



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA GENERAL
DE ASUNTOS SOCIALES

INSTITUTO DE
MIGRACIONES Y
SERVICIOS SOCIALES



Observatorio
de personas Mayores



Organización Mundial de la Salud
Departamento de Promoción de la Salud
Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas

Boletín sobre el envejecimiento

perfiles y tendencias

Nº 4 y 5

NOVIEMBRE 2001

EDITORIAL

La convocatoria por parte de Naciones Unidas de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se celebrará en Madrid el próximo mes de abril, ha puesto en marcha en todo el mundo y en las distintas organizaciones del sistema de Naciones Unidas un proceso de reflexión que pretende avanzar respuestas a los numerosos interrogantes que plantea el proceso de envejecimiento de la población mundial.

La Organización Mundial de la Salud, en la línea emprendida desde hace unos años de promover una visión positiva del fenómeno y de resaltar los aspectos benéficos de la actividad física y mental para un buen envejecimiento, ha aportado como contribución al debate el documento "Salud y Envejecimiento: Un documento de reflexión", que profundiza en su concepto de "envejecimiento activo y saludable" y cuya traducción se ofrece en este boletín.

Fruto de una colaboración con el Ministerio de la Salud canadiense, el documento examina los distintos factores que inciden en la calidad de vida de las personas mayores y propone medidas con el objetivo de estimular el diálogo político internacional sobre el tema.

Aurelio Fernández

Comisario del Comité Organizador para la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento

Salud y envejecimiento

Un documento para el debate

El propósito de este documento es contribuir a un debate informado sobre el envejecimiento activo y saludable durante la preparación de la Segunda Asamblea Mundial de las NN.UU. para el Envejecimiento en el año 2002. La primera versión de este documento se publica como documento para debate. Para comentarios o copias adicionales, por favor póngase en contacto con la siguiente dirección de correo electrónico: activeageing@who.int.

La versión definitiva del documento y una monografía complementaria titulada *El envejecimiento activo: de los hechos a la acción*, se publicarán posteriormente como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, en Madrid (abril de 2002). Ambas publicaciones son fruto de la colaboración entre la OMS (Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas) y *Health Canadá*.



Indice

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | El envejecimiento global: un triunfo y un desafío | 3 |
| | Propósito y uso de este documento | 4 |
| | La revolución demográfica | 4 |
| 2. | Los desafíos de una población que envejece | 6 |
| | Desafío n° 1: El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo. | 6 |
| | Desafío n° 2: La discapacidad y la doble carga de la enfermedad. | 7 |
| | Desafío n° 3: La modificación de un paradigma desfasado | 10 |
| | Desafío n° 4: La feminización del envejecimiento | 12 |
| | Desafío n° 5: La ética y las desigualdades | 13 |
| 3. | El envejecimiento activo: concepto y justificación | 15 |
| 4. | ¿Qué determina el envejecimiento activo? Comprensión de la evidencia empírica | 17 |
| | Factores interrelacionados: el género y la cultura | 17 |
| | Sistemas sanitarios y servicios sociales | 18 |
| | Factores económicos: los ingresos, el trabajo y la protección social | 19 |
| | Factores del entorno físico | 21 |
| | Factores personales | 22 |
| | Factores conductuales | 22 |
| | Factores del entorno social | 25 |
| 5. | La respuesta política | 27 |
| | Objetivos de las políticas intersectoriales | 28 |
| | La importancia del diálogo | 32 |
| 6. | Referencias bibliográficas | 33 |

¿Con cuántos años se es mayor?

A los efectos de este documento, se consideran personas “mayores” a mujeres y hombres que tienen 60 años o más. Esta edad puede parecer “joven” en algunas regiones desarrolladas donde la mayoría de las personas de más de 60 años de edad goza de un nivel de vida positivo y de buena salud. Sin embargo, es probable que la edad de 60 años sea fiel reflejo de la vejez en los países en vías de desarrollo, donde las personas no disfrutaron en los primeros años de sus vidas de todas aquellas ventajas que llevan a una vejez saludable. Además, la edad de 60 y más años se usa actualmente en todas las previsiones demográficas de las NN.UU. para describir las edades “más avanzadas”. Al mismo tiempo, es importante reconocer que la edad cronológica no siempre es el mejor indicador de los cambios que acompañan al envejecimiento. Las variaciones en el estado de salud de cada persona mayor de la misma edad pueden ser espectaculares. Los responsables políticos han de tener en cuenta estos factores a la hora de diseñar políticas destinadas a los sectores de población que ocupan las “personas mayores”.

Este texto fue elaborado por Peggy Edwards, asesora que permaneció durante seis meses en la OMS bajo el patrocinio de *Health Canada* (Ministerio de Sanidad de Canadá). El proceso de preparación de este documento fue dirigido por Alex Kalache e Irene Hoskins, con la participación de Ingrid Keller (OMS, Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas).

1. El envejecimiento global: Un triunfo y un desafío

Considerado en su totalidad, el problema del envejecimiento no es un problema en absoluto. Es sólo la manera pesimista de considerar un gran triunfo de la civilización... Notestein, 1954.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas mayores ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que suponen una importante contribución a la estructura socioeconómica de nuestras vidas.

El envejecimiento de la población plantea a nuestros responsables políticos algunas cuestiones preocupantes. ¿Podrá un número proporcionalmente menor de adultos trabajadores proporcionar a las personas mayores el apoyo que necesitan? ¿Hará quebrar una cantidad tal de personas mayores nuestros sistemas sanitarios y sociales? ¿Cómo podemos ayudar a nuestros mayores a seguir siendo independientes y activos? ¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas mayores que necesitan asistencia entre la familia y el estado? ¿Cómo aprovechar mejor la sabiduría, la experiencia y el talento de los mayores? Ahora que vivimos más,

¿cómo podemos mejorar la calidad de vida en la edad avanzada?

Este documento se ha diseñado para abordar estas cuestiones y otros problemas del envejecimiento. Está destinado a los dirigentes a todos los niveles gubernamentales, al sector no gubernamental y al sector privado.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de "envejecimiento activo" que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. Ha llegado el momento para planificar y actuar. En todos los países, pero sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas mayores sigan sanas y económicamente activas son, más que un lujo, una mera necesidad.

Se trata de políticas que han de tener por fundamento las necesidades reales, preferencias y aptitudes de las personas mayores, que además tengan presente el ciclo vital de cada cual, reconozcan la influencia de las anteriores experiencias vitales y no pongan en peligro las necesidades de los futuros ciudadanos mayores.

Propósito y uso de este documento

Este artículo se ha diseñado para promover el debate y las medidas entre los dirigentes que elaboran políticas y programas sobre el envejecimiento.

- La primera parte describe el rápido crecimiento mundial de la población con más de 60 años, sobre todo en los países en vías de desarrollo.
- La segunda parte trata de los cinco desafíos fundamentales relacionados con el envejecimiento de la población para los gobiernos, los sectores no gubernamentales y el sector privado.
- La tercera parte examina el concepto y la justificación del "envejecimiento activo" como objetivo para la elaboración de políticas y programas. El envejecimiento activo se construye sobre tres pilares: salud y autonomía, productividad y protección.
- La cuarta parte resume la evidencia experimental

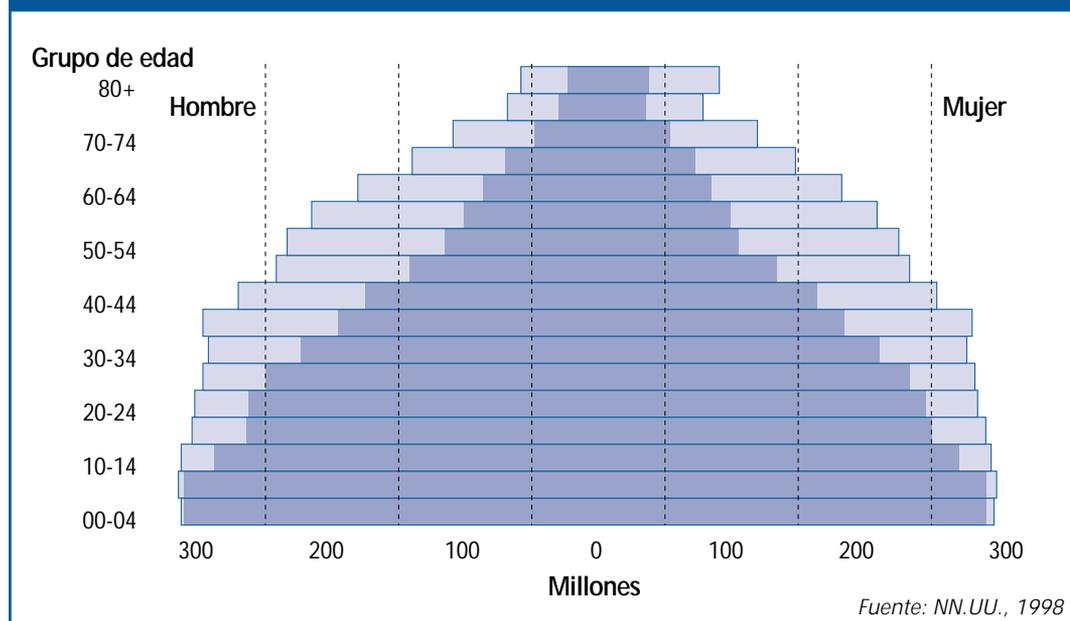
sobre los factores que determinan si los individuos y las poblaciones disfrutarán o no de autonomía, productividad y una calidad de vida óptima durante su vejez.

- La quinta parte presenta un marco de políticas y sugerencias concretas para las propuestas políticas clave. Dicho marco y dichas políticas pueden integrarse fácilmente a los planes de acción nacionales e internacionales que se están desarrollando de cara a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas para el envejecimiento, que tendrá lugar en el año 2002.

La revolución demográfica

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años, y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 870 millones, o el 380 %. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 billones de personas con más de 60 años.

Figura 1. Pirámide de población de 1995 y 2025



A medida que vaya decreciendo la población infantil y juvenil y aumente la proporción de personas con 60 años y más, la pirámide triangular de 1995 será sustituida por una estructura de tipo más cilíndrico en 2025.

El cambio en la distribución de la edad va asociado casi siempre con las regiones más desarrolladas del mundo. Lo que no se valora en su justa medida es la velocidad y la importancia del envejecimiento de la población en las regiones menos desarrolladas cuando ya, actualmente, la mayoría de este grupo de población vive en los países en vías de desarrollo. Estas cifras continuarán aumentando a una velocidad bastante más rápida que en los países desarrollados. Se calcula que, en 2025, unos 840 millones de personas con más de 60 años vivirán en los países en vías de desarrollo, lo cual supondrá un 70 por ciento del total de personas mayores en todo el mundo.

Entre 1995 y 2020, en Europa y Norteamérica, la tasa de población en edad laboral habrá disminuido desde el 62 por ciento hasta el 58 por ciento, y los que tienen 60 años y más constituirán alrededor de una cuarta parte de la población. Por países, a título individual, el de más edad es Italia, con un 24 por ciento de la población con 60 años y más en el año 2000 (véase la tabla 1). Japón y muchos otros países de Europa tienen porcentajes casi tan elevados como este último.

Tasas de fertilidad decrecientes y aumento de la longevidad son factores que asegurarán el “envejecimiento” continuo de la población mundial, a pesar de la regresión en la expectativa de vida de algunos países africanos (a causa del SIDA) y de algunos estados recientemente independizados (debido al aumento de las muertes causadas por las enfermedades cardiovasculares y la violencia). Observamos fuertes aumentos en las tasas de fertilidad en todo

el mundo y se calcula que, para el año 2020, 121 países habrán alcanzado tasas de fertilidad total por debajo de la tasa de sustitución (tasa de fertilidad media de 2,1 niños por mujer), un aumento considerable respecto a 1975 cuando sólo 22 países tenían una tasa de fertilidad total inferior o igual a la tasa de sustitución. La cifra actual es de 68 países.

A medida que disminuya la proporción de niños y jóvenes y aumente la proporción de personas con 60 años y más, la pirámide de población triangular de 1995 será sustituida por una estructura de tipo más cilíndrica en 2025 (véase la figura 1).

Tabla 1. Porcentaje de población con 60 años, o más, en países seleccionados, 2000 y 2050

| País | 2000 | 2050 |
|-----------------|------|------|
| Italia | 24% | 41% |
| Alemania | 23% | 35% |
| Japón | 23% | 38% |
| España | 22% | 43% |
| República Checa | 18% | 41% |
| EE.UU. | 16% | 28% |
| China | 10% | 30% |
| Tailandia | 9% | 30% |
| Brasil | 8% | 23% |
| India | 8% | 21% |
| Indonesia | 7% | 22% |
| Méjico | 7% | 24% |

Fuente: NN.UU., 1998

2. Los desafíos de una población que envejece

Los desafíos de una población que envejece son mundiales, nacionales y locales. Para afrontar estos desafíos se necesitará una planificación innovadora y reformas considerables en las políticas de los países desarrollados y los países en transición.

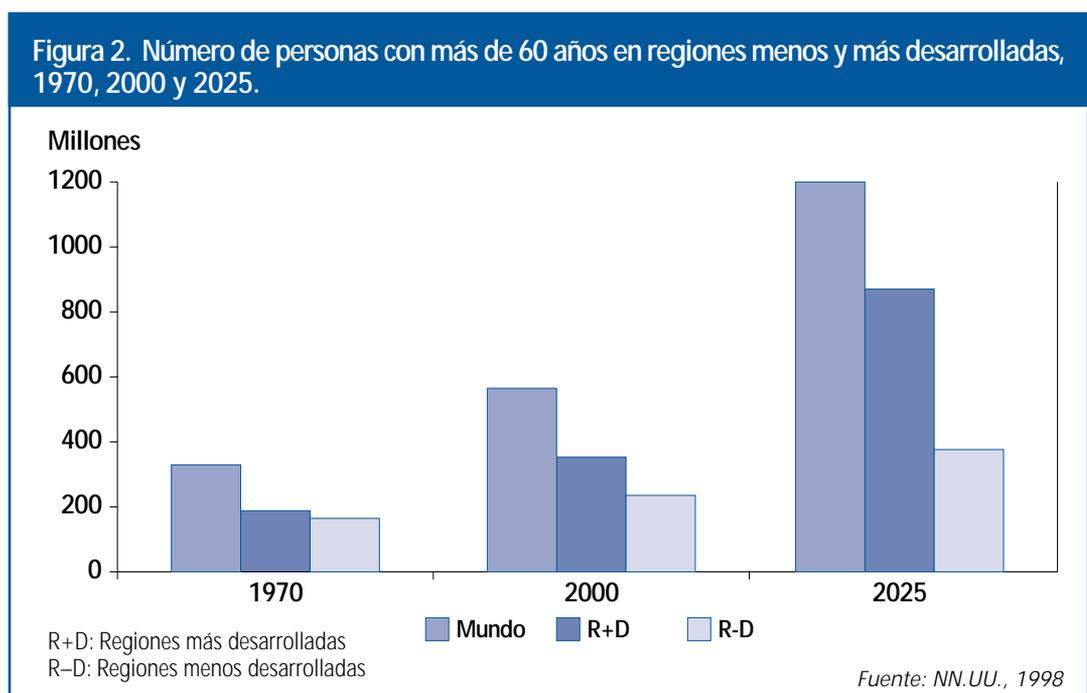
Es probable que los países en vías de desarrollo, la mayoría de los cuales no tienen todavía políticas integrales para el fenómeno del envejecimiento, sean los que conozcan el mayor desafío.

Desafío n° 1: El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo

En el año 2000, el 62 por ciento de las personas con 60 años o más vivía en las regiones menos desarrolladas (véase también la figura 2). Para el año 2050, este porcentaje aumentará hasta el 80 por ciento.

Por regiones, la mayoría de este grupo de población a escala mundial vive en Asia (siendo las cifras más elevadas las de Asia Oriental y China). El porcentaje de población más anciana del mundo, la asiática, seguirá siendo la de mayor crecimiento, mientras que el porcentaje europeo será el que más disminuya en los próximos 25 años (véase la figura 3).

En los países en vías de desarrollo, es frecuente que el desarrollo socioeconómico no haya seguido el mismo ritmo que el rápido envejecimiento de la población. Por ejemplo, mientras que se tardaron 115 años para que la proporción de personas mayores de Francia se duplicase del 7 al 14 por ciento, China tardará sólo 27 años en lograr el mismo incremento. En consecuencia, aunque los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer, los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza.



El rápido envejecimiento de los países en vías de desarrollo va acompañado de espectaculares cambios en las estructuras y los roles familiares, así como en los patrones de trabajo y migración. La urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo, el menor tamaño de las familias y un mayor número de mujeres que engrosan los activos del sector de trabajo formal significa que haya un menor número de personas disponibles para cuidar de los mayores cuando éstos necesiten ayuda.

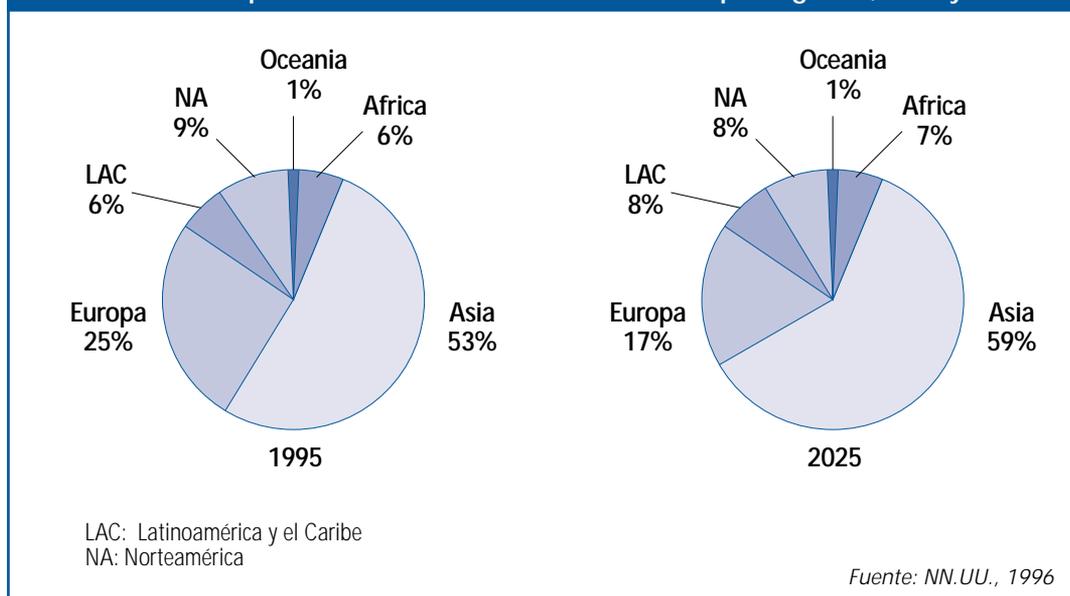
Desafío n° 2: La discapacidad y la doble carga de la enfermedad

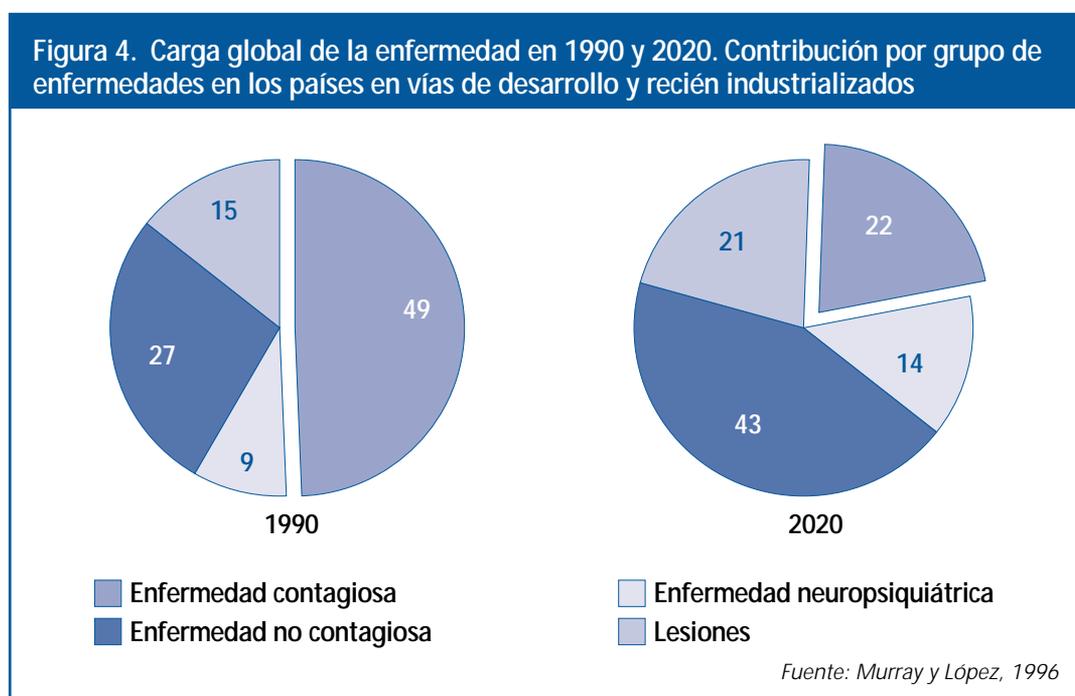
A medida que las naciones envejecen, y a la vez que se producen cambios en las condiciones de vida y de trabajo es inevitable que aparezca un cambio en los patrones de las enfermedades. Dichos cambios afectan con mayor dureza a los países en vías de desarrollo. Incluso aunque estos países continúen luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones del parto, se enfrentan al rápido aumento de las enfermedades no contagiosas. Esta "doble carga de la enfermedad" agota hasta el límite los ya escasos recursos.

Este desplazamiento desde enfermedades contagiosas a no contagiosas se está produciendo con rapidez en la mayor parte del mundo en vías de desarrollo, donde las enfermedades crónicas (como las cardiopatías, el cáncer y la depresión) son, cada vez más, las principales causas de mortalidad y discapacidad. Una tendencia que se intensificará a lo largo de este siglo. En 1995, el 51 por ciento de todo el peso que suponen las enfermedades en los países en vías de desarrollo y recién industrializados correspondía a las enfermedades no contagiosas, los trastornos mentales y las lesiones. Para el año 2020, el peso total de tales enfermedades aumentará hasta alrededor del 70 por ciento (véase la figura 4).

No cabe duda de que los responsables políticos y las personas que llevan a cabo iniciativas sociales sin ánimo de lucro deben continuar invirtiendo recursos en el control y la erradicación de las enfermedades infecciosas. No obstante, también es fundamental adoptar políticas, programas y asociaciones intersectoriales que puedan contribuir a detener la expansión a gran escala de las enfermedades no contagiosas crónicas.

Figura 3.
Distribución de la población mundial con más de 60 años por regiones, 1995 y 2025





Para 2020, más del 70 por ciento de la carga global de la enfermedad en los países en vías de desarrollo y recién industrializados corresponderá a las enfermedades no contagiosas, los trastornos mentales y las lesiones.

Aquellas políticas orientadas al desarrollo comunitario, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el aumento de la productividad, son relativamente poco costosas, pero hasta ahora se les ha prestado poca atención. Otras políticas a largo plazo, cuyo objetivo consiste en acabar con la desnutrición y la pobreza, contribuirán a la disminución de ambas enfermedades: contagiosas y no contagiosas.

Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las enfermedades crónicas son una costosa e importante causa de discapacidad y de una calidad de vida inferior. La autonomía de una persona mayor se ve comprometida cuando las discapacidades físicas o mentales dificultan el desarrollo de las "actividades de la vida diaria básicas" (AVDB), como bañarse, comer, ir al baño y pasear por la habitación y las "actividades de la vida diaria instrumentales" (AVDI), como ir de compras y preparar la comida.

La posibilidad de sufrir discapacidades importantes aumenta espectacularmente a partir de los 80 años.

Es un dato significativo que estos adultos sean el grupo de edad que más está creciendo entre la población que supera los 60 años.

Sin embargo, las discapacidades relacionadas con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse. Por ejemplo, en los últimos 20 años han disminuido de manera significativa las tasas de discapacidad asociadas con el envejecimiento en los EE.UU., Inglaterra, Suecia y otros países desarrollados. Dado que las poblaciones viven más tiempo en todo el mundo, se necesitan urgentemente políticas y programas que ayuden a evitar y a reducir la carga de la discapacidad en la vejez en los países en vías de desarrollo y en los desarrollados.

Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad y que las personas mayores no son un grupo homogéneo. Las intervenciones que creen ambientes que ayudan a las personas y que fomenten la toma de decisiones saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

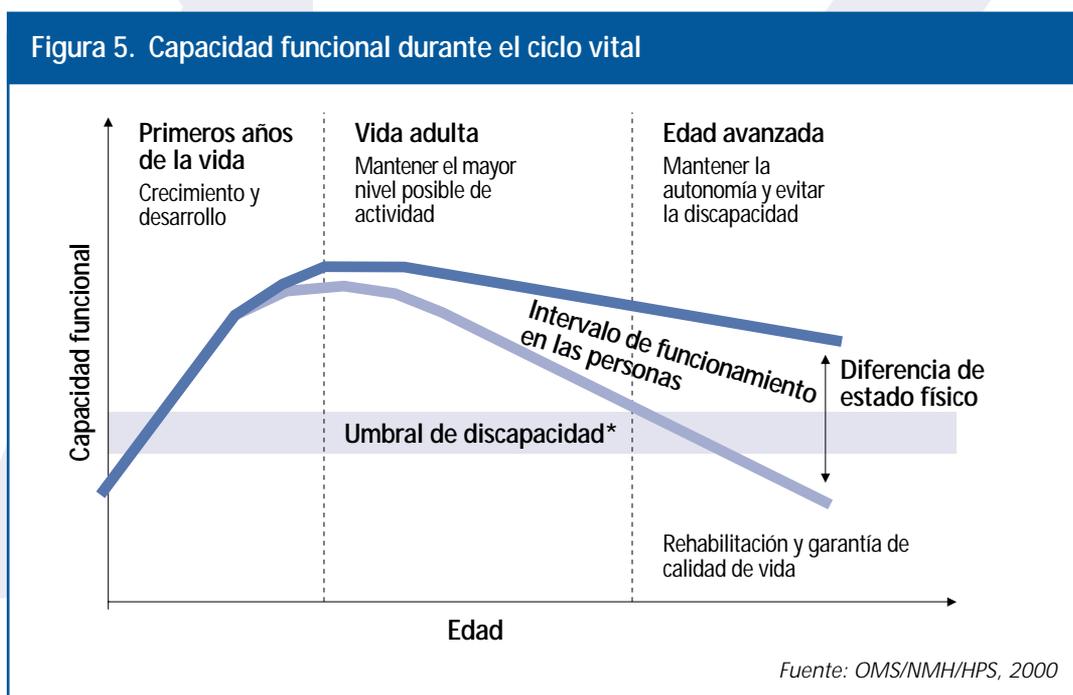
La perspectiva del ciclo vital enfatiza las actividades de los primeros años de la vida orientadas a mejorar el crecimiento y el desarrollo, evitar las enfermedades y garantizar el mejor rendimiento posible. En la vida adulta, las medidas tienen que estimular un funcionamiento óptimo, prevenir o retrasar el comienzo de la enfermedad. En los años posteriores, las actividades deben centrarse en conservar la autonomía, evitar y retrasar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores que vivan con algún grado de enfermedad o discapacidad (véase la figura 5).

Una manera útil de considerar la toma de decisiones en este campo consiste en pensar más en capacitar que en discapacitar. Los procesos discapacitantes aumentan las necesidades de las personas mayores

y llevan al aislamiento y la dependencia. Los procesos "capacitantes" restablecen la función y extienden la participación de las personas mayores a todos los aspectos de la sociedad.

Hay varios sectores que pueden promulgar políticas "favorables a los mayores" que eviten la discapacidad y permitan participar plenamente en la vida de la comunidad a quienes sufren discapacidades. Por ejemplo, los gobiernos municipales pueden proporcionar calles bien iluminadas para pasear por ellas con seguridad y sistemas de transporte adecuados. Los servicios de ocio pueden ofrecer programas de ejercicios que ayuden a las personas mayores a mantener la movilidad o recuperar la fuerza en las piernas que necesitan para tener movilidad.

Figura 5. Capacidad funcional durante el ciclo vital



La capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, terminado con un declive. Sin embargo, el declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta —tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta— y con factores externos y medioambientales. El gradiente de declive puede llegar a ser tan profundo que dé lugar a una discapacidad prematura. Sin embargo, se puede influir sobre la aceleración del declive y hacerla reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como políticas.

* Los cambios en el ambiente pueden reducir el umbral de discapacidad, disminuyendo así el número de personas con discapacidad en una comunidad dada.

El sector educativo puede ofrecer durante toda la vida programas de aprendizaje y alfabetización. Los servicios sociales pueden ofrecer ayudas auditivas o instrucciones en el lenguaje de signos que permitan a las personas mayores con dificultades auditivas continuar comunicándose con los demás. El sector sanitario puede proporcionar programas de rehabilitación e intervenciones rentables, como cirugía de cataratas y vacunas contra la gripe. Los gobiernos y los organismos internacionales pueden ofrecer planes de crédito y las empresas pueden modificar el entorno laboral para que las personas mayores puedan continuar percibiendo ingresos y participando en las actividades de desarrollo.

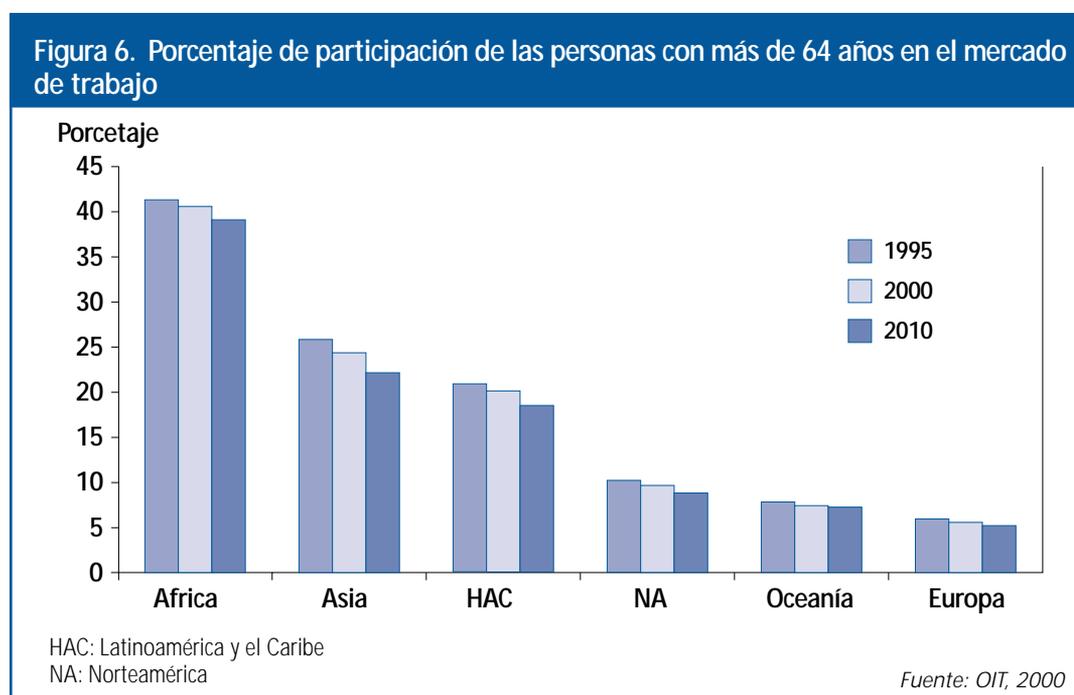
Los investigadores deben definir mejor y normalizar las herramientas usadas para evaluar la capacidad y la discapacidad y proporcionar a los dirigentes más pruebas sobre procesos de capacitación claves en un entorno más amplio, así como en la medicina y la sanidad. Es necesario prestar mucha atención a las diferencias de género en estos análisis.

Se necesita urgentemente apoyar la investigación relevante en los países menos desarrollados. En la

actualidad, los países con ingresos bajos y medios tienen un 85 por ciento de la población mundial y soportan el 92 por ciento de las enfermedades, pero sólo se benefician del 10 por ciento del gasto mundial en investigación sanitaria (OMS, 2000).

Desafío n° 3: La modificación de un paradigma desfasado

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma desfasado no reflejan la realidad. De hecho, la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y siguen siendo autónomos ya muy ancianos. Sobre todo en los países en vías de desarrollo, continúan trabajando en trabajos remunerados y no remunerados (véase la figura 6 para el trabajo remunerado). En todos los países, las actividades de voluntariado protagonizadas por las personas mayores constituyen una importante contribución a la sociedad.

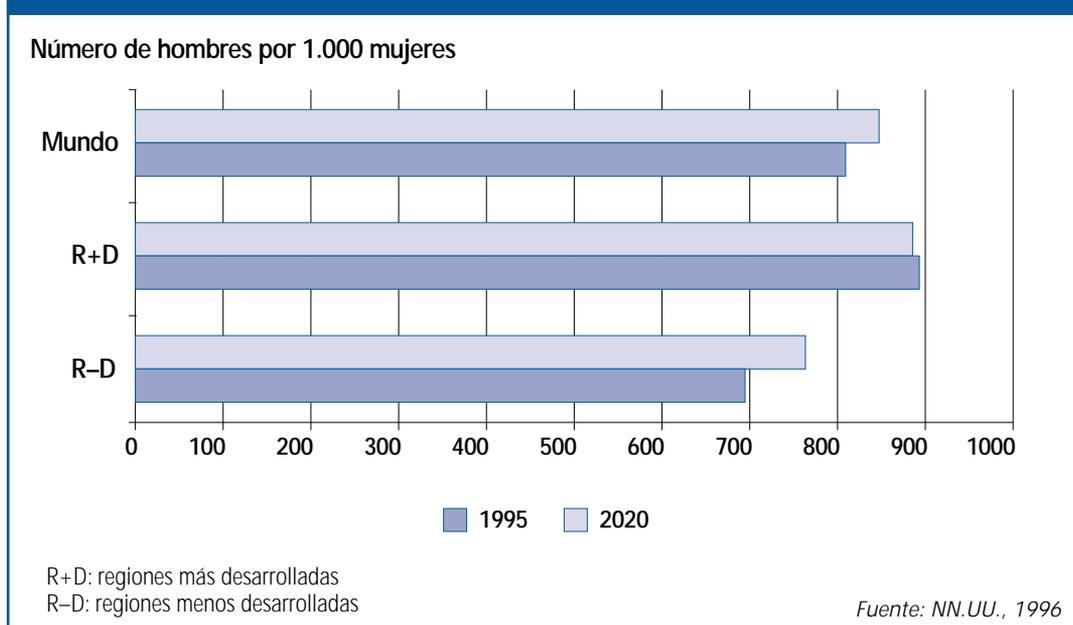


El comienzo de la enfermedad y el declive funcional relacionado con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse a cualquier edad. Por ejemplo, un aumento modesto de la actividad física o dejar de fumar, incluso a una edad avanzada, pueden reducir de manera significativa el riesgo de cardiopatía. Los cambios “favorables al envejecimiento” en el ámbito laboral (como pasar de un trabajo agrícola agotador a tareas más llevaderas) y en la comunidad (como instalar semáforos que den a los mayores más tiempo para cruzar la calle) permiten que dichos mayores con discapacidad sigan siendo personas autónomas y productivas.

Ha llegado el momento de instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas mayores participantes activos de una sociedad que integra el envejecimiento y que considere a dichas personas contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Un paradigma tal asume un enfoque intergeneracional que reconoce la importancia de las relaciones familiares y la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros y las generaciones en una familia. Fortalece la idea de “una sociedad para todas las edades”, el lema del Año Internacional de las Personas mayores de las Naciones Unidas (1999). También desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. El nuevo paradigma reclama programas que apoyen el aprendizaje a todas las edades y permita a la gente entrar o salir del mercado laboral para asumir papeles de cuidadores en distintas épocas de su vida. Este enfoque defenderá la armonía entre las generaciones y proporcionará más seguridad a los mayores.

Figura 7. Proporción de géneros por regiones del mundo con 60 años y más, 1995 y 2020.



La proporción de géneros en las poblaciones con 60 años y más refleja la mayor proporción de mujeres que de hombres en todas las regiones del mundo, sobre todo en las regiones más desarrolladas.

Desafío n° 4: La feminización del envejecimiento

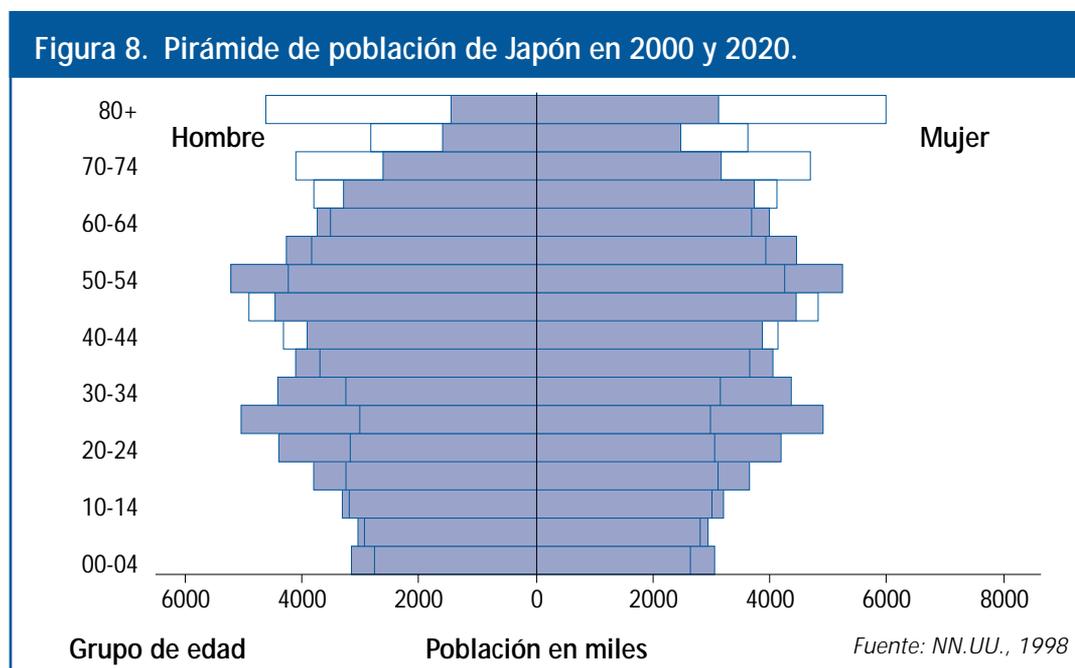
Las mujeres viven más tiempo que los hombres en casi todas las áreas del mundo. Por ejemplo, en Europa, y en 1995, por cada 1.000 mujeres había 657 hombres en el grupo de edad de 60 años y más. Globalmente, en las regiones desarrolladas había 893 hombres mayores por cada 1.000 mujeres mayores (véase la figura 7).

Las mujeres constituyen, aproximadamente, dos tercios de la población mayor de 75 años en Brasil y Sudáfrica. Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, es más probable que sufran violencia doméstica y discriminación a la hora de acceder a la educación, los ingresos, la alimentación, a un trabajo gratificante, la atención sanitaria, la herencia, las medidas de seguridad social y el poder político. Este cúmulo de desventajas implica que las mujeres sean más susceptibles de conocer la pobreza y la discapacidad en la vejez al. Su condición

social inferior da pie a descuidar o ignorar la salud de las mujeres mayores.

Las mujeres tienen también más posibilidades que los hombres de llegar a la vejez, cuando son más frecuentes las discapacidades y numerosos problemas de salud. A los 80 años y por encima de esta edad, el promedio mundial es de menos de 550 hombres por cada 1.000 mujeres. En las regiones más desarrolladas, las mujeres mayores de 80 años son numéricamente más del doble que los hombres (véase el ejemplo de Japón en la figura 8).

Debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres y la tendencia de los hombres a casarse con mujeres más jóvenes y volver a casarse si sus esposas fallecen, las viudas superan espectacularmente a los viudos en todos los países. Por ejemplo, en los países de Europa Oriental en transición económica, más del 70 por ciento de las mujeres con 70 años y más son viudas (Botev, 1999).



En contraste con la forma de pirámide, la estructura de la población japonesa ha pasado a una forma de cono debido al envejecimiento de la población. Para el año 2020, la forma será similar a una pirámide invertida, siendo las personas mayores con 80 años o más, el mayor grupo de población. La feminización de la vejez es muy visible.

Las mujeres mayores que viven solas son muy vulnerables a la pobreza y al aislamiento social. En algunas culturas, las actitudes y prácticas degradantes y destructivas con respecto a los derechos de enterramiento y a la herencia pueden despojar a las viudas de sus propiedades y posesiones, arrebatarles la salud e independencia y, en algunos casos, sus propias vidas.

El papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia puede contribuir también al aumento de la pobreza y la enfermedad en la vejez. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para desempeñar tareas relacionadas con los cuidados. Otras, al desempeñar tareas durante toda la jornada como cuidadoras sin remuneración —ocupándose de los niños, los padres ancianos, los esposos que están enfermos y los nietos—, nunca tienen acceso a un empleo remunerado. Por tanto, el cuidado de la familia a menudo se logra en detrimento de la seguridad económica y la buena salud de la cuidadora en su vida futura.

Quizá el ejemplo más dramático de cómo las tareas de cuidados afectan a las vidas y la salud de las mujeres sea su situación actual en los países con una gran incidencia de VIH y SIDA. Numerosos estudios han demostrado que la mayoría de los hijos adultos con SIDA regresan a sus hogares para morir. Esposas, madres, tías, hermanas, cuñadas y abuelas asumen la mayor parte de los cuidados. En muchos casos, estas mujeres asumen a su vez los cuidados de sus nietos huérfanos.

Desafío n° 5: La ética y las desigualdades

A medida que la población envejece, se perfilan una serie de consideraciones éticas. Están vinculadas con la asignación de los recursos, las decisiones sobre cómo intervenir relacionadas con la aceleración o el retraso indebido de la muerte, la investigación y manipulación genética y una multitud de dilemas asociados con los cuidados de larga duración y los derechos humanos de las personas mayores pobres y con discapacidad. El apoyo, la toma de decisiones éticas y la defensa de los derechos de todas las personas mayores deben ser estrategias fundamentales en cualquier planificación para el envejecimiento.

La exclusión y el empobrecimiento de las personas mayores suele ser fruto de las desigualdades estructurales de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria y las que se basan en el género y la raza están relacionadas de manera crítica con la situación y el bienestar de la vejez. Para las personas mayores que son pobres, las consecuencias de estas primeras experiencias se empeoran aún más al verse excluidas posteriormente de la atención sanitaria, los sistemas de crédito, las actividades que generan ingresos y la toma de decisiones.

Los medios para que las personas mayores logren dignidad y autonomía, reciban atención y participen en cuestiones cívicas no están, en muchos casos, a su disposición inmediata. Estas condiciones suelen ser peores cuando dichas personas viven en zonas rurales y en situaciones de conflicto o desastres humanitarios.

Tabla 2. Porcentaje de población por debajo de los límites internacionales de pobreza en países seleccionados

| País | Población (millones) | Porcentaje con < 1 PPA* dólar/día | Porcentaje con < 2 PPA dólar/día |
|-----------|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| China | 1,278 | 22% | 58% |
| India | 1,014 | 53% | 89% |
| Indonesia | 212 | 12% | 59% |
| Brasil | 170 | 24% | 44% |
| Nigeria | 111 | 31% | 60% |
| Etiopía | 63 | 46% | 89% |
| Tailandia | 61 | <2% | 24% |

**PPA: Paridad del poder de adquisición
Fuente: Banco mundial, 1998/99*

Las mujeres están generalmente en desventaja en cuanto a pobreza y exclusión a pesar de contribuir, en gran medida, a la supervivencia y el bienestar de las familias. Es esencial realizar esfuerzos especiales para garantizar la participación de las mujeres mayores en las iniciativas de desarrollo.

En todas las regiones del mundo, la riqueza y la pobreza relativas, el género, la posesión de bienes, el acceso al trabajo y el control de los recursos son factores clave en la situación socioeconómica. Datos recientes del Banco Mundial ponen de manifiesto que, en muchos países en vías de desarrollo, bastante más de la mitad de la población vive con menos de dos veces la paridad del poder adquisitivo (PPP) en dólares al día (véase la tabla 2).

De todos es conocido que la situación socioeconómica y la salud están estrechamente relacionadas. En todas partes, los pobres de cualquier edad sufren más discapacidades y muertes más prematuras, y los muy pobres son los que más sufren. A medida que se sube un peldaño en la escala socioeconómica, la gente vive más años y su vida es más sana (Wilkinson, 1996).

En los últimos años, las distancias entre ricos y pobres y las consiguientes desigualdades en su salud han ido creciendo en todos los lugares del mundo (Lynch y cols., 2000). Un fracaso al abordar este problema tendrá graves consecuencias sobre la economía mundial y el orden social, así como sobre cualquier sociedad, considerada individualmente, y las personas de cualquier edad.

3. El envejecimiento activo: concepto y justificación

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término “envejecimiento activo” para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores y sectores, además de la mera atención sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones. Otros organismos internacionales, círculos académicos y grupos gubernamentales (entre los que se incluyen el G8, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la Organización Internacional del Trabajo y la Comisión de las Comunidades Europeas) están usando también el término “envejecimiento activo”, principalmente para expresar la idea de una implicación continua en actividades socialmente productivas y en un trabajo gratificante.

Por tanto, el vocablo “activo” hace referencia a una implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Las personas mayores que estén enfermas o tengan limitaciones físicas como consecuencia de discapacidades pueden seguir colaborando activamente con sus familias, sus semejantes, en el ámbito comunitario y nacional.

Mantener la autonomía —la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria— es un objetivo primordial tanto para las personas como para los responsables políticos. La salud, el factor clave de la autonomía, posibilita una experiencia de envejecimiento activo.

El envejecimiento activo como acercamiento para el desarrollo de políticas y programas ofrece la posibilidad de afrontar todos los retos de las personas y poblaciones que están envejeciendo. Por último, permite a las personas mayores mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, a la vez que les proporciona protección y cuidados adecuados cuando necesiten ayuda. Sólo cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo, las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo será posible que:

- menos adultos mueran prematuramente en las etapas más productivas de la vida
- menos personas mayores sufran discapacidades y dolores relacionados con enfermedades crónicas
- más personas mayores sigan siendo independientes y disfruten de una calidad de vida positiva
- más personas mayores sigan colaborando productivamente en la economía y ámbitos sociales, culturales y políticos importantes de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica y familiar
- menos personas mayores necesiten tratamientos médicos costosos y atención sanitaria (OMS, en preparación).

El envejecimiento activo como acercamiento postula el reconocimiento de los derechos humanos de los mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidados y realización de los propios deseos. Dicho acercamiento sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en las necesidades” (que asume que las personas mayores son objetivos pasivos) a otro “basado en los derechos”, que reconoce la titularidad de las personas mayores a derechos como la igualdad de oportunidades y al tratamiento en todos los aspectos de la vida y apoya asimismo su responsabilidad para poner en práctica la participación en el proceso político.

Las políticas y los programas para el envejecimiento activo defienden tanto una perspectiva del ciclo vital como la solidaridad intergeneracional. El niño de hoy es el abuelo o la abuela de mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de las limitaciones y oportunidades que tengan en los primeros años de su vida. Ellos y sus nietos están explícitamente vinculados en un contrato social de interdependencia entre generaciones.

Hay buenas razones económicas para poner en vigor políticas y programas que fomenten el envejecimiento activo, por lo que se refiere al aumento de la productividad y a menores costes de servicios sociosanitarios. Las personas sin discapacidad tienen menos impedimentos para conseguir un trabajo permanente. Utilizan menos los servicios médicos y necesitan menos recurrir a dichos servicios. Debido al descenso en las tasas de discapacidad entre 1982 y 1994 en los EE.UU., se calcula que los ahorros obtenidos sólo en servicios domiciliarios fueron de 17,3 billones de dólares en 1994 (Singer y Manton, 1998).

Es mucho menos costoso prevenir la enfermedad que curarla. Por ejemplo, se ha calculado que una inversión de un dólar en medidas que fomenten la actividad física moderada conlleva un ahorro de 3,2 dólares sólo en gastos médicos (Centro para el Control de las Enfermedades de los EE.UU. y OMS, 1999). Esta misma actuación fomenta también la interacción social, que está muy relacionada con la salud mental y el bienestar psicológico de las personas mayores.

El envejecimiento activo: papel del sector sanitario.

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que las políticas y los programas sanitarios:

- reduzcan la carga de discapacidades excesivas, sobre todo en las poblaciones pobres y marginales
- reduzcan los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumenten los factores que protegen la salud y el bienestar durante el ciclo vital
- desarrollen sistemas de atención primaria que destaquen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la provisión de cuidados rentables, equitativos y dignos a largo plazo
- respalden a otros sectores (como la educación, la vivienda y el empleo) y colaboren con ellos para efectuar cambios positivos en los amplios determinantes del envejecimiento activo y saludable (véase la sección siguiente).

4. ¿Qué determina el envejecimiento activo? 4.1. Comprensión de la evidencia empírica.

La salud y la productividad dependen de una diversidad de factores o “determinantes” que rodean a las personas, las familias y las naciones. Comprender la evidencia empírica de que disponemos sobre los determinantes del envejecimiento activo nos ayudará a diseñar políticas y programas que funcionen.

Factores interrelacionados: el género y la cultura

El género y la cultura son determinantes “interrelacionados” del envejecimiento activo, ya que influyen sobre todos los demás determinantes. El género puede tener un efecto decisivo sobre factores como la condición social, el modo en que tienen acceso las personas mayores a la atención sanitaria, un trabajo

gratificante y una alimentación nutritiva. Los valores y las tradiciones culturales determinan, en gran medida, la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y si compartir el mismo techo con generaciones más jóvenes es la norma preferida o no lo es. Los factores culturales pueden influir también en las conductas personales y en la salud. Por ejemplo, la dieta mediterránea tradicional tiene un efecto protector contra varias enfermedades no contagiosas (OMS / Tufts, en preparación). Hay políticas acertadas que utilizan el género y la cultura como “lentes” a través de los cuales considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas y estimar cómo afectarán al bienestar de los distintos subgrupos de población.

Figura 9. Los determinantes del envejecimiento activo



Sistemas sanitarios y servicios sociales

Para fomentar el envejecimiento activo, es menester que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración. Tanto sanidad como servicios sociales han de estar integrados y ser equitativos y rentables.

La promoción de la salud consiste en un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud. Las actividades de prevención de enfermedades incluyen actividades para evitar y tratar enfermedades no contagiosas y lesiones (prevención primaria) y para detectar de manera precoz las enfermedades crónicas (prevención secundaria). Estas actividades reducen el riesgo de discapacidades dolorosas y costosas.

La OMS ha definido los cuidados de larga duración como "el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, logros personales y dignidad humana".

Por tanto, los cuidados de larga duración incluyen sendos sistemas de apoyo: formal e informal. Estos últimos pueden incluir una amplia gama de servicios sanitarios comunitarios y públicos, atención primaria, cuidados paliativos y rehabilitación, así como cuidados institucionales en viviendas, clínicas tuteladas, residencias, centros sociosanitarios, etc., y tratamientos para mejorar o retrasar el curso de la enfermedad y la discapacidad. Los servicios de salud mental deben formar parte de los cuidados de larga duración. Cada vez se reconoce más el escaso diagnóstico que reciben las enfermedades mentales, sobre todo la depresión, en las personas mayores. Sin embargo, los índices de suicidio en dichas personas indican la necesidad de un mayor reconocimiento y de adoptar más medidas.

Uno de los grandes desafíos de las políticas sanitarias consiste en encontrar un equilibrio entre el auto-

cuidado (personas mayores que son capaces de atenderse a sí mismas), el sistema de apoyo informal (miembros de la familia y amigos que ayudan a cuidar de las personas mayores) y los cuidados profesionales (servicios sociales y sanitarios).

En todo el mundo, los miembros de la familia (principalmente las mujeres) y los vecinos proporcionan la mayor parte del apoyo y los cuidados a los adultos más mayores que necesitan ayuda. Algunos responsables políticos temen que el hecho de proporcionar servicios de cuidados profesionales conlleve una menor implicación por parte de las familias. La investigación demuestra que esto no es así. Aunque se proporcionen servicios formales adecuados, el cuidado informal sigue siendo el protagonista y aliado fundamental (OMS, 1999).

La mayoría de la gente coincide en que el mejor lugar para cuidar a las personas mayores es su propio casa. Sin embargo, hay que ayudar a los cuidadores (que suelen ser mayores también) si se quiere que continúen prestando ayuda sin que ellos mismo caigan enfermos. Los cuidadores sanitarios y sociales en el domicilio, los programas de ayuda por parte de personas de la misma edad, los servicios de rehabilitación, los dispositivos de asistencia, servicios de respiro y los centros de día son todos ellos servicios importantes que permiten que los cuidadores informales sigan prestando ayuda a las personas mayores. Otras formas de apoyo son la formación, prestaciones de la seguridad social, ayudas para adaptar el hogar que haga posible a las familias cuidar de las personas mayores con discapacidad así como otras ayudas económicas.

Los cuidadores profesionales necesitan asimismo de formación y práctica sobre modelos que pongan de relieve la capacidad de la persona mayor atendida, que reconozca sus puntos fuertes y que le permita mantener la independencia incluso cuando están enfermas o en situación de fragilidad. Actitudes paternalistas por parte de los profesionales pueden acarrear efectos devastadores en la autoestima y autonomía de las personas mayores que solicitan sus servicios.

La igualdad de acceso y la rentabilidad son cuestiones clave para los sistemas sanitarios. En muchos países, las personas mayores que son pobres y viven en zonas rurales disponen de un acceso limitado a la

atención sanitaria necesaria o simplemente no acceden a ella. La reducción de ayuda pública para servicios de atención primaria en muchas áreas ha traído consigo un incremento del esfuerzo financiero e intergeneracional entre las personas y sus familias.

Cuando los servicios sanitarios y sociales se convierten en servicios disponibles y accesibles es frecuente que se trate de servicios fragmentados y sin coordinación, dando lugar a duplicidades y situaciones dis-

Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en todo el mundo

- **Enfermedades cardiovasculares** (como cardiopatía coronaria)
- **Hipertensión**
- **Accidente cerebrovascular**
- **Diabetes**
- **Cáncer**
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**
- **Enfermedades musculoesqueléticas** (como artritis y osteoporosis)
- **Enfermedades mentales** (principalmente, demencia y depresión)
- **Ceguera y alteraciones visuales**

Nota: las causas de discapacidad en la vejez son similares en mujeres y hombres, aunque las mujeres suelen comunicar más problemas musculoesqueléticos.
Fuente: OMS, 1998b

funcionales. Estos factores combinados con la falta de eficacia en la ayuda prestada y el uso incorrecto de tecnologías muy caras son los principales factores del incremento de los gastos sanitarios, y no el envejecimiento de la población per se.

La mayor parte de los gastos sanitarios de la vejez tienen lugar en los últimos años de la vida; sin embargo, estos costes disminuyen en los grupos que consiguen llegar a muy ancianos. Si las personas viven más años con menos discapacidades de las previstas, es probable que la terrible previsión de una "explosión de los gastos sanitarios" no se cumpla.

Factores económicos: los ingresos, el trabajo y la protección social

Tres factores en el ámbito económico tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

Los ingresos

Muchas personas mayores (sobre todo mujeres que viven solas y personas mayores que viven en zonas rurales) no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, los que carecen de pensión o subsidios de la seguridad social, o pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados. Los que no tienen hijos ni familiares corren el riesgo de quedarse sin hogar y conocer la indigencia. Por tanto, las políticas para el envejecimiento activo tienen que entrecruzarse con esquemas más amplios para reducir la pobreza y aumentar la implicación de las personas mayores en actividades que generen ingresos.

El trabajo

El reconocimiento de que es necesario apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores puedan aportar y aportan en la realización de trabajos remunerados, sin remunerar y voluntarios es cada vez mayor en todo el mundo.

En los países desarrollados no se toma conciencia del provecho potencial que conlleva animar a las personas mayores a trabajar más años. En los países menos desarrollados, es más probable que las personas mayores se vean obligadas a seguir económicamente activas en la vejez. Sin embargo, la industrialización y la movilidad del mercado de trabajo están poniendo en peligro gran parte del trabajo tradicional de las personas mayores, sobre todo en las zonas rurales. Los proyectos de desarrollo deben garantizar que las personas mayores puedan acogerse a planes de créditos y participar totalmente en actividades que generen ingresos.

Al concentrarnos sólo en el trabajo remunerado, tendemos a ignorar la valiosa contribución de las personas mayores en trabajos no remunerados del sector informal (por ejemplo, actividades a pequeña escala y de empleo por cuenta propia y trabajos domésticos) y en el hogar. Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las personas mayores suelen asumir la responsabilidad principal de llevar la casa y cuidar de los niños para que los adultos más jóvenes puedan salir a trabajar fuera.

Son muchas las personas mayores con pericia y experiencia que trabajan como voluntarios en colegios, comunidades, instituciones religiosas, empresas y organizaciones sanitarias y políticas en todos los países. Se trata de actividades que deben fomentarse en la medida que el trabajo voluntario beneficia a las personas mayores aumentando sus contactos sociales y su bienestar mental a la vez que realizan una valiosa contribución a sus comunidades y naciones.

La protección social

Las familias prestan casi toda la ayuda a las personas mayores que necesitan apoyo en todos los países del mundo. Pero a medida que las sociedades se desarrollan y el hecho de que varias generaciones compartan el mismo techo deja de ser una práctica habitual, se exige a los países que protejan más a aquellos de sus mayores que no puedan ganarse la vida o conozcan la soledad o la vulnerabilidad. En los países en vías de desarrollo, las personas mayores que necesitan asistencia tienden a confiar en el apoyo familiar, asistencia de servicios informales y sus ahorros personales. Los programas de seguros sociales son muy escasos y, en algunos casos, redistribuyen los ingresos a una elite, un sector de población que cuenta con menos necesidades.

En algunos países como Sudáfrica y Namibia, dos países pobres que disponen de un sistema de pensiones, este tipo de seguros sociales constituyen una de las principales fuentes de ingresos para toda la familia, así como para los adultos de edad más avanzada.

El dinero de estas pequeñas pensiones se destina a la compra de comida para el hogar, llevar a los niños al colegio, invertir en tecnologías agrícolas y garantizar la supervivencia para toda la familia.

Considere esto...

- Los estudios han mostrado que las personas mayores con ingresos bajos tienen una probabilidad tres veces mayor de desarrollar una gran actividad que los que tengan ingresos elevados (Guralnick y Kaplan, 1989).
- Cuando el desempleo es elevado, se tiende a observar una reducción en el número de trabajadores mayores como forma de crear empleos para los jóvenes. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que recurrir a la jubilación temprana para liberar nuevos trabajos para los desempleados no ha sido una solución eficaz (OCDE, 1998).
- En países donde se ha estudiado empíricamente el trabajo voluntario en todos los grupos de edad, se calcula que la contribución oscila entre el 8 y el 14 por ciento del producto nacional bruto (Voluntarios de Naciones Unidas, 1999).

En los países desarrollados, las medidas de protección social pueden incluir las pensiones, los servicios en especie, los planes de pensiones de trabajo, los programas de contribución por encargo, los programas de incentivación del ahorro, los fondos de ahorro obligatorios y los programas de seguros de discapacidad, salud y desempleo. En los últimos años, las políticas de los países desarrollados se han reformado para fomentar un sistema de planes de pensiones heterogéneo que mezcla el apoyo estatal y privado para la seguridad en la vejez y anima a la productividad, a trabajar más años y a la jubilación gradual (OCDE, 1998).

Un enfoque equilibrado de la provisión de protección social y los objetivos económicos indica que las sociedades con voluntad de planificación pueden

permitirse envejecer. El desarrollo económico sostenido y las políticas eficaces del mercado de trabajo tienen en realidad un impacto más espectacular sobre la capacidad de la nación para proporcionar protección social que el envejecimiento demográfico en sí. El objetivo debe consistir en reconocer y aprovechar el talento y la experiencia de las personas mayores y garantizar un nivel de vida adecuado para ellas a la vez que fomentar los intercambios armoniosos entre las generaciones.

Factores del entorno físico

Un medio físico que tenga en cuenta a las personas mayores puede ser lo que determine que dichas personas sean dependientes o independientes. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor esté física y socialmente activa si puede ir andando con seguridad a casa de sus vecinos, acceder al transporte local y al parque. Personas mayores que viven en zonas inseguras o contaminadas son menos propensas a salir solas, y, por tanto, son más propensas al aislamiento y la depresión así como a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad.

Debe prestarse especial atención a las personas mayores que viven en zonas rurales, ya que tienen patrones de enfermedad distintos y disponen de pocos servicios de ayuda. La urbanización y la migración de los jóvenes en busca de trabajo pueden llevar a las personas mayores al aislamiento en zonas rurales con pocos medios de ayuda y poco o ningún acceso a los servicios sanitarios y sociales. A veces no pueden proseguir con las tareas del campo. Los agricultores mayores necesitan ayuda, acceso a planes de crédito y formación en nuevas técnicas que les permitan seguir viviendo y produciendo alimentos.

Una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los adultos. La situación, incluida la proximidad a los miembros de la familia, los servicios y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento.

Es un hecho que las personas mayores (sobre todo las mujeres) tienden cada vez más a vivir solas a escala planetaria. Las mujeres mayores suelen ser pobres, incluso en los países ricos, y pueden verse

obligadas a vivir en condiciones que no garantizan una protección adecuada o segura. En muchos países en vías de desarrollo, la proporción de personas mayores que viven en suburbios y chabolas está aumentando rápidamente debido a la migración de personas mayores a las ciudades para vivir con sus familiares más jóvenes. Las personas mayores que viven en estos núcleos urbanos presentan un riesgo elevado de aislamiento social y mala salud.

Situaciones de crisis y conflictos hacen especialmente vulnerables a las personas mayores desplazadas y es frecuente que no puedan alcanzar andando los campamentos de refugiados. Incluso aunque lleguen a dichos campamentos les puede resultar difícil hallar cobijo y comida, sobre todo a las viudas mayores, cuando la distribución de recursos fluye a través de un sistema cuyo control es predominantemente masculino.

Considere esto...

- Alrededor del 60 % de las personas mayores del mundo viven en zonas rurales (NN.UU., 1998).
- Las lesiones resultantes del atropello de peatones por coches tienden a ser más importantes en las personas mayores que en cualquier otro grupo de edad (Lilley y cols., 1995).

Son numerosos los países desarrollados donde la vivienda tutelada para personas mayores, que incluye servicios de asistencia pero no cuidados de enfermería, se ha convertido en una alternativa política importante. Hay estudios que demuestran que aquellos mayores que residen en viviendas asistidas son susceptibles de tener el mismo nivel de discapacidad que aquellos otros que residen en una clínica, siendo el uso de las viviendas asistidas una alternativa rentable a que vivan al abrigo de clínicas inadecuadas (Gnaedinger, 1999).

El medio físico-ambiental entraña riesgos que pueden provocar lesiones debilitantes y dolorosas en las personas mayores. Las más habituales son lesiones cuya causa son las caídas, el fuego o los accidentes de tráfico. Las consecuencias de las lesiones sufridas en la vejez son más graves que las que ocurren entre los jóvenes. Con lesiones de la misma gravedad, las personas mayores sufren una mayor discapacidad, estancias hospitalarias más prolongadas, y es más probable que ulteriormente sean personas dependientes o que fallezcan. La gran mayoría de las lesiones se pueden evitar; sin embargo, la perspectiva tradicional que identifica las lesiones con los "accidentes" ha dado lugar a un desprecio histórico de esta cuestión en la sanidad pública.

Factores personales

La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores personales fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de 70 años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de 30 años que no se mantiene en forma.

Durante el proceso de envejecimiento, algunas capacidades intelectuales (tales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. Es frecuente que el declive del rendimiento cognitivo se desencadene por la falta de uso (falta de prác-

tica), factores conductuales (como el consumo de alcohol) así como factores psicosociales (falta de motivación, falta de confianza, aislamiento y depresión) más que por el envejecimiento per se.

La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas (diabetes, cardiopatía, enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres) varía considerablemente entre las personas. Para la mayoría de ellas, vivir sin enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual de la herencia genética y de sus conductas personales, cómo hacen frente a la vida cotidiana y del entorno físico, social y económico.

Adaptarse con éxito a la vida una vez superados los 60 años requiere que se sea flexible y adaptable. La mayoría de la gente mantiene su capacidad de adaptación en la vejez y los mayores no difieren mucho de los jóvenes en su capacidad para enfrentar los problemas cotidianos. Las personas mayores que se adaptan bien a las pérdidas y a los cambios tienden a tener un autocontrol, una actitud positiva y están convencidos de poder conseguir sus propósitos (autoeficacia).

Factores conductuales

Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y sin embargo, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez desmienten esta idea y pueden evitar las enfermedades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida.

La actividad física

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas en las personas mayores sanas o con enfermedades crónicas. Mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. El hecho de mantenerse activas puede ayudar a las personas mayores a continuar con sus actividades de la vida diaria de la forma más independiente posible y durante el mayor período de tiempo. También se obtienen ventajas económicas cuando las personas mayores están físicamente activas. Los gastos médicos se reducen considerablemente cuando las personas mayores se mantienen activas (OMS, 1998a).

A pesar de todo, una gran proporción de personas mayores lleva una vida sedentaria en la mayoría de los países. Poblaciones con ingresos bajos, minorías étnicas y personas mayores con discapacidades son las que tienen una mayor probabilidad de estar inactivas. Las políticas y los programas deben animar a las personas mayores sedentarias a estar físicamente más activas y proporcionarles oportunidades para ello. Es especialmente importante ofrecerles áreas de paseo seguras, así como apoyarles en actividades comunitarias que sean culturalmente apropiadas y que estén organizadas y dirigidas por las propias personas mayores. El consejo profesional de “pasar de no hacer nada a hacer algo” y los programas de rehabilitación física que ayudan a las personas mayores a recuperarse de los problemas de movilidad son, a la vez, eficaces y rentables.

En los países menos desarrollados, puede aparecer el problema contrario. En estos países, las personas mayores pueden verse implicadas en trabajos físicos agotadores y en tareas que pueden acelerar las discapacidades y causar lesiones. Los esfuerzos por promover la salud en estas áreas deben dirigirse a aliviar las tareas repetitivas y agotadoras así como a realizar ajustes en los movimientos físicos peligrosos en el trabajo, a fin de reducir las lesiones y el dolor.

La alimentación sana

La nutrición incorrecta de las personas mayores incluye tanto la desnutrición (principalmente en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías (sobre todo en los países desarrollados, en los países en transición y en los países en vías de desarrollo que estén experimentando una rápida urbanización y la transición de enfermedades contagiosas a no contagiosas). La nutrición incorrecta puede ser causada por el acceso limitado a los alimentos, la pérdida de los dientes, las penurias socioeconómicas, las situaciones de emergencia, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, elegir mal los alimentos (por ejemplo, comer comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, y una falta de actividad física.

El consumo excesivo de calorías aumenta considerablemente el riesgo de las personas mayores a sufrir enfermedades crónicas y discapacidades. La obesidad y una dieta rica en grasas están estrechamente relacionadas con diabetes, cardiopatía, hipertensión, artritis y algunos tipos de cáncer.

Una cantidad insuficiente de calcio y vitamina D provoca la pérdida de la densidad ósea en la vejez y un aumento de las fracturas de hueso dolorosas, costosas y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores.

El tabaquismo

Adultos jóvenes y mayores que fuman tienen más probabilidades que los no fumadores de sufrir discapacidades graves y fallecer prematuramente por enfermedades relacionadas con el tabaco. El tabaquismo puede reducir el efecto de los medicamentos necesarios. La exposición pasiva al humo del tabaco puede ejercer también un efecto negativo sobre la salud de las personas mayores, sobre todo si sufren asma u otros problemas respiratorios.

La mayoría de los fumadores comienzan en la juventud y rápidamente se hacen adictos a la nicotina del tabaco. Por tanto, los esfuerzos por evitar que los niños y los jóvenes empiecen a fumar deben ser una estrategia fundamental en el control del tabaco. Al mismo tiempo, es importante reducir la demanda de tabaco entre los adultos (mediante medidas generales como los impuestos y las restricciones en la publicidad) y ayudar a los adultos de todas las edades a abandonarlo.

Considere esto...

- La actividad física moderada y periódica reduce el riesgo de muerte cardíaca entre un 20 y un 25 por ciento en las personas con enfermedades coronarias crónicas (Merz y Forrester, 1997). Puede reducir considerablemente la gravedad de las discapacidades relacionadas con la cardiopatía y otras enfermedades crónicas (Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU., 1996).
- Al avanzar la edad, ciertos nutrientes dejan de ser bien absorbidos y las necesidades energéticas disminuyen debido al declive de la tasa metabólica basal. Por tanto, es especialmente importante que las personas mayores coman una diversidad de alimentos ricos en nutrientes que sean culturalmente aceptables y estén disponibles en su región a precios asequibles.
- Los estudios han mostrado que el control del tabaco es muy rentable en los países con ingresos bajos y medios. En China, por ejemplo, un cálculo moderado indica que un aumento del 10 por ciento en los impuestos del tabaco reduciría el consumo en un 5 por ciento y aumentaría las rentas globales en un 5 por ciento. Este aumento de los ingresos sería suficiente para financiar un conjunto de servicios sanitarios esenciales para un tercio de los ciudadanos chinos más pobres (Banco Mundial, 1999).

Nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. Dejarlo en la vejez puede reducir considerablemente el riesgo de un ataque al corazón, accidentes cerebro-vasculares y cáncer de pulmón.

El alcohol

Aunque las personas mayores tienden a consumir menos alcohol que las jóvenes, los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan su predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol, entre las que se incluyen la desnutrición, las enfermedades hepáticas y las úlceras pépticas. Las personas mayores también presentan un mayor riesgo de caídas y lesiones relacionadas con el alcohol, así como demencia y los posibles peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos. Es menester que los servicios de tratamiento del alcoholismo se pongan a la disposición de las personas mayores y de los jóvenes.

Según una reciente revisión bibliográfica efectuada por la OMS, hay pruebas de que el consumo de pequeñas cantidades de alcohol (hasta un vaso al día) puede conllevar cierto grado de protección contra la cardiopatía coronaria y el ictus en las personas que superan los 45 años de edad. Sin embargo, en términos de mortalidad total excesiva, los efectos adversos de la bebida superan cualquier protección contra la cardiopatía coronaria, incluso en las poblaciones de alto riesgo (Jernigan y cols. 2000).

Los medicamentos

Puesto que las personas mayores tienen habitualmente problemas de salud crónicos, tienen una mayor probabilidad que la gente joven de necesitar y usar medicamentos (tradicionales, sin receta y con receta). En la mayoría de los países, las personas mayores con pocos ingresos tienen pocas posibilidades de acceder a un seguro médico que les proporcione medicamentos. En consecuencia, muchos se quedan sin ellos o se gastan una parte excesivamente grande de sus exiguos ingresos en fármacos.

En contraste, en los países más ricos a veces se prescriben demasiados medicamentos a los mayores

(sobre todo a las mujeres). Las enfermedades y las recaídas relacionadas con los fármacos son causas importantes de sufrimiento personal y costosos ingresos hospitalarios que podrían evitarse (Gurwitz y Avorn, 1991).

A medida que la población envejece, continuará aumentando la demanda de medicamentos que se usan para retrasar y tratar las enfermedades crónicas, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Esto exige un esfuerzo renovado para aumentar el acceso asequible a medicamentos básicos y seguros y para garantizar mejor el uso correcto y rentable de los fármacos actualmente en uso y de los nuevos. En este esfuerzo deben colaborar los gobiernos, los trabajadores sanitarios, los curanderos tradicionales, la industria farmacéutica, los empleados y las organizaciones que representan a las personas mayores.

Factores del entorno social

El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida y la protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez. La soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso de los mayores y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

Apoyo social

La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades. En la vejez es especialmente importante, ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un "grupo social más reducido". El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales y un aumento de las conductas que dañan la salud, como un consumo excesivo de alcohol y la inactividad física. En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores suelen tener menos redes sociales de apoyo

que las mujeres mayores. No obstante, en algunas culturas, las mujeres mayores que se quedan viudas son sistemáticamente excluidas de la sociedad central o, incluso, rechazadas por su comunidad.

Los dirigentes, las organizaciones no gubernamentales, la industria privada y los trabajadores sanitarios y sociales pueden ayudar a fomentar redes sociales para las personas mayores apoyando las sociedades tradicionales y los grupos comunitarios para ancianos, el voluntariado, la ayuda vecinal, el asesoramiento y las visitas de personas de la misma edad, los cuidadores familiares, los programas intergeneracionales y el tratamiento omnicompreensivo de los casos.

Educación y alfabetización

Niveles bajos de educación y alfabetización correlacionan con un mayor riesgo de discapacidad y muerte en las personas mayores, así como con mayores índices de desempleo.

La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse y seguir siendo independientes.

La investigación ha demostrado igualmente que los problemas laborales de los trabajadores mayores a menudo tienen su origen en una alfabetización relativamente escasa, y no en el propio envejecimiento. Para que los adultos mayores puedan seguir ocupados en actividades gratificantes y productivas, es necesaria una formación continua en el lugar de trabajo y oportunidades de aprendizaje durante toda la vida en la comunidad (OCDE, 1998).

Al igual que los jóvenes, los ciudadanos mayores necesitan de formación en las nuevas tecnologías agrícolas, la comunicación electrónica y otras recientes tecnologías. El autoaprendizaje, el aumento de la práctica y las adaptaciones físicas (como el uso de ordenadores con pantalla más grande) pueden compensar las pérdidas de agudeza visual, audición y memoria a corto plazo.

Las personas mayores pueden seguir siendo creativas y flexibles. Su experiencia y su sabiduría aportan

ventajas a la resolución de los problemas grupales el lugar de trabajo o en la comunidad.

Tender puentes para el aprendizaje entre generaciones facilita la mejor transmisión de valores culturales y fomentan la dignidad de todas las edades. La investigación demuestra que los jóvenes que aprenden con las personas mayores tienen actitudes más positivas y realistas sobre las generaciones mayores.

Violencia y abuso

Las personas mayores presentan un riesgo cada vez mayor de ser víctimas de violencia en tiempos de guerra y conflicto. En tiempos de paz, las personas mayores que son frágiles o viven solas pueden ser especialmente vulnerables a los delitos cometidos por desconocidos, como el robo, el asalto y el allanamiento de morada. Pero la forma más común de violencia contra las personas mayores (sobre todo las mujeres) es el "abuso de los mayores" cometido por los miembros de la familia o por otros individuos (como los cuidadores institucionales) que son bien conocidos por sus víctimas.

Según la Red Internacional para la Prevención del Abuso de los Mayores, el hecho de abusar de los mayores es "un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor". Se incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, así como el desprecio, y es notorio que este tipo de abuso se denuncia muy poco en todas las culturas. Se trata de una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.

La violencia doméstica y social contra las personas mayores es un problema para la justicia, la sanidad pública, el trabajo y el empleo y el desarrollo social. Para enfrentarse a esta violencia y reducirla se requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario que implique a la justicia, los funcionarios encargados de la aplicación de las leyes, los trabajadores sanitarios y sociales, los líderes sindicales, los líderes espirituales, las instituciones religiosas, las organizaciones de defensa y las propias personas mayores. También es necesario un esfuerzo continuo para aumentar la conciencia pública del problema y para modificar los valores que perpetúan las desigualdades de género y las actitudes discriminatorias contra los ancianos.

Considere esto...

- En Japón, las personas mayores que afirmaron carecer de contactos sociales fueron 1,5 veces más propensas a fallecer en los tres años siguientes que las que tenían más apoyo social. En los EE.UU., los estudios han mostrado que las personas mayores con un gran nivel de apoyo social (sobre todo de miembros de la familia) era más probable que se recuperasen tras la cirugía de cadera y se adaptasen con éxito al comienzo de la enfermedad crónica (OMS, en preparación).
- En todo el mundo, siguen existiendo tremendas desigualdades en las tasas de alfabetización entre hombres y mujeres. En 1995, en los países menos desarrollados el 31 por ciento de las mujeres adultas eran analfabetas, en comparación con el 20 por ciento de los hombres adultos (OMS, 1998b).
- En muchos países, las mujeres y los hombres mayores tienden a representar una gran proporción de ciudadanos analfabetos y tener un menor nivel educativo.
- El abuso de los mayores se produce en familias de todos los niveles económicos. Es probable que aumente en las sociedades que sufran una revolución económica y desorganización social, donde el delito y la explotación tienden a crecer.

5. La respuesta política

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales. En un mundo cada vez más intercomunicado, el hecho de no afrontar de manera racional y en cualquier parte del mundo los imperativos demográficos y los rápidos cambios de las pautas de enfermedades tendrá consecuencias socioeconómicas y políticas en todas partes. En el ámbito personal, cada uno de nosotros envejece con cada día que pasa. Por último, un enfoque colectivo del envejecimiento y de las personas mayores condicionará la forma en que nosotros, nuestros hijos y nuestros nietos experimentaremos la vida en los

años posteriores. El marco político requiere **medidas en tres pilares básicos:**

- *Salud e independencia.* Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen bajos, y los factores protectores son elevados, la gente disfruta de más años y más calidad de vida. Las personas mayores permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas. Habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios.

Figura 10. Un marco político para el envejecimiento activo



El marco político para el envejecimiento activo está guiado por los Principios de las Naciones Unidas para las Personas mayores (el círculo exterior). Éstos son independencia, participación, cuidados, realización de los propios deseos y dignidad. Las decisiones se basan en el entendimiento de cómo influyen los determinantes del envejecimiento activo sobre la manera en que envejecen las personas y las poblaciones (véase la figura 9, página 191). Se necesitan políticas de medidas dirigidas a estos determinantes en tres áreas: salud e independencia, productividad y protección.

- *Productividad.* Las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, del mercado de trabajo, del empleo, de la educación y de la sanidad apoyen su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, según sus capacidades, necesidades y preferencias.

- *Protección.* Cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y sus cuidados en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se ayuda a las familias en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

Objetivos de las políticas intersectoriales

Para lograr el envejecimiento activo se necesitarán medidas en una diversidad de sectores, entre los que se incluyen la sanidad, los servicios sociales, la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Todas las políticas tienen que apoyar la solidaridad intergeneracional e incluir objetivos específicos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y entre los distintos subgrupos dentro de la población de más edad. Es necesario prestar especial atención a las personas mayores pobres y marginadas y a las que viven en zonas rurales.

Propuestas políticas clave

1. Reducir la incidencia de factores de riesgo relacionados con las principales enfermedades y aumentar la incidencia de factores que protejan la salud y el bienestar durante todo el ciclo vital

- Desarrollar directrices culturalmente adecuadas y basadas en la población para la actividad física de los hombres y las mujeres mayores. Proporcionar oportunidades accesibles, agradables y asequibles para estar físicamente activos (por ejemplo, zonas de paseo seguras y parques) y apoyar a los líderes y grupos de personas de la misma edad que promuevan una actividad física regular y moderada para las personas mayores.
- Desarrollar directrices culturalmente apropiadas y basadas en la población para una alimentación sana de los hombres y las mujeres mayores y que puedan usarse como herramientas educativas y políticas. Fomentar mejores dietas y pesos saludables en la vejez, proporcionando información (incluida la que se ocupe específicamente de las necesidades nutricionales de las personas mayores), políticas de alimentación sana e intervenciones para mejorar la salud bucal en las personas mayores.
- Tomar medidas generales en el ámbito local, nacional e internacional para controlar la comercialización y el uso de productos del tabaco y proporcionar ayuda a las personas mayores para que dejen de fumar.
- Determinar el grado de abuso del alcohol, los medicamentos y otros fármacos por las personas mayores y aplicar prácticas y políticas para reducir el abuso y los hábitos de prescripción incorrectos.

- Ofrecer incentivos y formación a los profesionales sanitarios y sociales para que asesoren y orienten a las personas mayores en el cuidado propio positivo y en las prácticas de un estilo de vida saludable.
 - Reducir el riesgo de aislamiento social apoyando el fortalecimiento de la comunidad y los grupos de ayuda mutua, las sociedades tradicionales, la esfera de acción de las personas de la misma edad, las visitas vecinales y los cuidadores familiares.
 - Aprovechar las energías y aptitudes de las personas mayores, ayudándoles a la vez a fortalecer su autoeficacia y confianza, así como sus recursos para afrontar las tareas de la vida cotidiana y plantearse metas realistas.
 - Reconocer y apoyar la importancia de la salud mental y la espiritualidad en la vejez.
 - Incluir a las personas mayores en los esfuerzos de prevención y educación para reducir la propagación del VIH/SIDA.
- 2. Desarrollar sistemas sanitarios y de servicios sociales que destaquen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la provisión de cuidados a largo plazo rentables, equitativos y dignos**
- Formar a trabajadores sanitarios y sociales para que hagan posible la creación de modelos de atención primaria y cuidados a largo plazo que reconozcan los puntos fuertes y las contribuciones de las personas mayores.
 - Suprimir la discriminación por edad en los sistemas sanitarios y sociales.
 - Reducir las desigualdades en el acceso a la atención primaria y los cuidados de larga duración en las zonas rurales y aisladas, mediante el uso de soluciones tanto de alta tecnología (la telemedicina, por ejemplo) como de baja tecnología (por ejemplo, el apoyo a programas de prestaciones basadas en la comunidad).
 - Reducir las desigualdades en el acceso a los cuidados entre las personas mayores pobres rebajando o suprimiendo las cuotas de usuario de los sistemas de cuidados o proporcionando planes de seguros igualitarios para dichos sistemas.
 - Mejorar la coordinación de la atención primaria y los servicios sociales.
 - Proporcionar un enfoque omnicompreensivo de la atención a largo plazo que fomente la colaboración entre los sectores público y privado e implique a todos los niveles del gobierno, la sociedad civil y los sectores sin ánimo de lucro. Ayudar al sector informal mediante iniciativas tales como formación, asistencia temporal por personal eventual, créditos de pensiones, subsidios económicos y servicios de enfermería a domicilio.
 - Garantizar niveles de alta calidad y ambientes estimulantes en las instalaciones de los hogares residenciales. Proporcionar los servicios necesarios para atender a las personas mayores con demencia y otros problemas de salud mental así como problemas físicos.
 - Garantizar que todas las personas tengan el derecho a una muerte digna que respete sus valores culturales.
 - Aprobar políticas que permitan a las personas, siempre que se pueda, morir en el lugar que ellos mismos decidan, rodeados de las personas que elijan y liberándoles lo más posible del dolor.
 - Apoyar a los curanderos ancianos que tengan grandes conocimientos sobre las medicinas tradicionales y complementarias y animarles en su labor de transmisores de conocimientos.

3. Evitar y reducir la carga de las discapacidades excesivas, sobre todo en las poblaciones marginales

- Establecer objetivos específicos por género para mejorar las condiciones sanitarias de las personas mayores y reducir las discapacidades y la mortalidad prematura.
- Crear normativas y ambientes que sean favorables con las personas mayores y que prevengan situaciones que den pie al empeoramiento de las discapacidades.
- Favorecer la independencia continua de las personas con discapacidad, ayudándoles a adaptar el medio en el que viven, proporcionándoles servicios de rehabilitación y/o dispositivos de apoyo eficaces (por ejemplo, lentes correctores).
- Evitar las lesiones protegiendo a los peatones de más edad en el tráfico, haciendo que paseen con más seguridad, poniendo en práctica programas de prevención de caídas, eliminando los peligros en el hogar y proporcionando consejos sobre seguridad.
- Hacer tratamientos eficaces y rentables que reduzcan las discapacidades (como la eliminación de cataratas y las prótesis de cadera) y sean más accesibles para las personas mayores con pocos ingresos.
- Hacer que las personas mayores que necesiten medicamentos seguros e imprescindibles pero que no puedan costárselos puedan acceder a ellos de forma asequible.
- Fomentar el desarrollo de una gama de alternativas de viviendas para las personas mayores que elimine las barreras a la autonomía personal y favorezca la participación plena en la vida comunitaria y familiar.

4. Permitir la participación activa de las personas mayores en todos los aspectos de la sociedad

- Incluir a las personas mayores en la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de las iniciativas de desarrollo social, en los esfuerzos para reducir la pobreza y en los procesos políticos que afecten a sus derechos. Garantizar que las personas mayores tengan el mismo acceso que las jóvenes a las becas de desarrollo, a los proyectos que generen ingresos y a los programas de crédito.
- Promulgar políticas y programas de mercado de trabajo y empleo que permitan la participación de las personas mayores en trabajos gratificantes en idéntica proporción a la de otros grupos de edad, según sus necesidades individuales, preferencias y capacidades (por ejemplo, la eliminación de la discriminación por edad en la contratación y conservación de trabajadores mayores).
- Apoyar las reformas de pensiones que fomenten la productividad, un sistema heterogéneo de planes de pensión y alternativas de jubilación más flexibles (por ejemplo, la jubilación gradual o parcial).
- Proporcionar una mayor flexibilidad en los períodos dedicados a la educación, el trabajo y las responsabilidades de los cuidados durante el ciclo vital.
- Reconocer la contribución de las mujeres y los hombres mayores en los trabajos no remunerados del sector informal y en los cuidados domésticos.
- Reconocer el valor del voluntariado y ampliar las oportunidades para que las personas mayores participen en actividades de voluntariado que sean gratificantes, sobre todo quienes desean ser voluntarios pero no pueden debido a limitaciones de salud o transporte.

- Proporcionar políticas y programas de educación y formación que permitan a las personas mayores aprender durante toda la vida y emprender nuevas destrezas; especialmente en el terreno de las tecnologías de la información y en la agricultura.
- Proporcionar actividades intergeneracionales en los colegios y enseñar a los jóvenes en qué consiste el envejecimiento activo.
- Trabajar con los medios de información para proporcionar imágenes realistas y positivas del envejecimiento activo, así como información educativa para las personas mayores.

5. Mejorar la salud y aumentar la independencia proporcionando protección a las personas mayores, sobre todo en épocas difíciles

- Reconocer la importancia que tiene el VIH/SIDA en los mayores y proporcionar el apoyo económico y sanitario necesario a otras personas mayores que cuiden a miembros de su familia en estado terminal y a nietos huérfanos.
- Promulgar normativas de seguridad laboral que protejan a los trabajadores mayores de las lesiones y promulgar igualmente la adaptación del medio laboral formal e informal para que los trabajadores mayores puedan continuar trabajando de forma productiva y segura.
- Defender el derecho de los mayores a tomar sus decisiones según su criterio, incluso cuando estén debilitadas.
- Apoyar la provisión de una red de seguridad social para las personas mayores pobres que estén solas, así como iniciativas de protección social que mejoren la calidad de vida.
- Proteger a los consumidores mayores de medicamentos y tratamientos inseguros.
- Reconocer explícitamente el derecho y la necesidad de las personas mayores a tener un refugio seguro y apropiado, sobre todo en tiempos de conflicto y crisis. Proporcionar ayuda en la vivienda a las personas mayores cuando sea necesario (prestando especial atención a los que viven solos) a través de subsidios de alquiler, iniciativas de viviendas en cooperativa, ayudas para renovar una vivienda, etc.
- Reconocer específicamente la necesidad de proteger a las personas mayores en situaciones de emergencia, y obrar en consecuencia (por ejemplo, proporcionando el transporte a los centros de ayuda a quienes no puedan caminar hasta ellos). Reconocer la contribución que pueden hacer las personas mayores para recuperarse de las secuelas de una situación de emergencia e incluirles en las iniciativas de recuperación.
- Reconocer los delitos cometidos contra las personas mayores durante la guerra y llevar a juicio a los criminales.
- Promulgar leyes que protejan a las viudas del robo de sus propiedades y posesiones y de prácticas dañinas como los rituales de enterramiento o prácticas de brujería que ponen en peligro su salud.
- Reconocer como delito el abuso de los mayores (abuso físico, psicológico, económico y de desprecio) e instar al procesamiento de los acusados. Formar a los encargados de aplicar las leyes, profesionales sanitarios y sociales, líderes espirituales, organizaciones de defensa y grupos de personas mayores para que reconozcan este abuso y se ocupen de él.
- Aumentar la toma de conciencia de lo injusto que es abusar de los mayores (sobre todo la violencia doméstica contra las mujeres mayores y viudas) mediante campañas de información pública y de concienciación. Involucrar a los medios de información y a los jóvenes, así como a las personas mayores, en estos esfuerzos.

6. Fomentar la investigación y compartir los conocimientos

- Aclarar y popularizar el término “envejecimiento activo” a través del diálogo, la discusión y el debate en la arena política, los foros públicos y los medios de comunicación (programas de radio y televisión).
- Ayudar a los países en vías de desarrollo en la recogida y análisis de la información pertinente para elaborar políticas sobre el envejecimiento de la población.
- Publicar análisis más detallados de los hechos relacionados con los distintos determinantes del envejecimiento activo y de cómo interactúan, del enfoque del ciclo vital para comprender la vejez y de las políticas y los programas específicos que tengan éxito al fomentar el envejecimiento activo.
- Implicar a las personas mayores en los esfuerzos para desarrollar agendas de investigación sobre el envejecimiento activo, en calidad tanto de asesores como de investigadores.
- Difundir los resultados de los trabajos de investigación fiables sobre envejecimiento, de forma que puedan entenderse fácilmente y ser usados por los responsables políticos, los medios de información, los grupos de personas mayores y el público en general.

La importancia del diálogo internacional

Con el lanzamiento del Plan Internacional de Medidas para el Envejecimiento, la Asamblea General de las NN.UU. sobre Envejecimiento (1982) marcó el punto de inflexión en la toma de conciencia de los desafíos que supone un mundo que envejece. En abril de 2002, la Segunda Asamblea Mundial de las NN.UU. sobre envejecimiento se celebrará en Madrid, España, dicha asamblea adoptará un plan de acción internacional revisado sobre el envejecimiento.

La OMS está preparada para contribuir a este proceso proporcionando un marco para el debate en el desarrollo de una estrategia global sobre el envejecimiento y la salud.

Se espera que el marco proporcionado en este documento favorezca el debate sobre las alternativas políticas para conseguir la salud y la independencia, la productividad y la protección de las personas mayores. Dicho marco está pensado para promover el intercambio de experiencias entre los países y contribuir a la elaboración de recomendaciones relacionadas con la salud y el bienestar en el plan de acción revisado. Las sugerencias y comentarios sobre este marco serán bienvenidos.

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Promoción de la Salud
Prevención y Vigilancia de las Enfermedades
No Contagiosas

20 Avenue Appia
 CH-1211 Ginebra 27
 Suiza
 Fax: +41-22-791 4839
 Correo electrónico: activeageing@who.int

6. Referencias bibliográficas

- Botev N (1999). "Older persons in countries with economies in transition." *Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*. Fondo de Población de las NN.UU. y Centro de Estudios CBGS de la Población y la Familia. Nueva York: Fondo de Población de las NN.UU.
- Gnaedinger N (1999). "Supportive housing for seniors in the new millennium: a position paper". *Seniors' Housing Update*, Centro de Investigación Gerontológica, Universidad Simon Fraser, 9(1):1-11.
- Guralnick JM y Kaplan G (1989). "Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Public Health*, 79:703-8.
- Gurwitz JH y Avorn J (1991). "The ambiguous relationship between aging and adverse drug reactions". *Annals of Internal Medicine*, 114: 956-66.
- HelpAge International (1999). *The Ageing and Development Report*. Londres: Earthscan Publications Ltd.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2000). *Income security and social protection in a changing world*. Informe de Trabajo Mundial. Ginebra
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 78 (4) p. 491ff
- Lilley JM, Arie T, Chilvers CED (1995). "Accidents involving older people: a review of the literature". *Age and Ageing* 24:346-65.
- Lynch, JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS (2000). "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions". *British Medical Journal*, 320:1200-04.
- Merz CN y Forrester JS (1997). "The secondary prevention of coronary heart disease". *American Journal of Medicine*, 102:573-80.
- Murray C y Lopez A. (1996) *The Global Burden of Disease*. Oxford University Press
- OCDE (1998). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- Singer, B y Manton, K (1998). "The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 23:321-35.

Base de datos de la Población de las NN.UU. (revisión de 1996). *The Sex and Age Distribution of the World Populations*. Nueva York: Publicación de las NN.UU. n° E 98.XIII.2.

NN.UU. (1998). Base de datos de la Población (actualizada)

Voluntarios de las NN.UU. (1999). *Expert Working Group Meeting on Volunteering and Social Development*. Nueva York: Voluntarios de las NN.UU.

Centros para el Control de las Enfermedades de los EE.UU. y OMS (1999). *Report from a Workshop on the Economic Benefits of Physical Activity / Burden of Physical Inactivity*, Asheville, Carolina del Norte.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (1999). *An Ounce of Prevention... What Are the Returns?* Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Centros de Control y Prevención de las Enfermedades.

Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU., (1996). *Guide to Clinical Preventive Services*, 2ª edición. Baltimore: Williams and Wilkins.

Wilkinson RG (1996). *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. Londres: Routledge.

OMS (1998a) *Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life*. Prepared by Heikkinen, R.L. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (1998b). *Life in the 21 st Century: A Vision For All (World Health Report)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (1999). *Home-Based and Long-Term Care. Home Care Issues and Evidence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2000). *Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (en preparación). *Active Ageing: From Evidence to Action*. Para obtener una copia de esta monografía, solicítela por correo electrónico a: activeageing@who.int o por fax al número: +41-22-791 4839

OMS / Universidad Tufts (en preparación). *WHO / Tufts Consultations on nutritional guidelines for the elderly*. Informe procedente de un congreso celebrado en Boston, EE.UU., del 26 al 29 de mayo de 1998

Banco Mundial: Informe del Desarrollo Mundial, 1998/99.

Banco Mundial (1999). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: Banco Mundial

La OMS y el envejecimiento

En respuesta a los desafíos globales de la población que envejece, la OMS lanzó un nuevo programa sobre el envejecimiento y la salud en 1995, diseñado para avanzar en el estado del conocimiento sobre la atención sanitaria en la vejez y la gerontología mediante la formación especial y los trabajos de investigación, la difusión de la información y el desarrollo de políticas.

Las perspectivas del programa se centran en lo siguiente:

- enfocarse en el proceso del envejecimiento saludable y la promoción de la salud a largo plazo;
 - respetar los contextos y las influencias culturales;
 - adoptar estrategias basadas en la comunidad, resaltando a ésta como el entorno fundamental para las intervenciones, teniendo en cuenta que muchos problemas de salud tienen que tratarse desde fuera del sector sanitario;
 - reconocer las diferencias de género;
 - fortalecer los vínculos entre las generaciones;
 - respetar y entender las cuestiones éticas relacionadas con la salud y el bienestar en la vejez.
- enfocar el envejecimiento como parte del ciclo vital en vez de aislar en categorías la promoción de la salud y la atención sanitaria para las personas mayores;

Agradecemos encarecidamente el apoyo prestado por Health Canada y la UNFPA a través de la Red Internacional de Ginebra sobre el Envejecimiento (GINA).

Diseño gráfico: Marilyn Langfeld

© Copyright Organización Mundial de la Salud, 2001
Este documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y todos los derechos están reservados por la Organización. Sin embargo, el documento puede revisarse, resumirse, reproducirse y traducirse libremente en parte o en su totalidad, pero no para la venta ni para uso conjunto con propósitos comerciales.

Las opiniones expresadas en los documentos por los autores nombrados son responsabilidad exclusiva de tales autores.

Por favor, envíe sus comentarios a:
Organización Mundial de la Salud
Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas
20 Avenue Appia, CH 1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41-22-791 4839
Correo electrónico: activeageing@who.int

Pendiente de revisión oficial por parte de la OMS, este documento ha sido vertido al castellano en el servicio de Documentación y Publicaciones del IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por Javier del Castillo Pintado, traductor adscrito a dicho servicio.



Primera edición: 2001

© Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2001

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría General de Asuntos Sociales
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 209-01-024-6
Depósito Legal: BI-2.705-01

Imprime: Grafo, S.A.