010;99(3):405–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9588-5>
52. Braubach M, Power A. Housing conditions and risk: reporting on a European study of housing quality and risk of accidents for older people. *J Hous Elder.* 2011;25(3):288–305. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763893.2011.595615>
53. Hui ECM, Wong FKW, Chung KW, Lau KY. Housing affordability, preferences and expectations of elderly with government intervention. *Habitat Int.* 2014;43:11–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.habitatint.2014.01.010>
54. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):357–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098> PMID: 21983126
55. van der Pas S, Ramklass S, O'Leary B, Andersen S, Keating N, Cassim B. Features of home and neighbourhood and the liveability of older South Africans. *Eur J Ageing.* 2015;30 May:1–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-015-0343-2>
56. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing 'best-fit'. *Can J Aging.* 2013 Dec;32(4):319–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000408> PMID: 24128863
57. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 10 July 2015).
58. The National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. executive summary. Canterbury (England): Personal Social Services Research Unit; 2013 (<http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf>, accessed 10 July 2015).
59. Wahl HW, Iwarsson S, Oswald F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):306–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154> PMID: 22419248
60. Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O, et al. Relationships between objective and perceived housing in very old age. *Gerontologist.* 2007 Feb;47(1):85–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/47.1.85> PMID: 17327544
61. Tanner B, Tilse C, de Jonge D. Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning of home for older people. *J Hous Elder.* 2008;22(3):195–215. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763890802232048>
62. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. *Gerontologist.* 2014 Feb;54(1):75–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070> PMID: 23840021
63. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (1):CD004441. PMID: 15674948
64. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist.* 2016. (In press.).
65. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1996 Oct;50(5):551–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.5.551> PMID: 8944864
66. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Rossum E, van Eijk JT, Yardley L, Kempen GI. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Apr;55(4):603–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x> PMID: 17397441
67. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. *Public Health.* 2001 Sep;115(5):308–16. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506\(01\)00468-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506(01)00468-1) PMID: 11593439
68. Poulstrup A, Jeune B. Prevention of fall injuries requiring hospital treatment among community-dwelling elderly. *Eur J Public Health.* 2000;10(1):45–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/10.1.45>
69. Duff JM. Reducing the number of environmental hazards in the homes of community dwelling elderly: a comparison of approaches to fall prevention via environmental assessment and modification [thesis]. Ann Arbor: New York University; 2010.
70. Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindstrom A. Preventing femoral fractures among elderly: the community safety approach. *Saf Sci.* 1996;21(3):239–46. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535\(95\)00067-4](http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535(95)00067-4)

71. Kempton A, Van Beurden E, Sladden T, Garner E, Beard J. Older people can stay on their feet: final results of a community-based falls prevention programme. *Health Promot Int.* 2000;15(1):27–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.1.27>
72. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation—a longitudinal perspective. *Am J Occup Ther.* 2005 May-Jun;59(3):296–304. doi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.59.3.296> PMID: 15969277
73. Heywood F. Money well spent: the effectiveness and value of housing adaptations. Bristol: Policy Press; 2001 (<http://www.jrf.org.uk/system/files/jr100-effectiveness-housing-adaptations.pdf>, accessed 10 July 2015).
74. The MetLife Study of Elder Financial Abuse. Crimes of occasion, desperation, and predation against America's elders. New York: MetLife Mature Market Institute; 2011 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf>, accessed 20 July 2015).
75. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Soc Indic Res.* 2010;99(3):405–12.
76. Help at home. My aged care [website]. Canberra: Australian Government, Department of Social Services; 2015. (<http://www.myagedcare.gov.au/#!/help-home>, accessed 27 July 2015).
77. Ageing in the twenty-first century a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012 (<http://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century>, accessed 10 July 2015).
78. Care & Repair England. In: Care & Repair England [website]. Nottingham (England): Care & Repair England. 2014 (http://careandrepair-england.org.uk/?page_id=30, accessed 10 July 2015).
79. Morris ME, Adair B, Miller K, Ozanne E, Hansen R, Pearce A, et al. Smart home technologies to assist older people to live well at home. *J Aging Sci.* 2013;1(1):1–9. (<http://www.esciencecentral.org/journals/smart-home-technologies-to-assist-older-people-to-live-well-at-home-jasc.1000101.pdf>, accessed 10 July 2015).
80. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, accessed 10 July 2015).
81. Lansley P, McCreadie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age Ageing.* 2004 Nov;33(6):571–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh190> PMID: 15347537
82. Mitchell OS, Piggott J. Unlocking housing equity in Japan. *J Jpn Int Econ.* 2004;18(4):466–505. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjie.2004.03.003>
83. Rosenfeld O. Social and affordable housing finance – current trends and challenges in countries with mature social housing sector. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2014 (<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/hlm/prgm/hmm/social%20housing/geneva2014/1.05.rosenfeld.pdf>, accessed 10 July 2015).
84. Ageing in cities. Paris: OECD Publishing; 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231160-en>
85. Beaulieu M, Dubé M, Bergeron C, Cousineau M-M. Are elderly men worried about crime? *J Aging Stud.* 2007;21(4):336–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.001>
86. Global population ageing: peril or promise. Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 20 July 2015).
87. James M, Graycar A. Preventing crime against older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2000. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/32/rpp032.pdf, accessed 10 July 2015).
88. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. *Gerontologist.* 2016. Forthcoming. PMID: 3342992
89. Lachs M, Berman J. Under the radar: New York State elder abuse prevalence study. New York: Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University, and New York City Department for the Aging; 2011.
90. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT, et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *J Gen Intern Med.* 2014 Dec;29(12):1615–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2946-2> PMID: 25103121
91. Kwok JST, Fritsch P, Raza A, Newport M. Loving the older people in times of cholera: preliminary findings from a study to analyse care and outcomes for cholera patients treated by Médecins Sans Frontières Operational Centre Amsterdam in Haiti and Zimbabwe 2008–12. London: Médecins Sans Frontières; 2012.
92. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf, accessed 20 July 2015).
93. Disabilities among refugees and conflict-affected populations: resource kit for fieldworkers. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children; 2008 (<https://womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations?catid=232>, accessed 20 July 2015).
94. Duggan S, Deeny P, Spelman R, Vitale CT. Perceptions of older people on disaster response and preparedness. *Int J Older People Nurs.* 2010 Mar;5(1):71–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00203.x> PMID: 20925760

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

95. Powell S, Plouffe L, Gorr P. When ageing and disasters collide: lessons from 16 international case studies. *Radiat Prot Dosimetry*. 2009 Jun;134(3-4):202–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/rpd/ncp082> PMID: 19435731
96. Fitzgerald KG. Evaluation of the preparedness of Massachusetts nursing homes to respond to catastrophic natural or human-made disasters. In: British Society of Gerontology [website]. York (England): British Society of Gerontology; 2008 (abstract; <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/evaluation-of-the-preparedness-of-massachusetts-nu.html>, accessed 20 July 2015).
97. Kim HJ, Fritsch P. Older people in humanitarian contexts: the impact of disaster on older people and the means of addressing their needs. *Gerontologist*. 2016. (In press).
98. Boulton-Lewis GM. Education and learning for the elderly: why, how, what. *Educ Gerontol*. 2010;36(3):213–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270903182877>
99. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health*. 2015;30(6):715–31. PMID: 24678916
100. Carstensen LL, Hartel CR, editors. *When I'm 64*. Washington (DC): National Academies Press; 2006. (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11474&page=R1, accessed 10 July 2015).
101. Aspin DN, Chapman J, Evans K, Bagnall R. *Second International handbook of lifelong learning*. Dodrecht, Netherlands: Springer; 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2360-3>
102. *The lifelong learning needs of older people in Ireland: a discussion paper*. Dublin: AONTAS, The National Adult Learning Organisation; 2007 (http://www.aontas.com/download/pdf/olderpeopleresearch_ppr_2007.pdf, accessed 10 July 2015).
103. Jeong H, Kim HS. Aging and text comprehension: interpretation and domain knowledge advantage. *Educ Gerontol*. 2009;35(10):906–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270902834601>
104. McNair S. *Demography and lifelong learning: IFLL thematic paper No. 1*. Leicester, England: National Institute of Adult Continuing Education; 2009.
105. Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs*. 2010 May;19(9-10):1226–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x> PMID: 20345826
106. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs*. 2014 Oct;70(10):2208–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412> PMID: 25209751
107. Laal M. Lifelong learning: what does it mean? *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;28(0):470–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.090>
108. Laal M. Barriers to lifelong learning. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;28(0):612–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.116>
109. Rahhal TA, Hasher L, Colcombe SJ. Instructional manipulations and age differences in memory: now you see them, now you don't. *Psychol Aging*. 2001;16(4):697–706. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.4.697>
110. Hess TM, Auman C, Colcombe SJ, Rahhal TA. The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Jan;58(1):3–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.1.P3> PMID: 12496296
111. Kronfol NSA, Rizk A. *Ageing in the Arab region: trends, implications and policy options*. Beirut: Economic and Social Commission for Western Asia; 2013. (http://www.escwa.un.org/divisions/div_editor/Download.asp?table_name=divisions_other&field_name=ID&FileID=1588, accessed 10 July 2015).
112. Kothari B, Bandyopadhyay T. Same language subtitling of Bollywood film songs on TV: effects on literacy. *Inf Technol Int Dev*. 2014;10(4):31–47. (<http://itidjournal.org/index.php/itid/article/view/1307>, accessed 14 August 2015).
113. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illn*. 2011 Mar;7(1):60–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395310383338> PMID: 20921033
114. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999 Aug 18;282(7):646–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.7.646> PMID: 10517717
115. Rogers A, Vassilev I, Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Kennedy A, et al. Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: a framework and study protocol for developing self-care support. *Implement Sci*. 2011;6(1):56. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-56> PMID: 21619695
116. Wurzer B, Waters DL, Hale LA, Leon de la Barra S. Long-term participation in peer-led fall prevention classes predicts lower fall incidence. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Jun;95(6):1060–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.018> PMID: 24508186
117. Guo PJ, Reinecke K. Demographic differences in how students navigate through MOOCs. In: *Proceedings of the first ACM conference on Learning @ scale conference*. New York: Association of Computing Machinery; 2014. 21–30.

118. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *J Pers.* 2004 Dec;72(6):1395–424. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x> PMID: 15509287
119. McCormack B. Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing Soc.* 2001;21(4):417–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X01008303>
120. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Soc Care Community.* 2004 May;12(3):212–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x> PMID: 19777711
121. Ottmann G, Allen J, Feldman P. A systematic narrative review of consumer-directed care for older people: implications for model development. *Health Soc Care Community.* 2013 Nov;21(6):563–81. PMID: 23465034
122. Cui D, Wang P, Wang Q. A three-pronged approach to the care of elders with Alzheimer’s Disease. *Ageing Int.* 2010;35(2):142–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-010-9058-z>
123. Willis M, Dalziel R. LinkAge Plus: Capacity building – enabling and empowering older people as independent and active citizens. London: Department for Work and Pensions; 2009 (Research report No. 571; <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2009-2010/rrep571.pdf>, accessed 10 July 2015).
124. Evaluation on the model of inter-generational self-help club [website]. Vientiane (Vietnam); ISMS; 2014 (<http://isms.org.vn/>, accessed 10 July 2015) (in Vietnamese).
125. [Final evaluation of the project promotion the rights of the disadvantaged older people in Vietnam]. Vientiane (Vietnam): ISMS; 2014 (in Vietnamese).
126. Beales S. Empowerment and older people: enhancing capabilities in an ageing world. Expert Group Meeting on “Promoting people’s empowerment in achieving poverty eradication, social integration and productive and decent work for all”. New York: United Nations; 2012. (<http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2012/SylviaBeales.pdf>, accessed 10 July 2015).
127. Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. *Occup Med (Lond).* 2010 May;60(3):184–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq028> PMID: 20423949
128. Hamilton S, Tew J, Szymczynska P, Clewett N, Manthorpe J, Larsen J, et al. Power, choice and control: how do personal budgets affect experiences of people with mental health problems and their relationships with social workers and other practitioners? *Br J Soc Work.* 2015;23(April). doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcv023>
129. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; (https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 10 July 2015).
130. Aw D, Hayhoe B, Smajdor A, Bowker LK, Conroy SP, Myint PK. Advance care planning and the older patient. *QJM.* 2012 Mar;105(3):225–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr209> PMID: 22075012
131. Billings JA. The need for safeguards in advance care planning. *J Gen Intern Med.* 2012 May;27(5):595–600. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1976-2> PMID: 22237664
132. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340 Mar 23 :c1345. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345> PMID: 20332506 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345>
133. Morrison RS, Chichin E, Carter J, Burack O, Lantz M, Meier DE. The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Feb;53(2):290–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53116.x> PMID: 15673354
134. Satariano WA, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR. Mobility and aging: new directions for public health action. *Am J Public Health.* 2012 Aug;102(8):1508–15. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300631> PMID: 22698013
135. Ross LA, Schmidt EL, Ball K. Interventions to maintain mobility: What works? *Accid Anal Prev.* 2013 Dec;61:167–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.09.027> PMID: 23083492
136. Yeom HA, Keller C, Fleury J. Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009 Feb;21(2):95–100. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x> PMID: 19228247
137. Yeom HA, Fleury J, Keller C. Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatr Nurs.* 2008 Mar-Apr;29(2):133–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.07.002> PMID: 18394514
138. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. *Gerontologist.* 2010 Aug;50(4):443–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq013> PMID: 20145017
139. Shumway-Cook A, Ciol MA, Yorkston KM, Hoffman JM, Chan L. Mobility limitations in the Medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Jul;53(7):1217–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53372.x> PMID: 16108942
140. Nordbakke S, Schwanen T. Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities.* 2014;9(1):104–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17450101.2013.784542>

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

141. Mezuk B, Rebok GW. Social integration and social support among older adults following driving cessation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 Sep;63(5):S298–303.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.5.S298> PMID: 18818450
142. Yen IH, Fandel Flood J, Thompson H, Anderson LA, Wong G. How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. *J Aging Health*. 2014 Dec;26(8):1340–72.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264314527610> PMID: 24788714
143. Shumway-Cook A, Patla AE, Stewart A, Ferrucci L, Ciol MA, Guralnik JM. Environmental demands associated with community mobility in older adults with and without mobility disabilities. *Phys Ther*. 2002 Jul;82(7):670–81. PMID: 12088464
144. Cress ME, Orini S, Kinsler L. Living environment and mobility of older adults. *Gerontology*. 2011;57(3):287–94.doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000322195> PMID: 20980733
145. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf>, accessed 20 July 2015).
146. Frank LD, Schmid TL, Sallis JF, Chapman J, Saelens BE. Linking objectively measured physical activity with objectively measured urban form: findings from SMARTRAQ. *Am J Prev Med*. 2005 Feb;28(2) Suppl 2:117–25.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.11.001> PMID: 15694519
147. Chad KE, Reeder BA, Harrison EL, Ashworth NL, Sheppard SM, Schultz SL, et al. Profile of physical activity levels in community-dwelling older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2005 Oct;37(10):1774–84.doi: <http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000181303.51937.9c> PMID: 16260980
148. Prohaska T, Belansky E, Belza B, Buchner D, Marshall V, McTigue K, et al. Physical activity, public health, and aging: critical issues and research priorities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006 Sep;61(5):S267–73.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.5.S267> PMID: 16960240
149. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1583–9.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1583> PMID: 12948984
150. Anderson LA, Slonim A, Yen IH, Jones DL, Allen P, Hunter RH, et al. Developing a framework and priorities to promote mobility among older adults. *Health Educ Behav*. 2014 Oct;41(1) Suppl:10S–8S.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492> PMID: 25274706
151. Booth ML, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev Med*. 2000 Jul;31(1):15–22.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492> PMID: 10896840
152. Wilcox S, Bopp M, Oberrecht L, Kammermann SK, McElmurray CT. Psychosocial and perceived environmental correlates of physical activity in rural and older african american and white women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):329–37.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.P329> PMID: 14614117
153. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. *Gerontologist*. 2016. (In press).
154. Marottoli RA, Allore H, Araujo KLB, Iannone LP, Acampora D, Gottschalk M, et al. A randomized trial of a physical conditioning program to enhance the driving performance of older persons. *J Gen Intern Med*. 2007 May;22(5):590–7.doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0134-3> PMID: 17443366
155. Marmeleira JF, Godinho MB, Fernandes OM. The effects of an exercise program on several abilities associated with driving performance in older adults. *Accid Anal Prev*. 2009 Jan;41(1):90–7.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2008.09.008> PMID: 19114142
156. Garin N, Olaya B, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Power M, Bucciarelli P, et al. Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10(1):103–15.doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901410010103> PMID: 25356084
157. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):549–62.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7) PMID: 25468153
158. Ackerman ML, Edwards JD, Ross LA, Ball KK, Lunsman M. Examination of cognitive and instrumental functional performance as indicators for driving cessation risk across 3 years. *Gerontologist*. 2008 Dec;48(6):802–10.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/48.6.802> PMID: 19139253
159. Ball K, Edwards JD, Ross LA. The impact of speed of processing training on cognitive and everyday functions. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007 Jun;62(Spec. No. 1):19–31. PMID:17565162doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/62.special_issue_1.19
160. Lane A, Green E, Dickerson AE, Davis ES, Rolland B, Stohler JT. Driver rehabilitation programs: defining program models, services, and expertise. *Occup Ther Health Care*. 2014 Apr;28(2):177–87. PMID: 24754768

161. Li G, Braver ER, Chen LH. Fragility versus excessive crash involvement as determinants of high death rates per vehicle-mile of travel among older drivers. *Accid Anal Prev.* 2003 Mar;35(2):227–35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575\(01\)00107-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575(01)00107-5) PMID: 12504143
162. Löfqvist C, Nygren C, Széman Z, Iwarsson S. Assistive devices among very old people in five European countries. *Scand J Occup Ther.* 2005 Dec;12(4):181–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/11038120500210652> PMID: 16457091
163. Rosso AL, Auchincloss AH, Michael YL. The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *J Aging Res.* 2011;2011:816106. doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/816106>
164. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502887_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
165. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
166. Proposed conceptual framework: universal design. In: Global Universal Design Commission [website]. Syracuse (NY): Global Universal Design Commission; 2015 (<http://www.globaluniversaldesign.org/node/11>, accessed 1 July 2015).
167. About UD. The Center for Universal Design, College of Design, North Carolina State University [website]. Raleigh (NC): North Carolina State University; 2008. (http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/about_ud.htm, accessed 10 July 2015).
168. Norway: Oslo's Common Principles of Universal Design 2014. In: World Health Organization, Age-friendly World [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://agefriendlyworld.org/en/the-common-principles-of-universal-design-city-of-oslo-2014/>, accessed 3 July 2015).
169. Accessibility in the built environment. In: Building and Construction Authority [website]. Singapore: Singapore Government; 2014 (http://www.bca.gov.sg/barrierfree/barrierfree_buildings.html, accessed 1 July 2015).
170. Kegler MC, Escoffery C, Alcantara I, Ballard D, Glanz K. A qualitative examination of home and neighborhood environments for obesity prevention in rural adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5(1):65. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-5-65> PMID: 19077210
171. Li F, Fisher J, Brownson RC. A multilevel analysis of change in neighborhood walking activity in older adults. *J Aging Phys Act.* 2005 Apr;13(2):145–59. PMID: 15995261
172. Rantakokko M, Törmäkangas T, Rantanen T, Haak M, Iwarsson S. Environmental barriers, person-environment fit and mortality among community-dwelling very old people. *BMC Public Health.* 2013;13(1):783. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-783> PMID: 23981906
173. Hong SI, Morrow-Howell N. Health outcomes of Experience Corps: a high-commitment volunteer program. *Soc Sci Med.* 2010 Jul;71(2):414–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.009> PMID: 20510493
174. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health.* 2004 Mar;81(1):64–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094> PMID: 15047786
175. Rebok GW, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Hill J, Wasik BA, et al. Short-term impact of Experience Corps participation on children and schools: results from a pilot randomized trial. *J Urban Health.* 2004 Mar;81(1):79–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth095> PMID: 15047787
176. Fujiwara Y, Sakuma N, Ohba H, Nishi M, Lee S, Watanabe N, et al. REPRINTS: effects of an intergenerational health promotion program for older adults in Japan. *J Intergener Relatsh.* 2009;7(1):17–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15350770802628901>
177. Frick KD, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Rebok GW, Simpson C, et al. Modeled cost-effectiveness of the Experience Corps Baltimore based on a pilot randomized trial. *J Urban Health.* 2004 Mar;81(1):106–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth097> PMID: 15047789
178. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science.* 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
179. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000 Sep;51(6):843–57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4) PMID: 10972429
180. Ramlagan S, Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Social capital and health among older adults in South Africa. *BMC Geriatr.* 2013;13(1):100. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-100> PMID: 24073666
181. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010 Jul;7(7):e1000316. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316> PMID: 20668659
182. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Jul;59(7):574–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.025429> PMID: 15965141

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

183. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1986–1992. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001 May;56(3):S179–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.3.S179> PMID: 11316843
184. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *Am J Epidemiol*. 2003 Apr 1;157(7):633–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwg028> PMID: 12672683
185. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*. 1988;7(3):269–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269> PMID: 3289916
186. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattán M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2013;17(4):394–410. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.742490> PMID: 23186534
187. Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3>
188. Silverstein M, Giarrusso R. Aging and family life: a decade review. *J Marriage Fam*. 2010 Oct;72(5):1039–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x> PMID: 22930600
189. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol*. 2012;22(3):179–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20110128> PMID: 22447212
190. Nyqvist F, Cattán M, Andersson L, Forsman AK, Gustafson Y. Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: a comparative study. *J Aging Health*. 2013 Sep;25(6):1013–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313497508> PMID: 23988810
191. Litwin H, Stoeckel KJ, Roll A. Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging Ment Health*. 2014 Mar;18(2):225–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.837148> PMID: 24047262
192. Grandparents parenting. Charlottetown: Community legal information association; 2015 (<http://www.cliapei.ca/sitefiles/File/publications/PLA17.pdf>, accessed 27 July 2015).
193. De Jong Gierveld J, Keating N, Fast J. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015;34(2):125–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070>
194. de Jong Gierveld J, Keating N, Fast JE. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015 Jun;34(2):125–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070> PMID: 25707297
195. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11(1):647. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-647> PMID: 21843337
196. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res*. 2011; 2011:534781. PMID:21423600doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/534781>
197. Cattán M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010> PMID: 21958942
198. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc*. 2003;23(05):647–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
199. Health Quality Ontario. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2008;8(5):1–49. PMID: 23074510
200. The telephone rings at 5 program. In: Ageing with pleasure [website]. Setúbal (Portugal): Envelhecer com praza; 2015 (<http://en.envelhecer.org/index.php?/programs/in-domo-nostira/>, accessed 1 July 2015).
201. Englehart T, Melo R, Ranville M. Ageing in place with age-friendly conference calls. In: 2nd International Conference on Age-friendly Cities [website]. Québec, Canada: 2nd International Conference on Age-friendly Cities; 2013 (http://www.afc2013.ca/docs/PrésentationsVADA/2C_TerryEnglehart.pdf, accessed 10 July 2015).
202. Senior center without walls. In: Senior Center without Walls; Episcopal Senior Communities [website]. Oakland (CA): Episcopal Senior Communities; 2015 (<http://www.seniorcenterwithoutwalls.org/>, accessed 1 July 2015).
203. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014 Mar;150(3):378–84. PMID: 24384545
204. Cotten SR, Anderson W, McCullough B. The impact of ICT use on loneliness and contact with others among older adults. *Gerontechnology (Valkenswaard)*. 2012;11(2):161. doi: <http://dx.doi.org/10.4017/gt.2012.11.02.378.00>
205. Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. *Milbank Q*. 2013 Jun;91(2):222–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/milq.12013> PMID: 23758511
206. Haus MG. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [website]. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015. [Multigenerational centres]. (<http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>, accessed 10 July 2015).

207. Forte D. Relationships. In: Cattan M, editor. *Mental health and well being in later life*. Maidenhead, England: University Press, McGraw-Hill Education; 2009:84–111. (<http://www.mheducation.co.uk/9780335228928-emea-mental-health-and-well-being-in-later-life/>, accessed 10 July 2015).
208. Le cyclo-pousse: un service de transport de proximité destiné aux seniors. [The “cyclo-pousse”: a local transport service for older people.] In: AREFO [website]. Lyons: AREFO; 2015 (<http://www.arefo.com/arefo-services/le-cyclo-pousse/>, accessed 24 July 2015) (in French).
209. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Aug;59(8):619–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.029678> PMID: 16020636
210. Leyden KM. Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1546–51. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1546> PMID: 12948978
211. Ysseldyk R, Haslam SA, Haslam C. Abide with me: religious group identification among older adults promotes health and well-being by maintaining multiple group memberships. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):869–79. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.799120> PMID: 23711247
212. Senior City courses and workshops. [Cours et ateliers de Cité Seniors.] In: Ville de Genève [website]. Geneva: Ville de Genève; 2015 (<http://www.ville-geneve.ch/themes/social/seniors/cite-seniors/cours-ateliers/>, accessed 1 July 2015).
213. Russell C, Campbell A, Hughes I. Ageing, social capital and the Internet: findings from an exploratory study of Australian ‘silver surfers’. *Australas J Ageing*. 2008 Jun;27(2):78–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00284.x> PMID: 18713197
214. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. 2013 Jun;25(4):617–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313482489> PMID: 23548944
215. Choi NG, Dinitto DM. Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *J Med Internet Res*. 2013;15(5):e97. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2333> PMID: 23681083
216. Veerle M. *Cooking, caring and volunteering: unpaid work around the world*. Paris: OECD Publishing; 2011 (OECD social, employment and migration working papers No. 116; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM\(2011\)1&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM(2011)1&doclanguage=en), accessed 25 July 2015).
217. Maimaris W, Hogan H, Lock K. The impact of working beyond traditional retirement ages on mental health: implications for public health and welfare policy. *Public Health Rev*. 2010;31(2):532–48 (http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Maimaris.pdf, accessed 10 July 2015).
218. Kajitani S. Working in old age and health outcomes in Japan. *Japan World Econ*. 2011;23(3):153–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.japwor.2011.06.001>
219. Calvo E, Haverstick K, Sass SA. Gradual retirement, sense of control, and retirees’ happiness. *Res Aging*. 2009;31(1):112–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027508324704>
220. Aleksandrowicz P, Fasang A, Schömann K, Staudinger UM. Die Bedeutung der Arbeit beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. [The meaning of work at early retirement]. *Z Gerontol Geriatr*. 2010 Oct;43(5):324–9. PMID:19806292 (in German). doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0068-y>
221. Decent work. In: International Labour Organization [website]. Geneva: International Labour Organization; 2015 (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, accessed 24 July 2015).
222. Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav*. 2001 Jun;42(2):115–31. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3090173> PMID: 11467248
223. Hao Y. Productive activities and psychological well-being among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 Mar;63(2):S64–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.2.S64> PMID: 18441271
224. Greenfield EA. Felt obligation to help others as a protective factor against losses in psychological well-being following functional decline in middle and later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Nov;64(6):723–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp074> PMID: 19825942
225. Brown SL, Brown RM, House JS, Smith DM. Coping with spousal loss: potential buffering effects of self-reported helping behavior. *Pers Soc Psychol Bull*. 2008 Jun;34(6):849–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0146167208314972> PMID: 18344495
226. Piliavin JA, Siegl E. Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *J Health Soc Behav*. 2007 Dec;48(4):450–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650704800408> PMID: 18198690
227. Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Jul;65(4):461–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq024> PMID: 20400498
228. Morrow-Howell N. Civic service across the life course. *Generations*. 2007;30:37–42.
229. Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *J Health Soc Behav*. 2002 Dec;43(4):490–509. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3090239> PMID: 12664678

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

230. Kumar S, Calvo R, Avendano M, Sivaramakrishnan K, Berkman LF. Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. *Soc Sci Med*. 2012 Mar;74(5):696–706. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.017> PMID: 22305947
231. Burr JA, Tavares J, Mutchler JE. Volunteering and hypertension risk in later life. *J Aging Health*. 2011 Feb;23(1):24–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264310388272> PMID: 20971920
232. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health*. 2004 Mar;81(1):64–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094> PMID: 15047786
233. Carlson MC, Helms MJ, Steffens DC, Burke JR, Potter GG, Plassman BL. Midlife activity predicts risk of dementia in older male twin pairs. *Alzheimers Dement*. 2008 Sep;4(5):324–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2008.07.002> PMID: 18790459
234. McDonnall MC. The effect of productive activities on depressive symptoms among older adults with dual sensory loss. *Res Aging*. 2011 May;33(3):234–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027511399106> PMID: 21686087
235. Kim J, Pai M. Volunteering and trajectories of depression. *J Aging Health*. 2010 Feb;22(1):84–105. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264309351310> PMID: 19920207
236. Kahana E, Bhatta T, Lovegreen LD, Kahana B, Midlarsky E. Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. *J Aging Health*. 2013 Feb;25(1):159–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264312469665> PMID: 23324536
237. Baker L, Cahalin L, Gerst K, Burr J. Productive activities and subjective well-being among older adults: the influence of number of activities and time commitment. *Soc Indic Res*. 2005;73(3):431–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-0805-6>
238. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010> PMID: 21958942
239. Bowen C, Staudinger UM. Images of aging in the workplace moderate age differences in promotion orientation. *Gerontologist*. 2010;50:79.
240. Burtless G. The impact of population aging and delayed retirement on workforce productivity. Chestnut Hill (MA): Center for Retirement Research at Boston College; 2013 (<http://crr.bc.edu/working-papers/the-impact-of-population-aging-and-delayed-retirement-on-workforce-productivity/>, accessed 10 July 2015).
241. MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society. Facts and fictions about an aging America. *Contexts*. 2009;8(4):16–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1525/ctx.2009.8.4.16>
242. Wacker RR, Roberto KA. Aging social policies: an international perspective. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2011. (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/aging-social-policies/book229325>, accessed 10 July 2015).
243. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol*. 2008;35(1):1–14. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/03601270802299780>
244. Malinen S, Johnston L. Workplace ageism: discovering hidden bias. *Exp Aging Res*. 2013;39(4):445–65. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/0361073X.2013.808111> PMID: 23875840
245. Ragan AM, Bowen AM. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. *Gerontologist*. 2001 Aug;41(4):511–5. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.4.511> PMID: 11490049
246. European Union. Council directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Brussels: Council of the European Union; 2000 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32000L0078>, accessed 10 July 2015).
247. Sonnet A, Olsen H, Manfredi T. Towards more inclusive ageing and employment policies: the lessons from France, the Netherlands, Norway and Switzerland. *Economist*. 2014;162(4):315–39. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10645-014-9240-x>
248. Staudinger U, Finkelstein R, Calvo E, Sivaramakrishnan K. Ageing, work, and health. *Gerontologist*. 2016. (In press).
249. OECD employment outlook 2013. Paris: OECD Publishing; 2013 doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en doi: http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en
250. Promoting longer working lives through pension reforms. First part: flexibility in retirement age provision. Brussels: European Commission, Social Protection Committee; 2007 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=745&langId=en>, accessed 20 July 2015).
251. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (<http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf>, accessed 4 June 2015).
252. Fairlie RW. Kauffman Index of Entrepreneurial Activity 1996–2012. Kansas City (MO): Ewing Marion Kauffman Foundation; 2013 (http://www.kauffman.org/~media/kauffman_org/research%20reports%20and%20covers/2013/04/kea_2013_report.pdf, accessed 10 July 2015).
253. Sundén A. The Swedish experience with pension reform. *Oxf Rev Econ Policy*. 2006;22(1):133–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/oxrep/grj009>

254. Naegele GWA. A guide to good practice in age management. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2006 (<http://www.ageingatwork.eu/resources/a-guide-to-good-practice-in-age-management.pdf>, accessed 10 July 2015).
255. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Res Econ.* 2000;54(1):3–56.
256. Pavlova M, Maclean R. Reskilling for all? The changing role of TVET in the ageing societies of developing countries. In: Karmel T, Maclean R, editors. *Technical and vocational education and training in an ageing society: expert meeting proceedings*. Adelaide: National Centre for Vocational Education Research; 2007:2401–15.
257. Munnell AH, Sass SA. *Working longer: the solution to the retirement income challenge*. Washington (DC): Brookings Institution Press; 2008 (<http://www.brookings.edu/research/books/2008/workinglonger>, accessed 10 July 2015).
258. Staudinger UM, Bowen CE. A systemic approach to aging in the work context. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung.* 2011;44(4):295–306.
259. Bowen C, Staudinger UM. Age moderates the relationship between job satisfaction and performance. *Gerontologist.* 2012;52:2–3.
260. Tang F, Choi E, Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. *Gerontologist.* 2010 Oct;50(5):603–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq020> PMID: 20211944
261. Tang F. What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. *J Appl Gerontol.* 2006;25:375–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464806292858>
262. Hank K, Erlinghagen M. Dynamics of volunteering in older Europeans. *Gerontologist.* 2010 Apr;50(2):170–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp122> PMID: 19666783
263. Gray E, Khoo S-E, Reimondos A. Participation in different types of volunteering at young, middle and older adulthood. *J Popul Res.* 2012;29(4):373–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12546-012-9092-7>
264. Butrica BA, Johnson RW, Zedlewski SR. Volunteer dynamics of older Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009 Sep;64(5):644–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn042> PMID: 19213847
265. Okun MA, Schultz A. Age and motives for volunteering: testing hypotheses derived from socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging.* 2003 Jun;18(2):231–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.231> PMID: 12825773
266. Omoto AM, Snyder M, Martino SC. Volunteerism and the life course: investigating age-related agendas for action. *Basic Appl Soc Psych.* 2000;22:181–97. doi: http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_6
267. Boezeman EJ, Ellemers N. Intrinsic need satisfaction and the job attitudes of volunteers versus employees working in a charitable volunteer organization. *J Occup Organ Psychol.* 2009;82(4):897–914. doi: <http://dx.doi.org/10.1348/096317908X383742>
268. Clary EG, Snyder M, Ridge RD, Copeland J, Stukas AA, Haugen J, et al. Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1998 Jun;74(6):1516–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516> PMID: 9654757
269. McBride ME, Huddleston CB, Balzer DT, Goel D, Gazit AZ. Hypoplastic left heart associated with scimitar syndrome. *Pediatr Cardiol.* 2009 Oct;30(7):1037–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00246-009-9479-1> PMID: 19495846
270. Musick MA, Wilson J. *Volunteers: a social profile*. Bloomington (IN): Indiana University Press; 2008 (http://www.iupress.indiana.edu/product_info.php?products_id=41769, accessed 10 July 2015).
271. *America's senior volunteers*. Washington (DC): Independent Sector; 2000 (https://www.independentsector.org/uploads/Resources/americas_senior_volunteers.pdf, accessed 10 July 2015).
272. McMunn A, Nazroo J, Wahrendorf M, Breeze E, Zaninotto P. Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing Soc.* 2009;29(05):765. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08008350>
273. *Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action*. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335>, accessed 20 July 2015).
274. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health.* 2013 Dec 1;67(12):1068–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731> PMID: 23986493



Capítulo 7
Los próximos pasos

Ruth, 101 años, Noruega

Ruth es una participante regular de la "Walker Rally" de Oslo, una caminata anual organizada por la municipalidad de Oslo en colaboración con organizaciones no gubernamentales y el Consejo de Personas Mayores, que celebra el Envejecimiento Saludable haciendo hincapié en la accesibilidad, la participación, el voluntariado y la colaboración entre distintas generaciones. Personas mayores con bastones, andadores y sillas de ruedas ocupan el centro de la escena y reciben premios al andador mejor decorado y a la mayor distancia recorrida. "Mantenerme activa me hace olvidar mis dolores de espalda", dice Ruth, que todavía vive en su hogar a los 101 años de edad y agradece a su centro local de atención diurna por organizar actividades que la ayudan a mantenerse activa y conectada socialmente.

©City of Oslo 2014

7

Los próximos pasos

Introducción

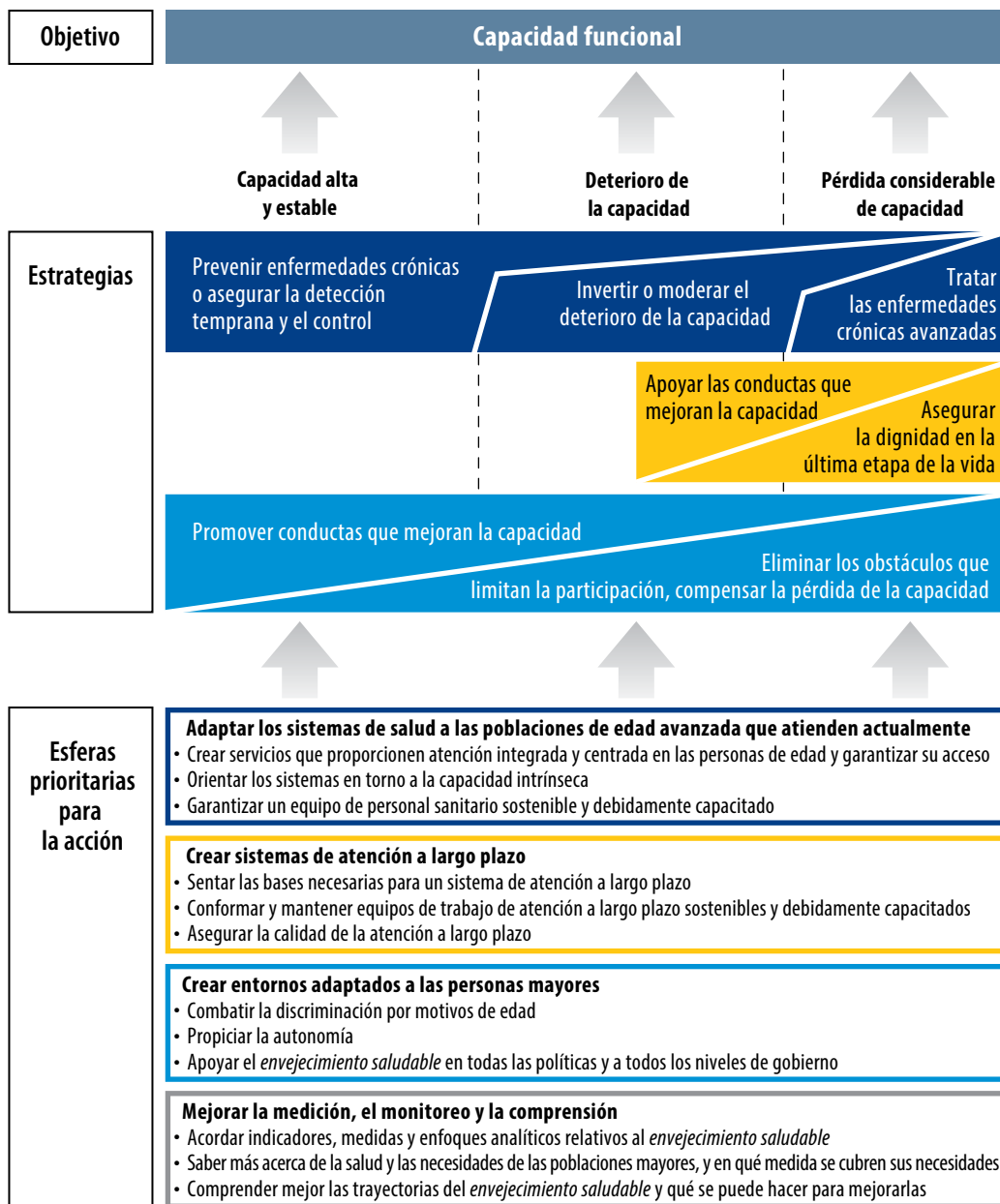
Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay cosas que todos los países pueden hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo.

El primer paso será centrarse en optimizar la capacidad funcional, que es el objetivo del *Envejecimiento Saludable*. A nivel individual, harán falta políticas, sistemas y servicios que puedan optimizar las trayectorias de capacidad en todo el curso de la vida. A nivel de la población, se precisarán estrategias que no solo busquen aumentar los niveles de capacidad en general sino también mejorar la distribución de esa capacidad, prestando especial atención a las personas que tienen menos recursos o niveles más bajos de capacidad funcional.

En la [figura 7.1](#) se describen oportunidades clave para tomar medidas de salud pública, sobre la base del marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable* que se describe en la [figura 2.4](#). Como se explica en el capítulo 2, para promover la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez hacen falta estrategias orientadas a construir y mantener la capacidad intrínseca en todo el curso de la vida, pero también medidas que posibiliten a las personas mayores ser y hacer lo que valoran, independientemente de su nivel de capacidad.

En los capítulos 4 y 6 se describieron varias medidas que pueden ayudar a lograr este objetivo. Cuáles de ellas serán las más apropiadas o urgentes, o cómo se aplicarán, dependerá del contexto. Aunque las necesidades de salud de las personas mayores son bastante parecidas en todo el mundo, el grado de preparación para atenderlas varía de un país a otro y dentro de cada país. Una consideración importante es el nivel de desarrollo económico de los países. Sin embargo, aun entre países que tienen niveles similares de recursos, la forma en que se atienden las necesidades de las personas mayores varía notoriamente. Por ejemplo, aunque muchos países de altos ingresos proporcionan atención de salud universal y asequible, la prestación o el financiamiento de los cuidados a largo plazo en estos mismos ámbitos varía considerablemente. En algunos países, esta atención se financia de manera sostenible mediante una cobertura conjunta y universal de riesgos, pero en otros sigue siendo responsabilidad de

Figura 7.1. Oportunidades para tomar medidas de salud pública que garanticen el *Envejecimiento Saludable*



cada persona y su familia, con los riesgos asociados que se han señalado en este informe.

Así pues, cada país o región debe evaluar cuál es su situación actual y qué medidas tienen probabilidades de funcionar en su contexto, antes de determinar los pasos concretos que sería más apropiado dar a continuación.

Sin embargo, es posible reconocer cuatro esferas de acción prioritarias:

1. adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente;
2. crear sistemas de cuidados a largo plazo;
3. crear entornos amigables con las personas mayores;
4. mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión.

La primera de estas esferas refleja el enfoque de los capítulos 4 a 6 de este informe. La cuarta refleja las notorias deficiencias de conocimiento que tienen los responsables de tomar decisiones y la necesidad urgente de subsanarlas.

Tomar medidas en estas cuatro esferas puede ayudar a que el *Envejecimiento Saludable* se transforme en una posibilidad para todas las personas mayores, sin importar su nivel de capacidad. Pero para que esto sea posible, también se deberá prestar atención a las tres subpoblaciones de personas mayores que se describen en el capítulo 2. En el caso de las personas mayores que tienen una capacidad relativamente alta y estable, los principales objetivos serán derribar las barreras que limitan la participación, facilitar las conductas y los cuidados personales que mejoran la capacidad y prevenir enfermedades crónicas, además de asegurar la detección temprana y controles efectivos. En las personas mayores que sufren un deterioro de la capacidad, los objetivos se extenderán a hacer retroceder el deterioro, prevenir que vuelva a ocurrir y habilitar la capacidad funcional a pesar del deterioro. Las personas mayores que han sufrido una pérdida importante de capacidad

o están en alto riesgo de sufrirla, los objetivos pasan a centrarse en posibilitarles que vivan con dignidad y darles los servicios básicos necesarios para tratar enfermedades crónicas avanzadas. Estos subgrupos no son rígidos ni representan toda la vida de cada persona mayor. Sin embargo, si se abordan las necesidades de estos subgrupos, la mayoría de las personas mayores constatarán una mejor capacidad funcional.

Más adelante se describen con más detalle algunas de las principales esferas de acción para alcanzar estos resultados. Poco después de la publicación de este informe, la OMS trabajará con los Estados Miembros para elaborar una estrategia y un plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. La estrategia se basará en este informe y otras fuentes a fin de determinar cuáles son las prioridades mundiales de acción y los grupos responsables de llevarlas a la práctica.

La forma en que se financie la acción variará según el ámbito. Algunas medidas podrán financiarse adaptando los servicios actuales a los cambiantes contextos demográficos y epidemiológicos. Sin embargo, garantizar el acceso a la cobertura universal de salud y los cuidados a largo plazo es todavía una ambición lejana en muchos países. En estos ámbitos, deben tomarse medidas concretas y hacerse inversiones para que las personas mayores tengan acceso a los servicios necesarios (prevención, promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y cuidados a largo plazo) sin riesgo de que ellas mismas o sus familias padezcan las dificultades financieras asociadas. Aunque esa meta no pueda lograrse de inmediato para toda la población, el propósito inicial debe ser alcanzarla para las personas que tienen más necesidades y menos recursos para satisfacerlas. Cuando los países tienen limitaciones de recursos, algunas de sus esferas de acción prioritarias, en particular las que requieren asistencia técnica y desarrollo de las capacidades, pueden incluirse en el marco de la cooperación internacional.

Esferas de acción prioritarias en materia de Envejecimiento Saludable

Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente

A medida que las personas envejecen, sus necesidades de salud suelen ser más crónicas y complejas. Para responder a estas necesidades, hace falta una atención integrada, construida en torno al objetivo común de optimizar las trayectorias de la capacidad funcional, con especial énfasis en desarrollar al máximo la capacidad intrínseca. Sin embargo, muchos servicios actuales fueron creados para curar enfermedades o síntomas agudos; los problemas de salud se tratan con frecuencia de manera desconectada o fragmentada, y suele faltar coordinación entre los diferentes prestadores y ámbitos de atención, incluso coordinación temporal.

La actualización de estos enfoques obsoletos de los sistemas de salud exige acciones en varios frentes. Para lograr la coordinación, serán cruciales las tres estrategias siguientes:

1. crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores;
2. orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca;
3. garantizar que el personal sea sostenible y esté debidamente capacitado.

Crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores

La mejor forma de reorientar los sistemas de salud hacia el objetivo de optimizar la capacidad funcional es situar a las personas mayores en el centro de la prestación de los servicios. En la práctica, esto implica organizar los sistemas en torno a las necesidades y preferencias de las

Recuadro 7.1. Equipos apoyan el envejecimiento en la comunidad en Singapur

El Sistema de Salud Alexandra, en Singapur, aplica un programa integral de envejecimiento en la comunidad para reducir las hospitalizaciones que pueden evitarse y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Las personas mayores que utilizan mucho los servicios hospitalarios (en particular en el departamento de emergencias) reciben visitas a domicilio de una enfermera comunitaria que evalúa sus necesidades y determina cuáles de estas están insatisfechas, elabora un plan de cuidados y coordina el seguimiento necesario (1).

Según las necesidades de la persona, puede que requiera visitas de seguimiento de enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales u otros asociados de la comunidad. Por ejemplo, el personal de enfermería comunitaria puede enseñarle a una persona mayor cómo usar un equipo de monitorización de la glucosa en sangre; los fisioterapeutas pueden enseñarles ejercicios sencillos para desarrollar la fuerza y así fomentar la independencia, y los farmacéuticos pueden revisarles la medicación. La frecuencia de las visitas depende de las necesidades de la persona.

Mediante este enfoque, el sistema de salud redujo las hospitalizaciones en un 67 % y optimizó el uso de los recursos hospitalarios.

personas mayores, y que los servicios se adapten a esas necesidades en estrecha coordinación con la persona mayor y, cuando así se acuerde y sea apropiado, con la familia y con miembros de la comunidad. Aunque la combinación de estrategias puede variar, es crucial que haya integración entre distintos niveles y servicios y entre la atención de salud y los cuidados a largo plazo (recuadro 7.1). Las siguientes son algunas medidas clave para lograr la atención integrada y centrada en la persona mayor:

- garantizar que todas las personas mayores tengan acceso a una evaluación completa y cuenten con un único plan de salud con todos los servicios que procure optimizar su capacidad;

- crear servicios que se encuentren lo más cerca posible de donde viven las personas mayores, con atención domiciliaria y comunitaria;
- crear estructuras de servicios que promuevan la atención con equipos multidisciplinares;
- apoyar el autocuidado en las personas mayores mediante la ayuda entre pares, la capacitación, la información y el asesoramiento;
- asegurar la disponibilidad de los productos médicos, las vacunas y las tecnologías que sean necesarios para optimizar su capacidad.

Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca

Si un sistema de salud está realmente en consonancia con las necesidades de la población de edad avanzada, todos sus componentes se centrarán principalmente en la capacidad intrínseca. Esta orientación requiere una transformación importante de los sistemas actuales que sostienen la prestación de servicios. Para lograr esa transformación, podría ser necesario modificar la información médica y administrativa que los sistemas recogen, la forma en que supervisan el desempeño, los mecanismos de financiamiento y los incentivos que utilizan, la capacitación que ofrecen y los comportamientos que recompensan. Las siguientes son algunas de las medidas que seguramente contribuirán a esta transformación:

- adaptar los sistemas de información para recoger, analizar y dar a conocer datos sobre la capacidad intrínseca;
- adaptar los mecanismos de monitoreo del desempeño, incentivos y financiamiento para fomentar una atención que optimice la capacidad;
- crear guías clínicas para optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca y actualizar las guías existentes para que quede claro su impacto en la capacidad.

Garantizar que el personal de salud sea sostenible y esté debidamente capacitado

Para garantizar que el personal de salud para el siglo XXI sea sostenible y esté debidamente capacitado, se debe considerar cuidadosamente qué recursos humanos se necesitan para prestar una atención integrada y centrada en la persona mayor. Es importante que todos los prestadores de servicios cuenten con conocimientos gerontológicos y geriátricos básicos, así como con competencias más generales necesarias para trabajar en sistemas de atención integrada, que incluyan buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de las TIC y otras tecnologías. Pero las estrategias no deben limitarse a las delineaciones del personal actual. Entre las medidas clave que podrían adoptarse se cuentan las siguientes:

- proporcionar capacitación básica sobre temas geriátricos y gerontológicos en la formación pre grado y en los cursos de educación permanente de todos los profesionales de la salud;
- incluir competencias geriátricas y gerontológicas básicas en todos los planes de estudios de la salud;
- asegurar que el número de geriatras satisfaga las necesidades de la población y alentar la creación de unidades geriátricas para tratar casos complejos;
- considerar la necesidad de incorporar nuevos funcionarios (como coordinadores de atención de la salud y orientadores de autocuidado) y de ampliar las funciones del personal existente, incluidos los promotores comunitarios de salud, para coordinar la atención de salud de las personas mayores en el ámbito comunitario.

Crear sistemas de cuidados a largo plazo

En el siglo XXI, ningún país puede permitirse no contar con un sistema integral de cuidados a largo plazo. En los países de ingresos altos, los desafíos para crear sistemas de este tipo probablemente giren en torno a la necesidad de mejorar la

Recuadro 7.2. AgeWell: ayuda comunitaria entre pares en Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Las personas mayores pueden ser el mayor recurso de una comunidad que está envejeciendo, debido a su propia experiencia para reconocer los problemas que enfrentan otras personas mayores y buscarles solución. Esta es la premisa de AgeWell, un proyecto piloto para desarrollar la ayuda comunitaria entre pares en Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

Para mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores en Khayelitsha, el mayor municipio de Sudáfrica y una de las poblaciones más pobres de Ciudad del Cabo, se capacitó a 28 miembros mayores de la comunidad como ayudantes de pares. De a dos, los ayudantes visitaron a 211 personas mayores de su comunidad. La finalidad de las visitas era promover el compañerismo y el apoyo social y generar un sentido de comunidad, además de detectar necesidades de salud y sociales. Una vez reconocidas las necesidades, se derivaba a las personas mayores a prestadores de salud o a servicios sociales.

Las derivaciones se generaban por medio de un teléfono inteligente cargado con una aplicación que hacía una selección por medio de preguntas básicas y observaciones realizadas por los ayudantes de pares durante la visita domiciliaria. Los ayudantes se transformaron en un vínculo importante entre las personas mayores y los servicios comunitarios.

Un estudio evaluó las ventajas de este proyecto piloto y halló que produjo múltiples beneficios.

Las personas mayores que recibieron visitas domiciliarias presentaron mejoras considerables. La medición del bienestar registró una mejora del 60%; y la medición de la satisfacción con el apoyo social mejoró un 50% en el período estudiado. Los ayudantes de pares también dijeron haber obtenido sus propios beneficios de salud por participar en el programa, entre ellos más flexibilidad, agilidad y energía, mejor sueño y menos estrés.

La capacidad de las personas mayores de satisfacer sus necesidades básicas mejoró. La seguridad financiera de los ayudantes de pares aumentó porque se les pagaba un salario comparable al que recibía el personal sanitario gubernamental de la comunidad por 20 horas semanales. Facilitar el acceso de las personas mayores a los servicios sanitarios y sociales en la comunidad les permite satisfacer sus necesidades básicas de atención de salud y social. A las derivaciones realizadas por AgeWell se atribuyó que la cantidad de usuarios de los servicios de las clínicas aumentara de 30 a 200 durante el período del estudio.

La capacidad de los ayudantes de pares de aprender, crecer y tomar decisiones mejoró con la capacitación que se les ofreció. Los ayudantes demostraron un aumento de la autoestima y la autonomía, así como motivación y esperanza renovadas, que atribuyeron a la capacitación. También dijeron sentirse empoderados y entusiasmados por aprender a usar nuevas tecnologías, como los teléfonos inteligentes y los medios sociales.

La capacidad de las personas mayores de crear y mantener relaciones se fortaleció, tanto en los ayudantes de pares como en las personas que estos visitaban. El número de miembros del club local de personas mayores se triplicó debido al aumento de la participación de usuarios de AgeWell. Los ayudantes de pares dijeron sentirse más conectados entre sí y con la comunidad, y que habían creado lazos más fuertes con sus vecinos, amigos y otros miembros de la comunidad. Manifestaron que ya no se sentían “aislados” ni “solos” y que veían a los otros ayudantes de pares como “familia” y a los usuarios como “amigos”.

El programa también mejoró la capacidad de las personas mayores de contribuir a su comunidad. En grupos de discusión, los ayudantes de pares concluyeron que el programa generaba empoderamiento a partir del aprendizaje de nuevas habilidades y la ayuda a los demás. Para muchos, volver a ser económicamente activos fue algo que les “cambió la vida”.

Fuente: M. Besser y S. Rohde; Organización Mundial de la Salud, Centro de Kobe; “Case study in South Africa: AgeWell, a peer-support service in a community setting to improve well-being and health among older persons living in a peri-urban township of Cape Town”, 2015; datos sin publicar.

calidad de los cuidados a largo plazo, desarrollar formas sostenibles financieramente para ofrecer esta atención a todos los que la necesitan e integrarla mejor en los sistemas de salud.

En los países de ingresos bajos y medios, puede que el desafío sea el de crear sistemas de este tipo donde aún no existen. En estos ámbitos, la responsabilidad de los cuidados a largo plazo a menudo se deja enteramente a cargo de las familias. El desarrollo socioeconómico, el envejecimiento de la población y las nuevas funciones de las mujeres hacen que esta práctica ya no sea sostenible ni equitativa.

Sin importar cuál sea el ámbito, será esencial contar con sistemas integrales de cuidados a largo plazo para atender las necesidades de las personas mayores, reducir la dependencia inapropiada de los servicios de salud, ayudar a las familias a evitar gastos médicos catastróficos y liberar a las mujeres para que puedan asumir otros roles sociales. El objetivo primordial de estos sistemas debe ser mantener cierto nivel de capacidad funcional en las personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad, o tienen riesgo alto de presentarlas, y asegurar que este tipo de atención respete sus derechos y libertades fundamentales y su dignidad humana. Para este fin es necesario reconocer sus aspiraciones continuas de bienestar y respeto.

Solo los gobiernos pueden crear y supervisar estos sistemas, pero esto no significa que los cuidados a largo plazo sea responsabilidad exclusiva de los gobiernos. Aunque el sistema apropiado será diferente para cada país o ámbito, debe basarse en una asociación explícita con las familias, las comunidades, otros prestadores de cuidados y el sector privado. La función del gobierno (a menudo cumplida por medio de los ministerios de salud) será administrar esta asociación, capacitar y apoyar a los cuidadores, velar por la integración entre los diversos servicios (incluido el sector de la salud), garantizar la calidad de los servicios y prestarlos directamente a quienes más los necesitan (ya sea debido a su poca capacidad intrínseca o a su situación socioeconómica). Estos objetivos pueden lograrse incluso en los países que tienen los recursos más limitados. De hecho, en estos ámbitos ya se están viendo medidas innovadoras ([recuadro 7.2](#)).

Tres estrategias serán cruciales para lograr un sistema accesible de atención a largo plazo:

1. sentar las bases necesarias para un sistema de cuidados a largo plazo;
2. conformar y mantener un personal sostenible y debidamente capacitado;
3. asegurar la calidad de los cuidados a largo plazo.

Sentar las bases necesarias para un sistema de cuidados a largo plazo

Para construir un sistema integrado de cuidados a largo plazo, orientado a facilitar la capacidad de las personas mayores, hace falta una estructura de gestión que permita guiar y supervisar el desarrollo del sistema y asignar responsabilidades claras en relación con los progresos. Un proceso transparente, basado en el conocimiento y la experiencia de las personas mayores, los cuidadores y los investigadores, que considere los enfoques actuales y evalúe sus fortalezas y debilidades, facilita el diseño de un sistema que se ajuste al ambiente social, cultural y económico. Este proceso puede ayudar a definir qué servicios y funciones clave se requieren, qué obstáculos pueden existir, quiénes están en mejores condiciones de prestar los servicios y quiénes podrían cumplir mejor otras funciones, como la capacitación y la acreditación. Es preciso hacer especial hincapié en diseñar el sistema de manera tal que ayude a las personas mayores a envejecer en un lugar adecuado para ellas y a mantener las conexiones con su comunidad y redes sociales. Para garantizar el acceso a este tipo de atención, al tiempo de reducir el riesgo de que los beneficiarios o sus cuidadores contraigan dificultades financieras, se requerirán recursos adecuados y el compromiso de priorizar el apoyo a las personas que tienen mayores necesidades de salud y financieras.

Entre las medidas clave que podrían adoptarse se encuentran las siguientes:

- reconocer los cuidados a largo plazo como un bien público importante;

- asignar responsabilidades claras para diseñar un sistema de cuidados a largo plazo y planificar su implementación;
- crear mecanismos equitativos y sostenibles para financiar la atención;
- definir las funciones del gobierno y diseñar los servicios necesarios para cumplirlas.

Conformar y mantener un personal sostenible y debidamente capacitado para brindar cuidados a largo plazo

Al igual que con los sistemas de salud, será crucial desarrollar un personal sostenible y debidamente capacitado para brindar cuidados a largo plazo. Muchas de las medidas mencionadas en relación con los sistemas de salud también se aplican a los cuidadores a largo plazo remunerados. Sin embargo, tradicionalmente el ámbito de los cuidados a largo plazo ha sido subestimado. Una estrategia crucial para garantizar la sostenibilidad del personal en el futuro será otorgarles a los cuidadores remunerados el prestigio y el reconocimiento que sus contribuciones merecen.

Además, a diferencia de lo que sucede en el sistema de salud, la mayoría de los cuidadores que actualmente se desempeñan en el sistema de cuidados a largo plazo son familiares, voluntarios, miembros de organizaciones comunitarias y trabajadores remunerados pero no capacitados. La mayoría son mujeres. Proporcionarles a estas personas la formación que les permita hacer bien su trabajo, al tiempo de aliviarlas del estrés de no estar lo suficientemente informadas sobre cómo hacer frente a situaciones difíciles, será fundamental para conformar un sistema de cuidados a largo plazo. Proporcionar apoyo concreto a los cuidadores familiares por medio de cuidados temporales o pagos en efectivo también puede aliviarles la carga. Asimismo, es importante estudiar de qué forma se puede dividir más equitativamente la responsabilidad del cuidado entre los sexos y las generaciones.

En países de ingresos bajos y medios están surgiendo buenas oportunidades de empoderamiento de voluntarios mayores, en forma de aso-

ciaciones u organizaciones de personas mayores que defienden sus derechos y prestan a otras personas mayores la atención y el apoyo que puedan necesitar. Tal vez sea posible transferir estos conceptos a contextos de ingresos más altos.

Las siguientes son algunas medidas clave que pueden ayudar a conformar y mantener un personal sostenible y debidamente capacitado para brindar cuidados a largo plazo:

- mejorar los salarios y las condiciones laborales y crear opciones de carrera que permitan a los cuidadores avanzar a posiciones de mayor responsabilidad y remuneración;
- aprobar leyes para apoyar regímenes flexibles de trabajo o licencias para los cuidadores familiares;
- establecer mecanismos de apoyo para los cuidadores, como ofrecer servicios de cuidados temporales y recursos de capacitación o información accesibles;
- crear conciencia sobre el valor y los beneficios de ser cuidador y combatir las normas y los roles sociales que impiden a los hombres y los jóvenes desempeñarse como cuidadores;
- apoyar las iniciativas comunitarias que convocan a personas mayores para realizar tareas de cuidados y otras actividades de desarrollo comunitario.

Asegurar la calidad de los cuidados a largo plazo

El primer paso para asegurar la calidad de los cuidados a largo plazo es orientar los servicios hacia el objetivo de optimizar la capacidad funcional. Para ello se requiere que los sistemas y los cuidadores determinen cómo pueden optimizar la trayectoria de capacidad de la persona mayor y compensar la pérdida de capacidad con atención y entornos transformadores que ayuden a la persona mayor a mantener la capacidad funcional en un nivel que le garantice el bienestar. Será esencial mantener una coordinación entre los sistemas de cuidados a largo plazo y con los servicios de salud si se quiere lograr este objetivo. Los sistemas de

gestión de la calidad pueden ayudar a mantener este enfoque coordinado de la capacidad.

Las siguientes son algunas medidas clave que pueden ayudar a lograrlo:

- crear y difundir protocolos o guías de atención que aborden cuestiones esenciales;
- establecer mecanismos de acreditación para los servicios y los cuidadores profesionales;
- establecer mecanismos formales de coordinación de los cuidados (en particular entre los servicios de cuidados a largo plazo y los de salud);
- establecer sistemas de gestión de la calidad que ayuden a mantener el foco en la optimización de la capacidad funcional.

Crear entornos amigables con las personas mayores

Los entornos físicos y sociales son influencias poderosas en el *Envejecimiento Saludable*, ya que determinan trayectorias de capacidad y pueden ampliar lo que una persona es capaz de hacer (su capacidad funcional). Los entornos amigables con las personas mayores les permiten ser y hacer lo que valoran, ayudándolas a maximizar sus capacidades y habilidades.

Para crear entornos realmente amigables con las personas mayores, se requieren acciones en distintos sectores (salud, cuidados a largo plazo, transporte, vivienda, trabajo, protección social, información y comunicación), por muchos actores (gobierno, prestadores de servicios, sociedad civil, personas mayores y sus organizaciones, familiares y amigos). También se requieren medidas en varios niveles de gobierno. En la búsqueda del objetivo común de optimizar la capacidad funcional, cada una de estas partes interesadas puede trabajar en su ámbito respectivo de manera focalizada y complementando a la vez lo que hacen las demás.

En el capítulo 6 se describen oportunidades de acción sobre capacidades específicas. Las siguientes acciones clave son aplicables a cada una de esas capacidades y a todas las partes interesadas:

1. combatir la discriminación por motivos de edad;
2. propiciar la autonomía;
3. apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

Combatir la discriminación por motivos de edad

Los estereotipos basados en la edad influyen en los comportamientos, en las políticas e incluso en la investigación. Afrontar estos estereotipos debe ser parte esencial de toda respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. Aunque no es fácil, las experiencias de lucha contra otras formas generalizadas de discriminación, como el sexismo y el racismo, demuestran que las actitudes y las normas pueden cambiarse. También hay ejemplos concretos de modos de combatir la discriminación por motivos de edad ([recuadro 7.3](#)).

Para luchar contra la discriminación por motivos de edad, hará falta fomentar e inculcar en todas las generaciones una nueva manera de entender el envejecimiento. Como se destaca en este informe, esa manera no puede basarse en conceptualizaciones anticuadas acerca de las personas mayores como cargas ni en supuestos poco realistas de que las personas mayores de la actualidad han evitado de alguna manera los problemas de salud de sus padres y abuelos. En cambio, es necesario aceptar la amplia diversidad de la experiencia de la edad avanzada, reconocer las inequidades que a menudo subyacen a ella y estar dispuestos a preguntarnos cómo podrían hacerse las cosas mejor.

Las siguientes son algunas actividades que podrían ayudar a combatir la discriminación por motivos de edad:

- realizar campañas de comunicación para que los medios de comunicación, el público en general, los encargados de formular políticas, los empleadores y los proveedores de servicios sepan más acerca del envejecimiento y lo comprendan mejor;
- legislar contra la discriminación por motivos de edad;

Recuadro 7.3. No a la discriminación por edad en Irlanda

En Irlanda se ha organizado una campaña contra la discriminación por motivos de edad, basada en las abundantes pruebas de que los estereotipos negativos y la discriminación contra las personas mayores están generalizados y son perjudiciales. Entre 2004 y 2012, se celebró anualmente una Semana contra la Discriminación por Motivos de Edad (*Say No to Ageism Week*) para crear conciencia y estimular la acción contra ese tipo de discriminación. Creada por la Autoridad para la Igualdad y la Oficina Ejecutiva de los Servicios de Salud, con el apoyo de la Oficina para las Personas Mayores y organizaciones de personas mayores, la Semana contra la Discriminación por Motivos de Edad incluyó dos estrategias complementarias: una campaña de información pública por medio de anuncios publicitarios, programas de radio, medios sociales y afiches, y una serie de acciones sectoriales destinadas a mejorar la prestación de servicios adaptados a las necesidades de las personas mayores.

A lo largo de los años, han participado los sectores de la salud, el transporte, los seguros, la hotelería, el deporte y el esparcimiento. Algunas de las acciones realizadas por los sectores participantes fueron: organizar grupos de discusión con adultos mayores sobre los obstáculos que enfrentan para usar instalaciones deportivas; capacitar sobre las necesidades de las personas de edad a todos los trabajadores de los autobuses de Dublín que interactúan con los usuarios; ofrecer transporte gratuito a eventos relacionados con la campaña; mejorar la información y la cartelería para adaptarlas a las personas de edad, por ejemplo reemplazando la palabra “ancianos” por “personas mayores”, y mostrar a empleados mayores en materiales publicitarios, para destacar la inclusividad de la industria irlandesa.

En 2008 se hizo una revisión de la iniciativa y se destacó, como factor clave para su éxito, la fortaleza del compromiso y las relaciones de trabajo que se generaron entre los asociados y los interesados de distintos sectores.

Sin desconocer la importancia de las campañas de información que sensibilizan y estimulan el debate sobre la discriminación por edad en el público en general, la iniciativa irlandesa tuvo una fortaleza especial porque apoyó la sensibilización con iniciativas sectoriales prácticas que ofrecían capacitación para generar cambios positivos en las conductas y en la prestación de los servicios (2).

- asegurar una visión equilibrada del envejecimiento en los medios de comunicación, por ejemplo, reduciendo al mínimo los informes sensacionalistas sobre los delitos contra las personas mayores.

Propiciar la autonomía

Las personas mayores tienen derecho a hacer elecciones y tener el control en un amplio espectro de asuntos, entre ellos el lugar donde viven, las relaciones que tienen, lo que visten, cómo pasan su tiempo y si se someten a tratamientos o no. La posibilidad de elegir y tener el control está determinada por muchos factores, en particular por la capacidad intrínseca de las personas mayores, el entorno que habitan, los recursos personales y financieros de los que disponen y las oportunidades que tienen a disposición. Juntos, estos factores determinan la autonomía de las personas mayores, que tiene una influencia fuerte y demostrada en su dignidad, integridad, libertad e independencia, y se ha señalado reiteradamente como un componente básico de su bienestar general.

Un enfoque clave para favorecer la autonomía consiste en potenciar al máximo la capacidad intrínseca, un tema que se detalló en la sección referente a las esferas de acción prioritarias en el sector de la salud. Pero es posible mejorar la autonomía sin importar el nivel de capacidad de una persona mayor, por ejemplo modificando el entorno que habita o dándole dispositivos de apoyo que la ayuden a manejar sus limitaciones de capacidad, o protegiendo sus derechos y fortaleciendo su resiliencia y capacidad de controlar o modificar su entorno. La autonomía también depende en gran medida de la satisfacción de las necesidades básicas de una persona mayor.

Las siguientes son algunas medidas importantes para favorecer la autonomía:

- legislar para proteger los derechos de las personas mayores (por ejemplo, protegerlas contra el maltrato), apoyar a las personas mayores para que conozcan y disfruten sus derechos y crear mecanismos que pueden

utilizarse para hacer frente a las violaciones de sus derechos, en particular en situaciones de emergencia;

- prestar servicios que faciliten el funcionamiento, tales como las tecnologías de apoyo y los servicios a domicilio o en la comunidad;
- proporcionar mecanismos de planificación anticipada de la atención y decisiones asistidas que permitan a las personas mayores mantener el máximo nivel de control sobre sus vidas a pesar de una pérdida significativa de capacidad;
- crear oportunidades accesibles de aprendizaje y crecimiento permanentes.

Apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno

En un número rápidamente creciente de países, más de un habitante cada cinco es mayor de 60 años. Habrá pocas políticas o servicios que no los afecten de alguna manera. Para lograr los objetivos del *Envejecimiento Saludable*, todos los sectores deben considerar su contribución y su impacto en el *Envejecimiento Saludable*.

Es posible orientar esta respuesta intersectorial y asegurar un enfoque coordinado entre distintos sectores y niveles de gobierno por medio de estrategias y planes de acción nacionales, regionales, estatales o municipales (recuadro 7.4). Será necesario establecer claramente compromisos con los objetivos y líneas de responsabilidades, contar con presupuestos adecuados y especificar los mecanismos de coordinación, vigilancia, evaluación y presentación de informes en todos los sectores.

También será importante recoger y utilizar información desglosada por edad acerca de las habilidades de las personas mayores, lo que puede facilitar el control de la eficacia y la detección de deficiencias en las políticas, los sistemas y los servicios existentes. Además, los mecanismos para consultar y dar participación a las personas mayores o a las organizaciones de personas

mayores en la formulación y la evaluación de las políticas pueden ayudar a asegurar su pertinencia para las poblaciones locales.

Hay muchas esferas de acción posibles, pero algunas oportunidades son las siguientes:

- establecer políticas y programas que amplíen las opciones de vivienda para los adultos mayores y ayuden a las reformas del hogar que permitan a las personas mayores envejecer en un lugar adecuado para ellas;
- integrar medidas para proteger a las personas mayores contra la pobreza, por ejemplo a través de planes de protección social;
- proporcionar oportunidades de participación social y de desempeño de funciones sociales significativas, específicamente combatiendo los procesos que marginan y aíslan a las personas mayores;
- eliminar obstáculos, establecer normas de accesibilidad y garantizar su cumplimiento en los edificios, en el transporte y en las TIC;
- considerar las decisiones urbanísticas y de uso del suelo, y su impacto en la seguridad y la movilidad de las personas mayores;
- promover la diversidad de edades y la inclusión en los entornos de trabajo.

Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión

Para avanzar hacia el *Envejecimiento Saludable*, será necesario comprender mucho mejor las tendencias y los problemas relacionados con la edad. Hay muchas preguntas básicas que siguen sin respuesta:

- ¿Cuáles son las características actuales del *Envejecimiento Saludable*? ¿Están cambiando con el tiempo?
- ¿Cuáles son los factores determinantes del *Envejecimiento Saludable*? ¿Están aumentando o desapareciendo las desigualdades?
- ¿Qué tipo de intervenciones promueven el *Envejecimiento Saludable*? ¿En qué subgrupos de población dan resultado? ¿Cuáles son el momento y la secuencia apropiados

Recuadro 7.4. Vivir y envejecer juntos: acción intersectorial en Quebec

En 2011, la Secretaría de las Personas Mayores, un organismo de la provincia canadiense de Quebec, anunció su primera política sobre el envejecimiento destinada a promover un enfoque inclusivo e integral para apoyar a los adultos mayores: Vivir y envejecer juntos. Parte esencial de esta iniciativa es la colaboración entre distintos sectores y niveles de gobierno para posibilitar que las personas mayores envejezcan en su hogar y en su comunidad.

Colaboración intergubernamental horizontal. Organismos y departamentos del mismo nivel de gobierno colaboran en distintas misiones y jurisdicciones. Por ejemplo:

- tres departamentos provinciales colaboraron para mejorar la calidad de los servicios, la capacitación y la compensación de los cuidadores, a fin de aumentar la disponibilidad de apoyo para los adultos mayores que viven en su hogar;
- para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, dos organismos provinciales aunaron fuerzas en 2010 (en el Programa de infraestructura de los municipios de Quebec - Municipio amigable con las personas mayores) a los efectos de dar apoyo financiero a pequeñas obras y proyectos de infraestructura, como la renovación de edificios municipales o la mejora de instalaciones recreativas para adaptarlas a las necesidades y expectativas de las personas mayores (por ejemplo, construyendo baños accesibles o senderos).

Colaboración intergubernamental vertical. A nivel provincial (Quebec), regional y municipal, los organismos gubernamentales colaboran para alcanzar sus objetivos comunes. Con miras a aumentar el uso del transporte público por las personas mayores, dos organismos provinciales y uno regional, incluidos municipios de condado, se asociaron para revisar y modificar los planes de transporte público a fin de asegurar que los adultos mayores tuvieran acceso al transporte.

Colaboración entre el gobierno y el sector privado. En esta colaboración están comprendidos el gobierno, organizaciones no gubernamentales locales y provinciales, organizaciones comunitarias, el sector privado y el sector académico. En Montreal, se estableció un proyecto de investigación basado en la acción, entre el sector académico y la división de investigaciones del departamento de policía, con el objeto de crear y aplicar una intervención policial contra el abuso de las personas mayores; la intervención abarca prevención, detección, intervención de primera línea, seguimiento e investigación. Este modelo hace hincapié en la respuesta intersectorial al abuso de las personas mayores e incluye a la policía, un centro de asistencia a las víctimas, organizaciones comunitarias, servicios de salud y sociales, la curaduría pública y los tribunales.

Colaboración entre las familias, el gobierno y el sector privado. Este es otro ejemplo de colaboración entre las personas mayores y sus familias relacionado con la mejora de cuidados a largo plazo. Los familiares que cuidan de una persona mayor reciben del gobierno un crédito fiscal y asistencia financiera para contratar otros cuidadores y profesionales de la salud capacitados para que presten cuidados en el hogar a tiempo parcial.

de esas intervenciones para mantener y aumentar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional?

- ¿Cuáles son las necesidades en materia de atención de salud y cuidados a largo plazo de las personas mayores, y en qué medida se satisfacen?
- ¿Cuáles son las contribuciones económicas reales que realizan las personas mayores, y cuáles son los verdaderos costos y beneficios de promover el *Envejecimiento Saludable*?

Como primera medida para responder a estas preguntas, debe incluirse a las personas mayores en las estadísticas vitales y en las encuestas de población general, y deben desglosarse por edad y sexo los análisis de estos recursos de información. También deben incluirse en estos estudios mediciones apropiadas del *Envejecimiento Saludable* y de sus factores determinantes y distribución.

Pero también se debe alentar la investigación en diversos campos específicos relacionados con el envejecimiento y la salud, para lo que será

Recuadro 7.5. Investigar con las personas mayores, no solo para ellas

El Instituto de Manchester para la investigación participativa sobre el envejecimiento en Inglaterra realizó un estudio sobre ciudades amigables con las personas mayores que se basó en las opiniones, inquietudes y experiencias de las personas mayores (3). El trabajo con los grupos destinatarios en tres barrios del sur de Manchester tuvo tres características fundamentales:

- **participación:** los residentes mayores actúan como coinvestigadores en todas las etapas del proceso, incluidos la planificación, el diseño y la puesta en práctica;
- **colaboración:** una variedad de asociados, incluidos el gobierno local, organizaciones voluntarias y otras organizaciones no gubernamentales, actuaron como asesores y contribuyeron mediante grupos de discusión, entrevistas y asociaciones permanentes;
- **acción:** se generaron recomendaciones para el diseño urbano, la regeneración, la participación comunitaria y la ejecución de políticas. Se abrió un nuevo espacio para realizar aportaciones directas a los programas e iniciativas en curso en Manchester y en otros sitios.

Se capacitó como investigadores a 18 adultos de 58 a 74 años de edad, de diversa procedencia. En las sesiones participativas y las reuniones de reflexión se aseguró que los participantes se involucraran y se familiarizaran con todos los aspectos del proceso de investigación, incluido el diseño. En total, se realizaron 68 entrevistas en profundidad con residentes mayores, muchos de los cuales experimentaban distintas formas de exclusión social, problemas de salud, aislamiento y pobreza.

En conjunto, el estudio representa un avance metodológico importante en el desarrollo de nuevos modelos de participación comunitaria. Intervenciones como las aplicadas en este estudio constituyen excelentes fuentes de información, ejercicios valiosos de trabajo comunitario para todos los participantes, y mecanismos económicos para producir políticas informadas en tiempos de austeridad.

necesario acordar conceptos clave y la forma en que se pueden medir. Deben promoverse enfoques tales como los estudios plurinacionales y

multidisciplinarios, ya que pueden ser representativos de la diversidad de una población y permitir que se conozcan los determinantes del *Envejecimiento Saludable* y el contexto singular de los adultos mayores. También se debe alentar la participación y la contribución de las personas mayores, porque puede conducir a resultados más importantes e innovadores (recuadro 7.5).

Entonces, a medida que se sepa más sobre el envejecimiento y la salud, se necesitarán mecanismos mundiales y locales para asegurar la rápida aplicación de estos conocimientos a la práctica clínica, además de intervenciones de salud pública basadas en la población y políticas de salud y sociales.

Las siguientes son algunas acciones fundamentales:

1. acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al *Envejecimiento Saludable*;
2. saber más acerca del estado de salud y las necesidades de las poblaciones de edad, y en qué medida se satisfacen esas necesidades;
3. comprender mejor las trayectorias del *Envejecimiento Saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas.

Acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos para el *Envejecimiento Saludable*

Los indicadores y los métodos que se utilizan actualmente en el campo del envejecimiento son limitados, lo que impide conocer en detalle aspectos clave del *Envejecimiento Saludable*. Algunas veces no existen métodos apropiados. Otras, se utilizan enfoques integrales de otros campos, pero sin adaptarlos a las poblaciones de edad avanzada. Es necesario llegar a un consenso sobre cuáles son los enfoques y los métodos más apropiados, los cuales tendrán que permitir comparaciones y posibles vinculaciones con datos recogidos en distintos países, contextos y sectores. Las prioridades son:

- desarrollar y alcanzar un consenso sobre los indicadores, las estrategias de medición, los instrumentos, los ensayos y los biomarcadores sobre conceptos clave relacionados con el *Envejecimiento Saludable*,

particularmente en relación con la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, el bienestar subjetivo, las características de salud, las características personales, la herencia genética, la multimorbilidad y la necesidad de servicios y cuidados;

- llegar a un consenso sobre los enfoques para evaluar e interpretar las trayectorias de estos indicadores y medidas a lo largo de la vida. Será importante demostrar cómo la información generada puede servir de base para las políticas, el monitoreo, la evaluación y las decisiones clínicas o de salud pública;
- crear y aplicar mejores métodos para probar intervenciones clínicas que tengan en cuenta la fisiología diferente de las personas mayores y la multimorbilidad.

Saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones de edad, y en qué medida se cubren esas necesidades

Aunque es preciso que los esfuerzos de seguimiento y las investigaciones poblacionales tengan más en cuenta a las personas mayores, también se requieren investigaciones poblacionales específicas sobre estas personas para determinar cuáles son los niveles y la distribución de la capacidad funcional y la capacidad intrínseca, cómo estas cambian con el tiempo, cuáles son las necesidades de asistencia sanitaria y cuidados, y en qué medida estas se satisfacen. Estas investigaciones podrían incluir:

- crear encuestas de población periódicas de personas mayores que puedan registrar en detalle la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, los estados de salud específicos, las necesidades de de salud o cuidados a largo plazo, o de cambios más amplios en los entornos, y si estas necesidades se satisfacen adecuadamente;
- detectar tendencias de capacidad intrínseca y capacidad funcional en diferentes cohortes de nacimiento y determinar si el aumento de la esperanza de vida se asocia con años adicionales de salud;

- definir indicadores y mecanismos para la vigilancia permanente de las trayectorias de *Envejecimiento Saludable*.

Comprender mejor las trayectorias de *Envejecimiento Saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas

Para fomentar el *Envejecimiento Saludable* habrá que comprender mucho mejor las trayectorias comunes de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, sus determinantes y la efectividad de las intervenciones para modificarlas. Las siguientes son algunas medidas clave para lograr esta comprensión:

- definir el alcance y los tipos de trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional, y sus determinantes en diferentes poblaciones;
- cuantificar el impacto de las intervenciones de salud, de cuidados a largo plazo y ambientales en las trayectorias de *Envejecimiento Saludable*, y determinar por qué vías operan;
- cuantificar mejor la contribución económica de las personas mayores y los costos de prestarles los servicios que necesitan, y crear mecanismos de análisis de la rentabilidad de las inversiones que sean rigurosos, válidos y comparables.

Conclusiones

Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay algo que cada país puede hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo.

La respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención integrada y centrada en la personas mayores. Habrá que desarrollar, incluso a partir de cero, sistemas

integrales de cuidados a largo plazo. Y se necesitará una respuesta coordinada entre muchos otros sectores y distintos niveles de gobierno. Para ello hará falta un cambio fundamental de nuestra concepción del envejecimiento, a fin de tener en cuenta la diversidad de las poblaciones de edad y combatir las inequidades que a menudo subyacen al envejecimiento. Además, se deberán incorporar mejores formas de medir y

monitorear la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

Aunque estas medidas inevitablemente requerirán recursos, es probable que sean una buena inversión en el futuro de la sociedad: un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado.

Referencias bibliográficas

1. Alexandra Health System's Ageing-in-Place Programme – first Singapore public healthcare programme to win 2014 UN Public Service Award. Singapore: Khoo Teck Puat Hospital; 2014 (<https://www.ktph.com.sg/uploads/1403773586Media%20Release%20-%20First%20Singapore%20Public%20Healthcare%20Programme%20to%20Win%202014%20UN%20Public%20Service%20Award.pdf>, accessed 29 June 2015).
2. Say No to Ageism Week (Ireland). In: Equinet; European Network of Equality Bodies [website]. Brussels: Equinet Secretariat; 2015 (<http://www.equineteurope.org/Say-No-To-Ageism-Week-Ireland>, accessed 15 July 2015).
3. Buffel T, editor. Researching age-friendly communities: stories from older people as co-investigators. Manchester: University of Manchester Library; 2015. (<http://www.socialsciences.manchester.ac.uk/medialibrary/brochures/Age-Friendly-Booklet.pdf>, accessed 27 July 2015).

Accesibilidad

Grado en el que un entorno, un servicio o un producto permiten el acceso al mayor número posible de personas.

Actividad

Realización de una tarea o una acción por parte de una persona.

Actividades de la vida diaria

Actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Actividades que facilitan la vida independiente, como usar el teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, comprar comestibles, preparar comida y usar un mapa.

Condición crónica

Enfermedad, trastorno, lesión o traumatismo que es persistente o tiene efectos duraderos.

Condición de salud

Término general para designar enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos agudos o crónicos.

Ajuste entre la persona y su entorno

Relación entre los individuos y sus entornos. El ajuste entre las personas y su entorno requiere: 1) tener en cuenta a la persona (es decir, las características de salud y capacidad del individuo) y las necesidades y recursos de la sociedad; 2) saber que la relación es dinámica e interactiva; y 3) atender a los cambios que se producen con el tiempo en las personas y en los lugares.

Ajuste razonable

Modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, que no impongan una carga desproporcionada o indebida, para garantizar a las personas mayores con capacidad funcional reducida el goce y ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Apoyo a la toma de decisiones

Se refiere al apoyo ofrecido a las personas para que ejerzan su capacidad jurídica. El apoyo a la toma de decisiones puede adoptar diversas formas, como el uso de redes de

apoyo, un mediador personal, los servicios comunitarios, la ayuda mutua, un asistente personal y la planificación anticipada.

Asistencia Social; Ayuda para desempeñar actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, el cuidado personal, el mantenimiento del hogar).

Cuidados a largo plazo

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

Cuidado informal

Cuidado no remunerado proporcionado por un familiar, amigo, vecino o voluntario.

Autocuidado

Actividades realizadas por las personas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar de sí mismas, así como para participar en las decisiones sobre su salud.

Bienestar

Término general que abarca todas las esferas de la vida humana, incluidos aspectos físicos, mentales y sociales, que conforman lo que se puede llamar “una buena vida”.

Capacidad funcional

Atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características medioambien-

tales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características.

Capacidad intrínseca

Combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

Características de salud

Conjunto de cambios subyacentes relacionados con la edad, comportamientos relacionados con la salud, factores de riesgo fisiológicos (por ejemplo, presión arterial alta), enfermedades, lesiones, cambios en la homeostasis y síndromes geriátricos más amplios. La interacción entre estas características de salud determinará, en última instancia, la capacidad intrínseca de una persona.

Centros de cuidados institucionales

Instituciones en las que se presta cuidados a largo plazo. Pueden ser centros comunitarios, centros de atención médica prolongada, residencias de personas mayores, hospitales y otros centros de salud. Los centros de atención institucional no se definen solo por su tamaño.

Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores

Ciudades o comunidades que fomentan el envejecimiento saludable y activo.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Clasificación de la salud y de los dominios relacionados con la salud que describen las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación. Los dominios

se clasifican desde diferentes perspectivas: corporal, individual y social. Dado que el funcionamiento y la discapacidad de una persona tienen lugar dentro de un contexto, esta clasificación incluye una lista de los factores ambientales.

Cuidador

Persona que atiende y apoya a otra persona. Este apoyo puede incluir:

- prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes;
- ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados;
- ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro; y
- participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca.

Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud.

Deficiencia

Pérdida o anomalía de una estructura corporal o de una función fisiológica (incluidas las funciones mentales). En este informe, el término *anomalía* se utiliza estrictamente para referirse a una variación significativa con respecto a las normas estadísticas establecidas (es decir, la desviación con respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación tipificadas).

Dependencia de la atención de cuidados

Ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda.

Desempeño

Lo que las personas hacen en su entorno actual, incluida su participación en situaciones de la vida.

Desigualdades en salud

Diferencias en el estado de salud entre individuos o grupos, o, más formalmente, la variación interindividual total en la salud de una población, que a menudo tiene en cuenta las diferencias en el nivel socioeconómico u otras características demográficas.

Directivas anticipadas (o testamento vital)

Mecanismo por el cual las personas competentes explicitan sus deseos, de modo que se respeten sus preferencias en caso de que surjan circunstancias que no les permitan tomar decisiones con respecto a los tratamientos médicos. Las directivas anticipadas se hacen constar por escrito en un testamento vital o mediante un poder notarial otorgado a otra persona.

Discapacidad

Término general para designar las deficiencias, las limitaciones y las restricciones en la participación, que denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

Discriminación por motivos de edad

Estereotipos y discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. La discriminación por motivos de edad puede tomar muchas formas, como las actitudes perjudiciales, las prácticas discriminatorias o las políticas y prácticas institucionales que perpetúan las creencias estereotipadas.

Diseño universal

Diseño de entornos, productos y sistemas para ser utilizados por el mayor número posible de personas, sin la necesidad de adaptaciones o un diseño especializado.

Edad (cronológica)

Tiempo vivido desde el nacimiento, medido por años, meses, o días.

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades que no se transmiten de persona a persona. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Enfoque de curso de la vida

Enfoque que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive.

Entorno construido

Edificios, calles, servicios públicos, viviendas, instalaciones, parques y demás obras humanas que conforman las características físicas de una comunidad.

Entornos

Todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona, como el hogar, la comunidad y la sociedad en general; en estos entornos se encuentra una serie de factores que incluyen el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas, los sistemas y los servicios de salud y sociales.

Entornos adaptados a las personas mayores

Entornos (como el hogar o la comunidad) que alientan el envejecimiento saludable y activo al fomentar y mantener la capacidad intrínseca a lo largo de toda la vida y permitir una mayor capacidad funcional en una persona con determinado nivel de capacidad.

Envejecimiento

A nivel biológico, el envejecimiento es el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo.

Envejecimiento activo

Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Envejecimiento Poblacional

Cambio en la estructura de la población en el que aumenta la proporción de personas en los grupos de personas mayores.

Envejecimiento en el lugar (adecuado)

Capacidad de vivir en el propio hogar y comunidad de forma segura, independiente y cómoda, sin importar la edad, los ingresos o el nivel de capacidad. El envejecimiento en el lugar adecuado extiende este concepto a la capacidad de vivir en el lugar que mejor responde a las necesidades y preferencias de la persona, y que puede ser o no el propio hogar.

Envejecimiento saludable

Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Esperanza de vida (a los 60 años)

Número promedio de años que cabe esperar que viva una persona de 60 años de edad sujeta a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado.

Esperanza de vida (al nacer)

Número promedio de años que cabe esperar que viva un recién nacido sujeto a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado.

Evaluación geriátrica integral

Evaluación multidimensional de la persona mayor que incluye componentes clínicos, físicos, cognitivos, sociales y emocionales; también puede incluir el uso de instrumentos de evaluación estandarizados y un equipo interdisciplinario para apoyar el proceso.

Facilitadores

Factores en el entorno de una persona que, por estar presentes o ausentes, mejoran la capacidad funcional; entre estos factores se cuentan un entorno físico accesible, la disponibilidad de tecnología de apoyo pertinente y las actitudes positivas hacia las personas mayores, así como los servicios, sistemas y políticas que tienen como objetivo aumentar la participación de todas las personas con una afección de salud en todos los ámbitos de la vida. La ausencia de un factor también puede ser un facilitador, como la ausencia de estigmas o actitudes negativas. Los facilitadores pueden evitar que un trastorno o una limitación de la actividad restrinjan la participación, al posibilitar que la realización práctica de la acción mejore a pesar del problema de capacidad de la persona.

Factor de riesgo

Atributo o exposición que tiene una relación causal con una mayor probabilidad de enfermedad o lesión.

Funcionamiento

Término general para las funciones corporales, las estructuras corporales, la actividad y la participación, que denota los aspectos positivos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

Gastos por cuenta propia

Pagos por bienes o servicios que incluyen: 1) los desembolsos directos, tales como pagos por bienes o servicios que no están cubiertos por ningún tipo de seguro; 2) la participación en la financiación de los gastos, una disposición de un seguro de salud o servicio de pago

de terceros que requiere que el individuo asegurado pague parte del costo de la asistencia sanitaria recibida; y 3) los pagos informales, como los pagos no oficiales de bienes y servicios, que deben financiarse íntegramente con fondos comunes de ingresos.

Geriatría

Rama de la medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de la vejez y en prestar la atención y los servicios apropiados.

Gerontología

Estudio de los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del envejecimiento.

Gestión de casos

Proceso de colaboración que permite planificar servicios que satisfagan las necesidades de atención de la salud de la persona a través de la comunicación con esta y sus proveedores de servicios y la coordinación de los recursos.

Inequidades en salud

Diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables, injustas y parciales.

Longevidad

Duración de la vida humana.

Maltrato de personas mayores

Acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza.

Modificaciones en la vivienda

Conversiones o adaptaciones hechas a las instalaciones físicas permanentes del entorno del hogar para mejorar la seguridad, la accesibilidad física y el confort.

Movilidad

Capacidad de moverse para cambiar el cuerpo de posición o de lugar; recoger, mover o manipular objetos; caminar, correr o trepar; y emplear diversos medios de transporte.

Multimorbilidad

Concurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una sola persona.

Barreras

Factores del entorno de una persona que, por estar presentes o ausentes, limitan su capacidad funcional.

Participación

Integración de una persona en una situación de la vida. Representa la perspectiva de la sociedad acerca del funcionamiento.

Persona mayor

Persona cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer.

Polifarmacia

Administración simultánea de varios medicamentos al mismo paciente.

Promoción de la salud

Proceso que permite a las personas tener más control sobre su salud y mejorarla.

Protección social

Programas para reducir las privaciones debidas a condiciones tales como la pobreza, el desempleo, el envejecimiento y la discapacidad.

Red social

Red de vínculos de parentesco, de amistad y comunitarios de una persona.

Rehabilitación

Conjunto de medidas dirigidas a las personas que presenten o puedan presentar discapacidad con el fin de ayudarlas a lograr y mantener un nivel de funcionamiento óptimo en la interacción con sus entornos.

Resiliencia

Habilidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad por medio de la resistencia, la recuperación o la adaptación.

Salud

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Fragilidad (o persona mayor frágil)

Extrema vulnerabilidad a los factores de estrés endógenos y exógenos, que expone a una persona a un mayor riesgo de resultados negativos relacionados con la salud.

Seguridad social

Todas las medidas que consisten en brindar prestaciones, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar la protección social.

Servicios centrados en las personas

Enfoque de atención que tiene expresamente en cuenta las perspectivas de los individuos, las familias y las comunidades, y los considera participantes, así como beneficiarios, de unos sistemas de salud y cuidados a largo plazo que responden a sus necesidades y preferencias en forma humana e integral. Para asegurar una atención centrada en las personas se requiere que estas cuenten con la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención. Se trata de servicios organizados en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, no en torno a las enfermedades.

Servicios integrados de salud

Servicios gestionados y prestados de manera tal de asegurar que las personas reciban servicios ininterrumpidos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y atención paliativa en diferentes niveles y lugares dentro del sistema de salud, y que la atención se ajuste a sus necesidades a lo largo de la vida.

Síndromes geriátricos

Estados de salud complejos que suelen ocurrir en la edad avanzada y que no entran en categorías de enfermedades específicas; a menudo son consecuencia de múltiples factores subyacentes y disfunciones en varios sistemas orgánicos.

Tecnologías de apoyo (o tecnología sanitaria de apoyo)

Todo dispositivo diseñado, confeccionado o adaptado para ayudar a una persona a realizar una tarea en particular. Los productos pueden ser genéricos o estar especialmente diseñados para las personas con pérdidas específicas de capacidad. La tecnología sanitaria de apoyo es un subconjunto de tecnologías de apoyo, cuyo propósito principal es mantener o mejorar el funcionamiento y el bienestar de un individuo.

Viejo

Constructo social que define las normas, las funciones y las responsabilidades que cabe esperar de una persona mayor. Se utiliza con frecuencia en un sentido peyorativo.



Se necesita con urgencia una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para ello serán necesarios cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento. El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* presenta un marco de acción para promover el *envejecimiento saludable* en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores. Habrá que crear, en algunos casos de la nada, sistemas integrales de atención a largo plazo. También será necesaria una respuesta coordinada de muchos otros sectores y de varios niveles de gobierno. Y habrá que basarse en mejores formas de medir y vigilar la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

Probablemente estas medidas sean una buena inversión en el futuro de la sociedad. Un futuro que otorgue a las personas mayores la libertad de vivir una vida que las generaciones anteriores nunca podrían haber imaginado.

