



MEDICIÓN DEL GRADO DE ADAPTACIÓN DE LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES

GUÍA PARA EL USO DE LOS INDICADORES BÁSICOS

MEDICIÓN DEL GRADO DE ADAPTACIÓN DE LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES

GUÍA PARA EL USO DE LOS INDICADORES BÁSICOS

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores: guía para el uso de los indicadores básicos.

1.Salud Urbana. 2.Envejecimiento. 3.Anciano. 4.Indicadores de Salud. 5.Calidad de Vida. I.Centro de la Organización Mundial de la Salud para el Desarrollo Sanitario (Kobe, Japón).

ISBN 978 92 4 350969 3

(Clasificación NLM: WA 380)

© Organización Mundial de la Salud, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

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

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

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

Diseño de Paprika

Impreso en Japón

ÍNDICE

I. Introducción	1
A. Iniciativas para adaptar las ciudades a las personas mayores: una respuesta a las tendencias convergentes de envejecimiento y urbanización	2
B. La función de un marco común e indicadores para promover ciudades adaptadas a las personas mayores.....	5
II. Objetivos	7
III. Proceso de desarrollo	9
IV. Marco para definir un conjunto de indicadores locales y una estrategia de medición del grado de adaptación de una ciudad a las personas mayores	11
A. Utilización del marco	14
1. Indicadores de la equidad	16
2. Indicadores de las aportaciones	17
3. Indicadores de los productos	17
4. Indicadores de los resultados	19
5. Indicadores de los impactos	21
B. Otras consideraciones para seleccionar y medir los indicadores.....	22
V. Indicadores básicos	25
A. Indicadores básicos: definiciones operacionales.....	28
1. Equidad.....	30
2. Accesibilidad del entorno físico.....	35
3. Carácter integrador del entorno social.....	41
VI. Indicadores complementarios	51
VII. Limitaciones del marco y los indicadores	63
VIII. Referencias	65
IX. Anexo 1: Proceso de elaboración de los indicadores de la guía	67
X. Anexo 2: Ejemplos de casos de adaptación local de los indicadores básicos	75
Ejemplo 1: Barriadas de Korogocho y Viwandani en Nairobi (Kenya) – Indicadores del entorno físico	77
Ejemplo 2: Bilbao (España) – Indicadores del entorno físico	82
Ejemplo 3: Banyule (Australia) – Indicadores del entorno social	87
Ejemplo 4: Distrito de Jing’an, Shanghai (China) – Indicadores del entorno social y la calidad de vida	94
Ejemplo 5: Washington, D.C. (Estados Unidos) – Indicadores de equidad.	99
XI. Anexo 3: Bibliografía anotada concerniente a publicaciones de investigación seleccionadas sobre aspectos metodológicos para la medición de la adaptación de las ciudades a las personas mayores	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marco para seleccionar un conjunto de indicadores de ciudades adaptadas a las personas mayores	13
Figura 2. Indicadores básicos de las ciudades adaptadas a las personas mayores	27
Figura 3. Proceso de desarrollo del marco de indicadores e indicadores básicos relativos a la adaptación de las ciudades a las personas mayores.....	70
Figura 4. Mapa de zonas próximas a una o más redes de transporte público en Bilbao (España), notificado en 2015. .	87

AGRADECIMIENTOS

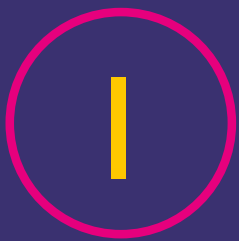
El presente documento se elaboró con las aportaciones de muchas personas e instituciones. El equipo del Centro de Kobe de la OMS (Director, Alex Ross), que dirigió el proyecto, estuvo integrado por Megumi Kano, Amit Prasad, Paul Rosenberg, Stephanie Steels, Kendra Dagg, Jane Yao, Mizuki Sata, Atsuko Ito, Lotte van der Weijst, Saiya Sheth, Janet Chow, y Sean Dalton. También colaboraron con la OMS: (Sede) John Beard, Lisa Warth, Somnath Chatterji, Jaclyn Kelly; (AFRO) Khadidiatou Mbaye, Léopold Ouedraogo; (AMRO/OPS) Enrique Vega, Linda Castagnola; (EMRO) Said Arnaout; (EURO) Manfred Huber, Josephine Jackisch; (SEARO) Kunal Bagchi, Lanka Dissanayake; y (WPRO) Anjana Bhushan, Britta Baer y Katrin Engelhardt.

Además, numerosos expertos externos efectuaron contribuciones. Debido al limitado espacio, solo se los menciona una vez, aun cuando hubiesen contribuido en múltiples aspectos del proceso de elaboración. En primer lugar, agradecemos a quienes participaron en una o más de las reuniones consultivas: Rowaida Al-Maaitah, Jeanne Anthony, Senarath Attanayake, Paola Bucciarelli, Pierre-Marie Chapon, Josh Collett, Damian Connolly, Kelly Fitzgerald, Clara Freire, Elaine Gallagher, Suzanne Garon, Sophie Handler, Rodney Harrell, Nadine Jodoin, Katsunori Kondo, Margaret Neal, Junichiro Okata, Heather Orpana, Dominique Paris-MacKay, Louise Plouffe, Sinead Shannon, Amy Veale, Longxuan Wang, y Asghar Zaidi.

En segundo lugar, a los expertos y trabajadores o representantes comunitarios que revisaron un proyecto anterior de la guía y contribuyeron al ensayo de los indicadores básicos: Isabella Aboderin, Mark Abraham, Marian Pérez de Albéniz, Laurie Brennan, Mary Buchanan, Brigid Butler, Grace Chan, Pui Hing Chau, Ho Yin Cheng, Lise Chislett, Bipin Choudhary, Francisco Dehesa, Alan De La Torre, Beatriz Gázquez Delgado, Xiaocang Ding, Silvia Gascón, Billie Giles-Corti, Mohammad Mehdi Golmakani, Arya Hamedanchi, Alan Hatton-Yeo, Kara Hayne, Maria José Sánchez Herrero, Leanne Horvath, Hua Fu, Shri Ravi Kant Kaushal, Hariklia Kessarlis, Seung-Hahn Koh, Gail Kohn, Shri Ashutosh Kumar, Nick Kushner, Sangchul Lee, Pierre-Olivier Lefebvre, Yanling Li, Byungwoo Lim, Vivian Lou, Juan Felix Madariaga, Abed Maleki, Fernando Morales Martínez, Bernard McDonald, Paul McGarry, Catherine McGuigan, Gulnara Minnigaleeva, Alyssa Norwood, Patricia Oh, Patricia Olivares, Debra O'Neill, Stefania Pascut, Mickael Pernin, Angélique Philipona, William Post, Virginie Poussier, Andrew Quick, Lisa Raywood, Nélide Redondo, Anne-Paule Roposte, Emiko Saito, Catherine Simcox, Shri Ram Nagina Singh, Smt Ritwesh Singh, Reza Fadaye Vatan, Yvonne Wells, Bruce Wilkerson, Guozhu Wu y Gianna Zamaro.

Agradecemos también a otras personas anónimas que ofrecieron sus valiosos puntos de vista y opiniones durante el proceso, especialmente los residentes de las comunidades que participaron en los estudios piloto.





INTRODUCCIÓN



INICIATIVAS PARA ADAPTAR LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES: UNA RESPUESTA A LAS TENDENCIAS CONVERGENTES DE ENVEJECIMIENTO Y URBANIZACIÓN

Actualmente, la población mundial está sometida a dos cambios demográficos históricamente significativos, a saber, el rápido envejecimiento, y la migración hacia las ciudades. En consecuencia, el número de personas mayores que viven en centros urbanos está aumentando extraordinariamente.

En la mayoría de los países, el grupo etario que más rápido crece es el de 60 años y más. Se prevé que el número de personas de ese grupo aumentará de 841 millones en 2013, a más de 2.000 millones en 2050, lo que supone que la proporción de ese grupo en todo el mundo pasará de 11,7% en 2013, a 21,1% en 2050 (1), o sea casi el doble. Los grupos de población de más edad también aumentan con mayor rapidez en los países y regiones menos adelantados del mundo que en las regiones más desarrolladas. Sorprendentemente, se prevé que, para 2047, el número de personas de 60 o más años superará el número de niños menores de 15 años en todo el mundo, por primera vez en la historia (1).

Los grupos de población urbana también aumentan constantemente en todo el mundo, y en mucho mayor número en las

regiones menos desarrolladas del mundo. En 2007, más de la mitad de la población mundial vivía en zonas urbanas (2). Se prevé que esa proporción aumentará al 70% para 2050 (3). Cada año, el número de habitantes de las ciudades se incrementa en casi 60 millones (4). Para 2050, la población urbana habrá aumentado de 3.400 millones a 6.300 millones, lo que representa casi una duplicación respecto de 2009 (2). En los próximos 30 años, la mayor parte de ese crecimiento de la población urbana se producirá en el mundo en desarrollo.

Dado que esos dos importantes cambios demográficos siguen afectando a numerosas partes del mundo, el envejecimiento y la salud en los entornos urbanos se están convirtiendo en cuestiones cada vez más prioritarias, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Se han reconocido ampliamente los retos y las oportunidades que conllevan la migración hacia las ciudades (4) y el envejecimiento de la población (5); sin embargo, la comprensión de las consecuencias de su convergencia es apenas incipiente.



A INICIATIVAS PARA ADAPTAR LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES: UNA RESPUESTA A LAS TENDENCIAS CONVERGENTES DE ENVEJECIMIENTO Y URBANIZACIÓN

En respuesta al envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades no transmisibles, los servicios de salud se están reorientando cada vez más para fortalecer la promoción de la salud; la prevención de enfermedades, discapacidades y fragilidad; la gestión de morbilidades concomitantes; y la prestación de atención a largo plazo y, al mismo tiempo, reducir las hospitalizaciones innecesarias. Más allá del sector sanitario, aspectos tales como el entorno natural y edificado, los servicios y programas sociales, las actitudes culturales, el capital social, la equidad y la inclusión, influyen en el grado en que las personas mayores pueden actuar y participar en la sociedad.

Los habitantes de más edad necesitan algunas condiciones de vida estimulantes para responder a los cambios físicos, mentales y sociales que experimentan a consecuencia del envejecimiento biológico. Esto puede faltar en los entornos urbanos que, en general, no están concebidos como centros residenciales para una población constituida principalmente por personas mayores. Si bien la presente guía se orienta sobre todo a los entornos urbanos, es preciso destacar la importancia de los entornos rurales adaptados a las personas mayores (6). En cualquiera de esos entornos, es crucial abordar los aspectos sociales y físicos del ámbito comunitario, a fin de responder adecuadamente a las necesidades y preferencias de las personas mayores y promover su salud y bienestar.

Una “ciudad adaptada a las personas mayores” es un entorno comunitario integrador y accesible que optimiza las oportunidades de salud, participación y seguridad para todas las personas, a fin de velar por la calidad de vida y la dignidad de las personas a medida que envejecen. Más específicamente, en una ciudad adaptada a las personas mayores, las políticas, los servicios, el entorno y las estructuras apoyan y permiten un buen envejecimiento mediante:

- el reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos de las personas mayores;
- la anticipación y la respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento;
- el respeto a las decisiones de las personas mayores y a sus elecciones de modo de vida;
- la protección de las personas más vulnerables; y
- la promoción de la integración de las personas mayores en todas las esferas de la vida comunitaria y su contribución a ese ámbito (7).

Se alienta vivamente al lector a leer la *Global Age-friendly City Guide* (7) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para comprender cabalmente el concepto de *adaptación a las personas mayores*. Una lista de verificación de características esenciales de las

“ES CRUCIAL ABORDAR LOS ASPECTOS SOCIALES Y FÍSICOS DEL ÁMBITO COMUNITARIO, A FIN DE RESPONDER ADECUADAMENTE A LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS DE LAS PERSONAS MAYORES Y PROMOVER SU SALUD Y BIENESTAR.”



ciudades adaptadas a las personas mayores (8) está disponible para respaldar el desarrollo de políticas, servicios e intervenciones sanitarias y sociales que propicien la creación de entornos adaptados a esas personas. La guía se basó en las perspectivas y aportaciones de personas mayores, dispensadores de atención y proveedores de servicios, recopiladas en 33 ciudades de las seis regiones de la OMS: África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Europa, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. La guía se centra en ocho esferas principales de la vida urbana que abarcan los determinantes de la salud y el bienestar: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, participación social, comunidad y servicios de salud, y comunicación e información.

A fin de ayudar a las ciudades a mejorar su adaptación a las personas mayores y facilitar el aprendizaje y el apoyo mutuos, la OMS estableció en 2010 la Red Mundial OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las

Personas Mayores. Esta Red conecta ciudades y comunidades que tienen el compromiso común adaptarse mejor a las necesidades de las personas mayores. El objetivo de la Red consiste en facilitar el intercambio de información y de prácticas óptimas, proporcionar asistencia técnica y capacitación, y ayudar a las ciudades a velar por que las intervenciones sean apropiadas, sostenibles

y costoeficaces. Las ciudades y comunidades que integran la Red están comprometidas a evaluar y mejorar continuamente su adaptación a las personas mayores y adecuar sus estructuras, políticas, entornos y servicios para que sean accesibles a las personas mayores con diferentes necesidades y capacidades y favorezcan su inclusión.

B LA FUNCIÓN DE UN MARCO COMÚN E INDICADORES PARA PROMOVER CIUDADES ADAPTADAS A LAS PERSONAS MAYORES

Los marcos y los indicadores pueden ser cruciales para establecer un entendimiento común entre las partes interesadas, respecto de los elementos esenciales valorados en su ciudad en relación con la adaptación de las ciudades a las personas mayores, y establecer metas y objetivos concernientes a esos elementos. Los indicadores se pueden utilizar para medir el nivel de referencia de la adaptación de la ciudad a las personas mayores y hacer un seguimiento de sus cambios en el tiempo a medida que se ejecutan las intervenciones pertinentes.

El seguimiento y la evaluación son signos de buenas prácticas de salud pública. En ese contexto, los indicadores deberían ser parte integral de un sistema de rendición de cuentas orientado al logro de resultados en respaldo de iniciativas que promuevan la adaptación de las ciudades a las personas mayores. Además, los indicadores se pueden fortalecer para fomentar el compromiso político y social que, a su vez, puede dar lugar a otras medidas destinadas a promover y apoyar ciudades adaptadas a las personas mayores (9).





OBJETIVOS

La presente guía establece un **marco** y un conjunto de **indicadores esenciales y complementarios** con el fin de inspirar la selección de un conjunto de indicadores locales para el seguimiento y la evaluación de los progresos hacia el mejoramiento de la adaptación de los entornos urbanos a las personas mayores. La guía incluye, además, referencias y recursos adicionales tales como ejemplos de iniciativas locales para desarrollar indicadores destinados a medir la adaptación de las comunidades a las personas mayores. La guía y los indicadores que en ella se incluyen no están concebidos como un conjunto obligatorio de directrices que se deban seguir estrictamente, sino como pautas

adaptables, según sea necesario y apropiado, que permitan crear el conjunto de indicadores más adecuado y pertinente al contexto local.

Los objetivos de la presente guía son:

- **proporcionar orientación estructurada sobre la selección de indicadores de la adaptación de una ciudad a las personas mayores;**
- **presentar un conjunto de indicadores y proponerlos para medir la adaptación de una ciudad a las personas mayores;**
- **apoyar los esfuerzos locales por desarrollar indicadores pertinentes y apropiados de la adaptación de una ciudad a las personas mayores.**



El uso del mismo enfoque estructurado respecto de la selección de indicadores, incluida la adopción de un conjunto esencial de indicadores, facilitará las comparaciones a través del tiempo y el espacio. Al mismo tiempo, la flexibilidad de la presente guía permite seleccionar indicadores que se podrán adaptar al ámbito local (por ejemplo, contexto sociocultural, nivel de recursos, necesidades y prioridades, objetivos e intervenciones específicos adoptados por la ciudad) a fin de reforzar la utilidad de la presente guía y alentar la innovación local. Aunque las comparaciones entre ciudades representan una meta que se ha de perseguir, no son una prioridad inmediata. Las comunidades que realizaron una prueba piloto de una versión anterior de la presente guía reconocieron que la guía reportaba muchos beneficios, más allá de la simple facilitación de la medición de indicadores. Por ejemplo, observaron que era útil para promover la participación y la emancipación comunitaria, la defensa y la colaboración intersectorial.

La presente guía no sustituye a otras orientaciones e indicadores similares desarrollados en el plano local o nacional por gobiernos u organismos no

gubernamentales. La guía es una forma de orientación técnica que ofrece la OMS como un servicio a las autoridades locales y municipales y a los grupos comunitarios que buscan asesoramiento sobre esta cuestión y que pueden tener interés en mejorar la comparabilidad mundial de sus indicadores.

La guía no establece un requisito de presentación de informes para los miembros de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. Antes bien, es un instrumento para definir un conjunto de indicadores adecuados a las circunstancias locales. Está concebida para su utilización por parte de toda ciudad o comunidad interesada, incluidos los miembros de la Red Mundial OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores; los participantes de las iniciativas *ciudades sanas*; y otras personas que intervienen en la formulación de programas para el envejecimiento saludable, o que de algún otro modo utilizan indicadores de adaptación de las ciudades a las personas mayores en sus actividades de planificación, seguimiento y evaluación.





PROCESO DE DESARROLLO

El marco y los indicadores contenidos en la presente guía son el resultado de un enfoque estructurado aplicado entre 2012 y 2015. Ese enfoque incluyó revisiones bibliográficas, dos reuniones consultivas de expertos, varias rondas de examen entre homólogos, un estudio piloto preliminar que generó aportaciones de más de 40 comunidades de 15 países, y un estudio piloto final en el que participaron 15 comunidades de 12 países. En el anexo 1 figura una descripción detallada del proceso de desarrollo.



IV



MARCO PARA DEFINIR
UN CONJUNTO DE
INDICADORES LOCALES
Y UNA ESTRATEGIA DE
MEDICIÓN
DEL GRADO DE
ADAPTACIÓN DE
UNA CIUDAD A LAS
PERSONAS MAYORES



La figura 1 presenta un marco general que revela de qué manera algunos recursos y estructuras (las *aportaciones*) permiten intervenciones en forma de políticas, servicios y programas (los *productos*) que ayudan a mejorar la adaptación del entorno físico y social (los *resultados*) a las necesidades de las personas mayores, lo que, a su vez, contribuye a mejorar la salud y el bienestar de los habitantes mayores y de la población en su conjunto (el *impacto*). Además, el marco hace de la equidad una cuestión central, como principio transversal, a fin de destacar la importancia de la equidad en la distribución de aportaciones, productos, resultados e impacto.

Es importante recordar al lector que el enfoque a corto y mediano plazo de las intervenciones relativas a la adaptación

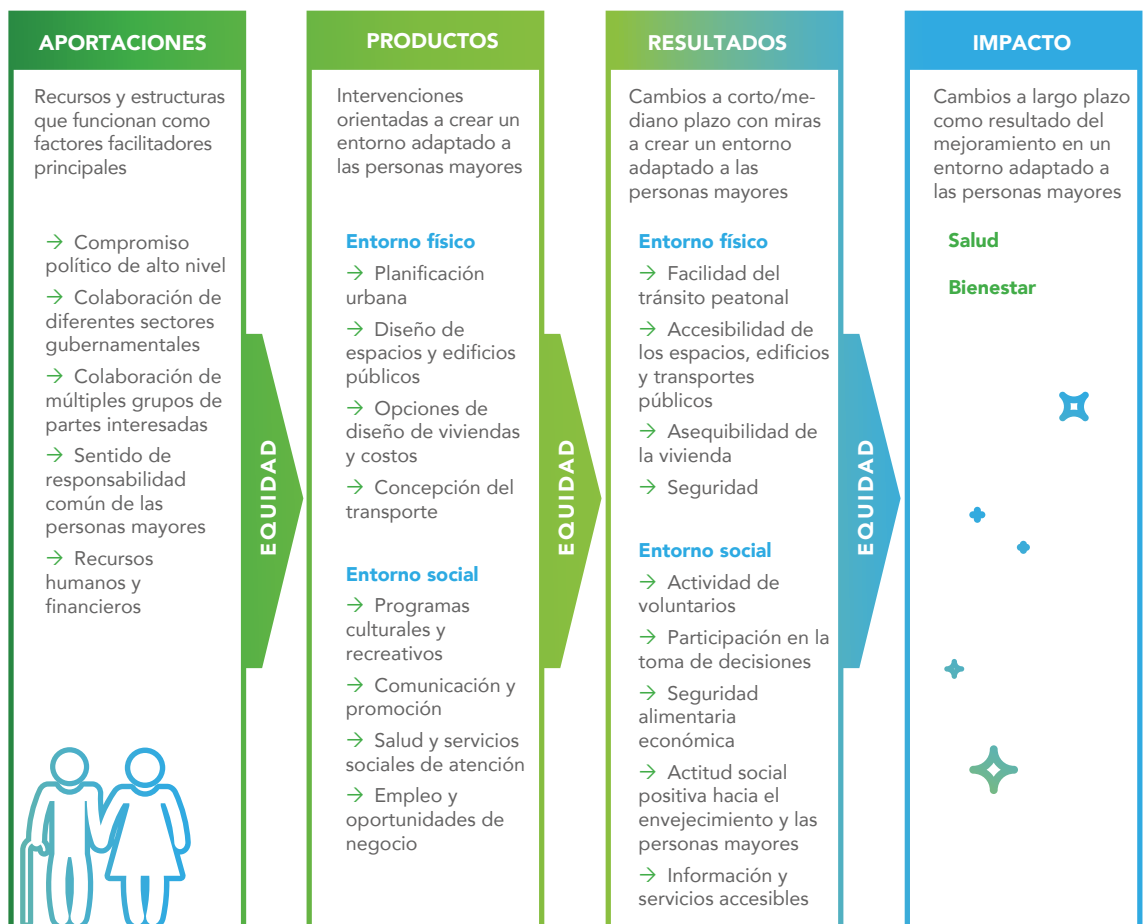
de las ciudades a las personas mayores y, consiguientemente, de la medición, se centra en características cambiantes del entorno social y físico como determinantes importantes de la salud. A largo plazo, se espera y se prevé que el impacto en la salud y el bienestar se logrará a través de diferentes vías indirectas. Por supuesto, existen muchas otras oportunidades para influir en los resultados sanitarios específicos de una manera más directa e inmediata a través de intervenciones individuales de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, etc. Sin embargo, una ciudad adaptada a las personas mayores supone un esfuerzo comunitario, más que uno individual, que adopte una perspectiva amplia con respecto al bienestar de las personas mayores.



El marco se fundamenta en la bibliografía científica y refleja, además, las contribuciones recibidas a través de consultas con expertos. Si bien no plantea relaciones causales específicas, el modelo considera las interrelaciones lógicas entre las esferas principales de la vida urbana, el proceso de envejecimiento y el entorno físico y social como determinantes de la salud y el bienestar. Asimismo, reconoce que estas son cuestiones sistémicas, no aisladas, que requieren una respuesta

multisectorial, o la cooperación del Gobierno, las organizaciones privadas y de la sociedad civil de todos los sectores, así como de cada miembro de la comunidad, a fin de resolver los problemas que afectan a toda la comunidad. Este modelo proporciona el marco general para identificar los diferentes tipos de indicadores que se deberían examinar al desarrollar una estrategia de evaluación general y seguimiento de la adaptación de una ciudad a las personas mayores.

FIGURA 1. MARCO PARA SELECCIONAR UN CONJUNTO DE INDICADORES DE CIUDADES ADAPTADAS A LAS PERSONAS MAYORES



A UTILIZACIÓN DEL MARCO



© Paul Versluis, SeniorStock, provided by Grantmakers in Aging

El marco ofrece un panorama general de las diferentes fases y dimensiones de un esfuerzo coordinado orientado a mejorar la adaptación de una ciudad a las personas mayores y, en última instancia, la salud y el bienestar de una población urbana que envejece. Para seleccionar un conjunto de indicadores es posible adoptar numerosos enfoques estratégicos. Si el objetivo consiste en comprender en detalle la intrincada dinámica de este fenómeno complejo, todos los aspectos descritos en el marco se podrían medir mediante un gran compendio de indicadores. Si, en cambio, el objetivo consiste en centrar la atención en algunas dimensiones del marco (por ejemplo, el uso de un recurso específico, la aplicación de un resultado de una determinada intervención, etc.), se pueden seleccionar múltiples indicadores centrados en ese aspecto particular y omitir los indicadores pertinentes a otras dimensiones. Otro enfoque consistiría en seleccionar unos pocos indicadores transversales a todo el marco, bien sea en sentido vertical, horizontal o en ambos, con el fin de obtener un conjunto de medidas integral, pero conciso. También son posibles otras variaciones de estos enfoques.

Por definición, los indicadores son medidas concisas que describen un fenómeno complejo, producido generalmente por el procesamiento y la simplificación de una gran cantidad de datos brutos. Unos pocos indicadores

apropiados deberían proporcionar un panorama bastante amplio, sin detalles innecesarios. En general, un conjunto escueto de indicadores bien elaborados suele ser más conveniente en la práctica, dado que tiene la ventaja de la eficiencia y permite centrar la atención. Este es especialmente el caso cuando la finalidad de los indicadores consiste en obtener un panorama general de una situación y facilitar a las principales instancias

decisorias o a los grupos multisectoriales de partes interesadas el establecimiento de orientaciones estratégicas.

Así, la presente guía se orienta al desarrollo de un conjunto de **indicadores básicos**; un conjunto relativamente pequeño de indicadores que responda apropiadamente a los principales objetivos de una iniciativa local relativa a la adaptación de las ciudades a las personas mayores. Este conjunto limitado de indicadores



© Sudipto Das, provided by Grantmakers In Aging

puede proporcionar una instantánea de la adaptación de una ciudad a las personas mayores e inspirar orientaciones estratégicas amplias para la ciudad. El marco puede ayudar a orientar la selección de los indicadores que se incluirán en el conjunto básico. Si bien el objetivo principal de la presente guía es el desarrollo de un conjunto básico de indicadores para una evaluación recapitulativa de la adaptación de una ciudad a las personas mayores, también puede influir en la elaboración de otros conjuntos complementarios de indicadores destinados al seguimiento de las actividades en niveles decisorios o de aplicación más bajos.

Las secciones siguientes describen cada dimensión del marco, ofrecen ejemplos de indicadores pertinentes y presentan importantes consideraciones para incluir esos indicadores en un conjunto de indicadores locales. Aunque las categorías de indicadores del marco se presentan en secuencia de izquierda a derecha, como se puede ver en la figura 1 y siguiendo el flujo lógico del diagrama, suele ser conveniente seleccionar los indicadores en orden inverso, o sea, comenzando por la identificación de indicadores correspondientes a los principales impactos y resultados previstos de la iniciativa, y luego retroceder para identificar los indicadores de producto y aportaciones más pertinentes.

1. INDICADORES DE LA EQUIDAD

La noción de equidad es un principio rector en todo el ámbito del marco, por lo que se hace particular hincapié

en asegurar **“la ausencia de disparidades sistemáticas en materia de salud (o en los principales determinantes de la salud) entre grupos sociales con diferentes niveles de ventajas y desventajas subyacentes”** (10, pág.254). Por consiguiente, es crucial incluir medidas de equidad en las estimaciones, el seguimiento y la evaluación de la adaptación a las personas mayores.

Los indicadores de equidad requieren el desglose de datos por estratificadores sociales tales como el sexo, la edad, la riqueza y el barrio. Así, una de las diferentes medidas de desigualdad disponibles se puede aplicar para calcular un indicador de equidad, incluso medidas sencillas que permiten realizar comparaciones directas por pares de dos subgrupos de población (por ejemplo, los más favorecidos y los más desfavorecidos) y medidas complejas que utilizan datos de todos los subgrupos (por ejemplo, todos los quintiles de riqueza o todas las subdivisiones de una ciudad) para evaluar la desigualdad (11). Es recomendable que una medida de equidad se calcule para todos los indicadores de un conjunto de indicadores, a fin de examinar la equidad en función de aportaciones, productos, resultados e impacto. Alternativamente, se puede aplicar a uno de los indicadores prioritarios como el indicador de equidad abreviado.

En el Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos (Urban HEART) publicado por el Centro de la OMS en Kobe en 2010 (12), se describe un enfoque de evaluación y respuesta a cuestiones de equidad sanitaria en entornos urbanos

centrado en los determinantes sociales de la salud. Algunos de los métodos explicados en detalle en Urban HEART para elaborar un conjunto de indicadores basado en indicadores básicos, exponer de forma efectivamente visible los resultados de la evaluación de la equidad y seleccionar una respuesta estratégica son aplicables para abordar el aspecto de equidad en la adaptación de las ciudades a las personas mayores.

2. INDICADORES DE LAS APORTACIONES

Las aportaciones son los **recursos y estructuras esenciales para el éxito de la iniciación, el desarrollo y la sostenibilidad de las iniciativas para adaptar una ciudad a las personas mayores**. Los indicadores de aportaciones podrían ser útiles, por ejemplo, para el seguimiento de la disponibilidad, asignación y utilización de los recursos a lo largo del tiempo. Los indicadores de aportaciones pueden generar datos que se podrían utilizar para analizar la relación costo-eficacia. Además, servirían para promover un mayor compromiso y más contribuciones de las partes interesadas.

Los indicadores de aportaciones se pueden medir en términos de disponibilidad (un indicador binario sí-no) o del *nivel de disponibilidad* (con una escala apropiada). Por ejemplo, la presencia de una carta de compromiso firmada por el alcalde de la ciudad se puede utilizar como un indicador binario cualitativo del alto grado

de compromiso político; en otro caso, la suma del compromiso financiero del ayuntamiento (en términos absolutos o relativos) se puede utilizar como un indicador cuantitativo tanto del nivel de compromiso político como del de recursos financieros. Al examinar la inclusión de indicadores de aportaciones en un conjunto limitado de indicadores de la adaptación de una ciudad a las personas mayores se debería dar preferencia a los indicadores concernientes a las aportaciones que podrían influir ampliamente en una gama de productos (por ejemplo, el compromiso político) respecto de los indicadores que representan aportaciones concebidas para influir sólo limitadamente (por ejemplo, los recursos financieros para una de muchas intervenciones).

3. INDICADORES DE LOS PRODUCTOS

Los productos aluden principalmente a las intervenciones ejecutadas para alcanzar los resultados e impactos previstos. En el presente contexto, **las intervenciones se centran en la creación de entornos adaptados a las personas mayores**, y pueden adoptar la forma de políticas, servicios o programas diseñados para modificar el entorno físico y social. Esto no se limita a las intervenciones más recientes, sino que puede incluir también modificaciones de intervenciones existentes. Si bien el principal organismo rector u órgano de coordinación de una iniciativa orientada a la adaptación de una

“UNOS POCOS INDICADORES APROPIADOS DEBERÍAN PROPORCIONAR UN PANORAMA BASTANTE AMPLIO, SIN DETALLES INNECESARIOS.”



© Dijon, France, provided by WHO

ciudad a las personas mayores puede ser la autoridad local, es importante reconocer que los sectores no gubernamentales, en particular la sociedad civil y el sector privado, desempeñan un papel crucial, con frecuencia para subsanar deficiencias de las intervenciones gubernamentales o impulsar esas intervenciones.

Los indicadores de productos deberían consignar la gama de actividades realizadas en diversos sectores, con particular atención a su alcance y magnitud. Un ejemplo de esto sería el número (o la proporción) de servicios de transporte público (por ejemplo, paradas y estaciones de autobús, estaciones de tren) en construcción, o las reformas que permitirán satisfacer las pertinentes normas de accesibilidad (por ejemplo, el diseño integrador). El organismo o sector directamente responsable de la ejecución de la intervención podría medir una amplia gama de indicadores para vigilar

y evaluar de cerca tanto el proceso como el resultado de su intervención. Sin embargo, a fin de desarrollar un conjunto conciso de indicadores para la evaluación general de una iniciativa polifacética relativa a la adaptación de toda la ciudad a las personas mayores, es recomendable restringir los indicadores de producto a aquellos relacionados con intervenciones básicas de alta prioridad o de interés colectivo para la ciudad y sus partes interesadas.

4. INDICADORES DE LOS RESULTADOS

Los objetivos básicos de las iniciativas relativas a la adaptación de una ciudad a las personas mayores se relacionan generalmente con este nivel de resultados, que son **los cambios sociales y físicos del entorno comunitario realizados a corto y mediano plazo**, atribuibles (por asociación lógica o estadística) a intervenciones precedentes. En el contexto de las ciudades adaptadas a las personas



© Banyule, Australia, provided by WHO

mayores, los indicadores de resultados estarán relacionados principalmente con cuestiones de accesibilidad e inclusión de los aspectos clave de la vida urbana, tales como la accesibilidad física de los servicios públicos (por ejemplo, servicios sociales y de salud, transporte, centros de recreación), la asequibilidad de la vivienda digna, las oportunidades de participación social y el acceso a la información. Para utilizar un ejemplo anterior, se prevé que el aumento del número de servicios de transporte público que satisfagan las normas de accesibilidad (la intervención o el producto) mejore la “accesibilidad del transporte público” (un resultado).

Es importante considerar también los resultados para el conjunto de la comunidad, y no sólo para las personas mayores, a fin de destacar especialmente las contribuciones positivas de las personas mayores y los beneficios que reporta para toda la comunidad una ciudad adaptada a las personas mayores. Los ejemplos incluyen las donaciones, el voluntariado y la orientación que proporcionan las personas mayores, así como la conectividad general de los sistemas de transporte y la accesibilidad de los servicios públicos para las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas y las familias con niños pequeños.

Los indicadores de resultados que se incluirán en un conjunto de indicadores deberían tener en cuenta el principio básico según el cual una ciudad adaptada a las personas mayores abarca una amplia gama de factores ambientales físicos y sociales comunes a diferentes sectores del Gobierno

y la sociedad. Por consiguiente, un conjunto de indicadores debería incluir diversos indicadores de resultados que abarcasen aspectos del entorno social y físico, así como los efectos de las intervenciones de los sectores gubernamental y no gubernamental.

La selección de indicadores de resultados debería estar directamente relacionada con los objetivos y los resultados previstos de la iniciativa para las personas mayores, y estrechamente vinculados a las intervenciones efectivas y a su impacto previsto. Más importante aún, **se debería tener presente que las intervenciones suelen generar resultados deseados y no deseados, más allá del principal resultado previsto.** Por ejemplo, una intervención en el sector del transporte orientada a mejorar la accesibilidad del transporte público también podría mejorar indirectamente el nivel de compromiso social de las personas mayores.

Por otra parte, una intervención podría desviar recursos de intervenciones destinadas a fortalecer los programas recreativos para las personas mayores y, consiguientemente, reducir su nivel de integración social. Por lo tanto, al seleccionar los indicadores de resultados es importante considerar los resultados directos e indirectos, así como los deseados y no deseados. Esto significa que el número y el tipo de indicadores de productos no tendrán necesariamente una correspondencia con el número y el tipo de indicadores de resultados. En un caso ideal, un programa eficiente producirá varios resultados mediante la aplicación de un menor número de productos.

5. INDICADORES DE LOS IMPACTOS

Los impactos son **los cambios a largo plazo en la salud de las personas (sus funciones físicas, cognitivas y emocionales) y en su bienestar**, que se prevé alcanzar (al menos parcialmente) mediante mejoras en la adaptación del entorno físico y social a las personas mayores. En consecuencia, los indicadores de los impactos deberían corresponder a los indicadores de resultados.

En algunos casos, una iniciativa de adaptación de la ciudad a las personas mayores puede hacer hincapié en mejorar el entorno para las personas mayores como un asunto de derechos humanos y por el valor intrínseco que supondrá la creación de ese entorno sin deseos explícitos de mejorar la salud o el bienestar de la población. Sin embargo, es razonable esperar beneficios para la salud de la población, así como otros beneficios para la comunidad en su conjunto (por ejemplo, valor económico, sostenibilidad), si el

entorno se adapta mejor a las necesidades de la creciente proporción de personas mayores, lo que les permitirá mantenerse muy activas, socialmente integradas y emocionalmente contenidas a largo plazo. Si esos beneficios se pueden demostrar, y se pueden atribuir al menos parcialmente a los cambios realizados en el entorno social y físico, ello añadiría un valor considerable a la iniciativa para adaptar la ciudad a las personas mayores.

Si bien los indicadores de los impactos están influenciados por una amplia gama de factores y será difícil atribuirlos claramente a los esfuerzos por adaptar la ciudad a las personas mayores, su inclusión en un conjunto de indicadores de la adaptación de la ciudad a las personas mayores es importante para consignar los impactos a largo plazo derivados de la modificación del entorno. Además, el conjunto puede proporcionar objetivos y metas comunes para que diferentes sectores se esfuercen por coordinar sus actividades.

B OTRAS CONSIDERACIONES PARA SELECCIONAR Y MEDIR LOS INDICADORES



© Kailash Mittal, provided by Grantmakers In Aging

Existen algunas directrices y documentos generales disponibles de otras fuentes, que constituyen referencias útiles para seleccionar indicadores (9, 13, 14). En todas ellas se señala que los indicadores se deben seleccionar mediante un enfoque minucioso y sistemático que permita no sólo tener en cuenta la pertinencia de los indicadores con los objetivos principales del sistema o los esfuerzos que se evalúan (en este caso las iniciativas para adaptar la ciudad a las personas mayores), sino también determinar si son mensurables, técnicamente válidos y significativos para los destinatarios. Se ha de considerar cuidadosamente la selección de indicadores, dado que conllevan enormes posibilidades para influir, para bien o para mal, en la manera en que se plantea un problema y en las medidas que se adoptan en consecuencia.

Una importante consideración práctica consiste en **utilizar los mecanismos ordinarios de datos y las bases de datos existentes** para seleccionar, recopilar y analizar los indicadores. Esto ayudará a reducir la carga y aumentar la sostenibilidad de la gestión de datos. El ámbito de los indicadores necesarios para medir la adaptación de las ciudades a las personas mayores es amplio, pero probablemente muchos de ellos son recopilados habitualmente por diferentes

departamentos municipales, instituciones de investigación, organizaciones comunitarias y otras partes interesadas, o se puedan derivar o adaptar de indicadores existentes. No obstante, se debe proceder con cautela para evitar una dependencia excesiva de los indicadores utilizados habitualmente, ya que ello podría impedir el desarrollo de indicadores creativos y ambiciosos. Además, suele ocurrir que los datos notificados administrativamente difieren

“SE HA DE CONSIDERAR CUIDADOSAMENTE LA SELECCIÓN DE INDICADORES, DADO QUE CONLLEVAN ENORMES POSIBILIDADES PARA INFLUIR, PARA BIEN O PARA MAL, EN LA MANERA EN QUE SE PLANTEA UN PROBLEMA Y EN LAS MEDIDAS QUE SE ADOPTAN EN CONSECUENCIA.”



© Nancy Lundbjerg, provided by Grantmakers in Aging

de las percepciones transmitidas por los residentes locales en grupos de estudios y reflexión, o de las condiciones efectivas observadas en estudios sobre el terreno. Por lo tanto, la utilización de más de una fuente de datos puede ayudar a mejorar tanto la calidad como la cantidad de los datos y contribuir a una evaluación más holística y exacta de los indicadores.

En el proceso de desarrollo de los indicadores básicos descrito en la presente guía se consultó con expertos acerca de los criterios esenciales para seleccionar los indicadores de la adaptación de las ciudades a las personas mayores y se establecieron los criterios siguientes:

- **Mensurable:** ¿Es el indicador realmente mensurable u observable?
- **Válido:** ¿Mide el indicador lo que se supone debe medir? Por ejemplo, ¿ofrece el indicador “proporción de calles adecuadas para caminar” una medida apropiada para determinar el grado de facilidad del tránsito peatonal?
- **Repetible:** ¿Se puede recopilar el indicador de forma ordinaria a lo largo del tiempo (para puntos de referencia local) o a través de diferentes contextos (para comparaciones entre ciudades)?

→ **Sensible a los cambios:** ¿Serán observables a lo largo del tiempo las variaciones del indicador debidas a medidas específicas?

→ **Posible desglose:** ¿Es posible desglosar el indicador por sexo, grupo etario o barrios? Existen también otros estratificadores que podrían ser importantes en el contexto local, incluida la pertenencia a grupos étnicos, la situación socioeconómica, etc.

→ **Compatibilidad con objetivos y metas locales:** ¿Se relaciona el indicador con un programa local más amplio?

→ **Se puede vincular con medidas:** ¿Proporciona el indicador una comprensión de las diversas medidas que podría ser preciso adoptar?

→ **En el ámbito de influencia local:** ¿Tienen las autoridades locales o la comunidad el mandato o las atribuciones para actuar en relación con este indicador? Por ejemplo, un plan federal de seguro está generalmente más allá de la influencia de las autoridades municipales.

→ **Fácil de recopilar:** ¿Se pueden recopilar fácilmente y a su debido momento los datos necesarios para el indicador?

→ **Socialmente aceptable:** ¿Es aceptable para las comunidades y las personas afectadas la recopilación de esa información?



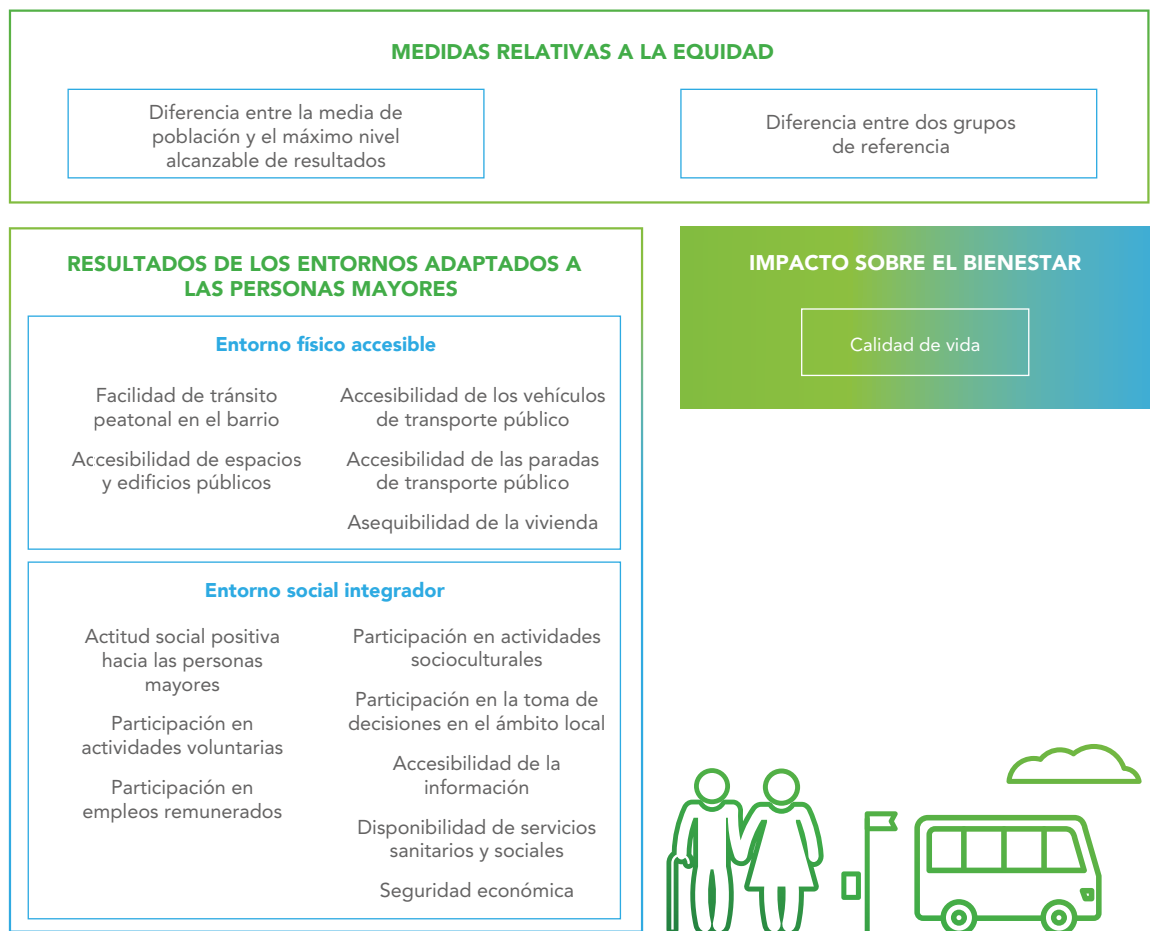
INDICADORES BÁSICOS

En la presente sección se describe un conjunto de indicadores relativos a ciudades adaptadas a las personas mayores, elaborados sobre la base de las mejores pruebas disponibles obtenidas mediante el proceso descrito en el anexo 1 de la presente guía. Los indicadores básicos consisten en el conjunto más crucial y reducido de indicadores que se podrían utilizar para el seguimiento y la evaluación de entornos urbanos adaptados a las personas mayores. El conjunto de indicadores básicos se utilizará, preferentemente, para señalar los resultados que requieren un examen

más a fondo, y no como evaluaciones definitivas del éxito o el fracaso. Además de los indicadores básicos se presenta también un conjunto de indicadores complementarios. Esos indicadores complementarios permiten una evaluación más amplia de la adaptación de las ciudades a las personas mayores. Juntos, esos indicadores proporcionan un punto de partida para elaborar un conjunto de indicadores de pertinencia local, pero externamente comparables, para medir la adaptación de las ciudades a las personas mayores.



FIGURA 2. INDICADORES BÁSICOS DE LAS CIUDADES ADAPTADAS A LAS PERSONAS MAYORES



Los indicadores básicos se centran principalmente en indicadores de resultados e impactos, más que en indicadores de aportaciones y productos (figura 2). Esto se debe a que las iniciativas para adaptar las ciudades a las personas mayores, independientemente del contexto, tienen metas y objetivos similares para mejorar la adaptación de los diferentes aspectos del entorno urbano a las personas mayores (o sea, los resultados) a fin de asegurar la calidad de vida de las personas mayores (o sea, el impacto), pero los recursos que se utilizan

(o sea, las aportaciones) y las intervenciones que se realizan (o sea, los productos) pueden variar sustancialmente en función del contexto local. Las conclusiones del análisis de la bibliografía y las opiniones de los expertos surgidas durante el proceso de elaboración de los indicadores básicos también convergían en los indicadores de resultados e impactos. Los principios fundamentales reflejados en los indicadores básicos son los de **equidad, accesibilidad e integración**. En la siguiente sección se ofrecen descripciones detalladas de cada indicador.

A INDICADORES BÁSICOS: DEFINICIONES OPERACIONALES

“LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES REFLEJADOS EN LOS INDICADORES BÁSICOS SON LOS DE EQUIDAD, ACCESIBILIDAD E INTEGRACIÓN.”



Los indicadores básicos se presentan en los cuadros que figuran más adelante. Para cada indicador se proporcionan dos tipos de definiciones operacionales: una es adecuada cuando se utilizan datos recopilados por organismos de las autoridades locales, proveedores de servicios y organizaciones comunitarias acerca de su comunidad; la otra hace hincapié en la perspectiva de la persona mayor y es más apropiada cuando se utilizan estudios propios como fuente de datos. Las dos definiciones se pueden utilizar también conjuntamente para complementar y validar la información que suministran.

Cada indicador contiene también información sobre fuentes de datos sugeridas, comentarios, referencias y algunos ejemplos sobre la manera de medir los indicadores en la práctica. En el anexo 2 figuran ejemplos de mediciones de indicadores realizadas en algunos lugares de ensayo en los que se utilizó una versión anterior de la presente guía. En algunos casos, los detalles más minuciosos de la definición operacional se deberán determinar en el ámbito local, debido a

la falta de una definición mundialmente aceptada o normalizada en este momento, o al carácter altamente contextual del indicador. Además, las definiciones operacionales sugeridas para los indicadores básicos son más realistas que ambiciosas y más sencillas que complejas, a fin de facilitar la comprensión de los indicadores.

Con respecto a la definición de “población de personas mayores” (por ejemplo, en los datos de estudios), en general, la OMS aborda el envejecimiento desde una perspectiva que considera todo el ciclo vital, en vez de categorizar artificialmente

la vida en etapas tales como “edad madura” o “edad avanzada”. No obstante, a los fines estadísticos, la OMS considera generalmente como un límite los 60 años o más, mientras que por diversos motivos, en algunos análisis utiliza otros límites, por ejemplo, 50, 65 u 80 años. Por motivos de comparabilidad se sugiere utilizar los 60 años como límite estadístico. Sin embargo, el límite más apropiado para esos fines se deberá determinar en el ámbito local, teniendo en cuenta el perfil demográfico de la población local y las prácticas estadísticas aceptadas. Siempre que sea posible, la recopilación y el análisis de datos se



© Banyule, Australia, provided by WHO

debería basar en franjas etarias estrechas que permitan comprender mejor los matices más sutiles del envejecimiento cronológico.

Por regla general, al elaborar preguntas para encuestas destinadas a medir un indicador podría ser conveniente utilizar una opción de respuestas graduadas (por ejemplo, una escala de 5 puntos que vaya de “1= en total desacuerdo” a “5=totalmente de acuerdo”, para medir el nivel de aceptación de una declaración, o de “1=nunca” a “5=siempre” para medir el grado de frecuencia), más que una opción binaria (por ejemplo, “1=Sí” o “0=No”), de modo que se puedan medir cambios progresivos. Se alienta vivamente a utilizar el desglose de los datos de indicadores por subgrupo de población (por ejemplo, sexo, grupos etarios, nivel de ingresos) o región administrativa, para obtener una evaluación más detallada que refleje las desigualdades (véase la sección anterior sobre indicadores de equidad).

1. EQUIDAD

Los indicadores de la equidad son esenciales para evaluar tantos indicadores básicos del entorno físico y social como sea posible. **Para esos indicadores no es necesario recopilar datos adicionales;** antes bien, requieren el desglose de alguno o de todos los demás indicadores, por estratificadores sociales tales como sexo, edad, riqueza o unidades geográficas, por ejemplo, barrios, a fin de evaluar

cualquier desigualdad injusta entre ellos en relación con un indicador específico de interés (por ejemplo, participación en los procesos decisorios locales).

Ambos indicadores incluidos en el conjunto de indicadores básicos son medidas sencillas basadas en una comparación entre un subgrupo de la población (por ejemplo, el grupo más favorecido) y la población total, o entre dos subgrupos de población (por ejemplo, el grupo más favorecido y el más desfavorecido). Además, existen medidas de desigualdad más complejas descritas en otro manual de la OMS (11), que utilizan datos de todos los subgrupos (por ejemplo, a través de quintiles de riqueza o todas las subdivisiones de una ciudad).

Las dos medidas presentadas se deberían calcular para todos los indicadores de un conjunto de indicadores, a fin de analizar la equidad y vigilar sus variaciones en el tiempo. Alternativamente, se puede aplicar a un indicador prioritario seleccionado como indicador de equidad abreviado o marcador. Aunque se los denomina indicadores de equidad, no revelan, necesariamente las inequidades por sí mismos. Para determinar si una *desigualdad*, una diferencia, es o no una *inequidad*, una diferencia injusta sistemática, se requiere una evaluación cualitativa del patrón de desigualdad, que tenga en cuenta valores universales tales como los derechos humanos y la justicia, así como valores y perspectivas locales.

DIFERENCIA ENTRE LA MEDIA DE POBLACIÓN Y EL MÁXIMO NIVEL ALCANZABLE DE RESULTADOS

Definición Diferencia entre la media de población y el máximo nivel de resultados alcanzable por un subgrupo que consigue el mejor resultado o la posición socioeconómica más alta en la población de interés.

Cálculo *Riesgo atribuible poblacional* = mediante sustracción, calcular la diferencia absoluta en la tasa de resultado, entre el subgrupo con el mejor resultado y el total de la población, para obtener una medida de la desigualdad absoluta y del mejoramiento posible.

Porcentaje de riesgo atribuible poblacional = dividir el riesgo atribuible poblacional entre la tasa general en el total de la población, para obtener una medida de la desigualdad relativa y del mejoramiento proporcional posible.

Fuente de datos sugerida Datos sobre indicadores básicos de adaptación de la ciudad a las personas mayores, desglosados por subgrupos geográficos o socioeconómicos (por ejemplo, sexo, edad, nivel de ingresos, barrio).

Comentarios Este indicador señala el nivel de mejoramiento posible, o necesario, para que cada miembro de la comunidad disfrute del máximo nivel de resultado alcanzado por un subgrupo de esa misma comunidad.

Se pueden seleccionar otros grupos de referencia sobre la base de cualquier subgrupo geográfico o socioeconómico que revista interés desde una perspectiva de equidad. Esta medición se puede utilizar para grupos ordenados o no ordenados, y puede tener en cuenta subgrupos de diferentes tamaños. Además, se dispone de medidas más complejas para producir un único número que exprese el grado de desigualdad existente en todos los subgrupos de una población. Para más orientación relativa a medición y presentación de informes sobre desigualdades en materia de salud, véase la referencia más adelante.

DIFERENCIA ENTRE LA MEDIA DE POBLACIÓN Y EL MÁXIMO NIVEL ALCANZABLE DE RESULTADOS

Ejemplo

En La Plata (Argentina) la autonotificación del estado de salud se midió como uno de los indicadores de impacto. La proporción de adultos de 60 años y mayores que notificaron hallarse en buen estado de salud (incluidos 'bueno', 'muy bueno' y 'excelente') se comparó respecto del total de la población de adultos mayores y del subgrupo de adultos mayores con alto nivel de educación (o sea, educación de nivel secundario completa o nivel superior). Una gran proporción (70%) de adultos mayores con alto nivel de educación notificaron que gozaban de buena salud, lo que permitió establecer un punto de referencia para el máximo nivel alcanzable del estado de salud autonotificado entre la población local de adultos mayores.

El *riesgo atribuible poblacional* se calculó en 10,9, que es la diferencia en puntos porcentuales entre la media de población (59,5%), o punto de referencia, y la pauta establecida por el grupo de adultos mayores con alto nivel de educación (70,4%). El *porcentaje de riesgo atribuible poblacional* se calculó en 18,3 (10,9/59,5), que es el riesgo atribuible poblacional expresado como proporción del punto de referencia.

Este análisis, que abarca a toda la población, indica que la media de población de adultos mayores que notifican el estado de salud se puede o se debe mejorar en 20,9 puntos porcentuales, o sea en un 18,3% con respecto a su punto de referencia actual, a fin de alcanzar el nivel de autonotificación del estado de salud registrado por el subgrupo de adultos mayores con alto nivel de educación residentes en la ciudad de La Plata.

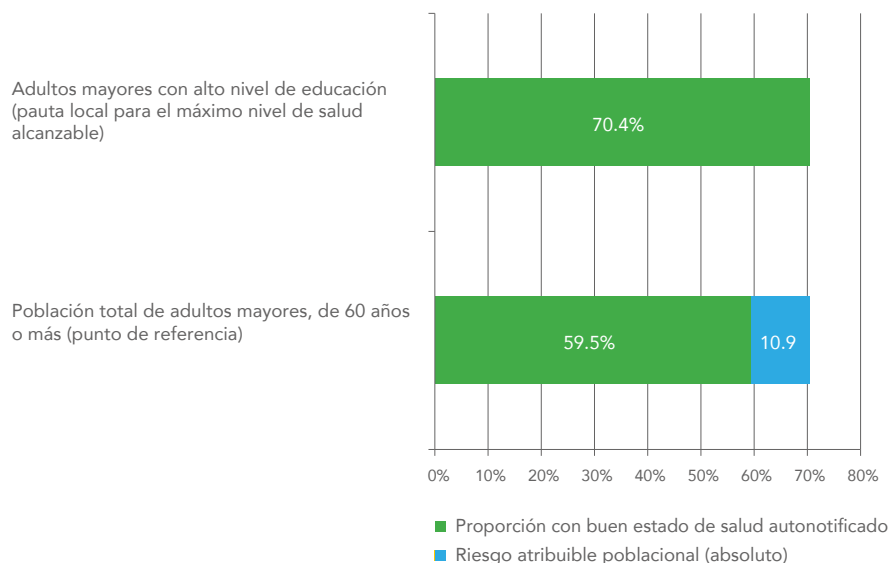


Figura. Nivel de mejoramiento posible en el estado de salud autonotificado entre adultos mayores, tomando como pauta el subgrupo de adultos mayores con alto nivel de educación en La Plata (Argentina), notificado en marzo de 2015.

Referencias

- OMS. *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf, visitado el 9 de abril de 2014).
- Urban heart: instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los medios urbanos. Kobe: OMS, 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart/en/, visitado el 3 de junio de 2014).

DIFERENCIA ENTRE DOS GRUPOS DE REFERENCIA

Definición Es la magnitud de la diferencia en un resultado específico entre dos subgrupos de referencia de la población.

Cálculo *Diferencia* = réstese el valor medio del resultado de interés en un subgrupo de referencia, del valor medio de ese indicador en el otro subgrupo de referencia, para obtener una medida de desigualdad absoluta.

Razón = divídase el valor medio del resultado en cuestión en un subgrupo de referencia, entre el valor medio de ese indicador en el otro subgrupo de referencia, para obtener una medida de desigualdad relativa.

Fuente de datos sugerida Datos sobre indicadores básicos de adaptación de la ciudad a las personas mayores, desglosados por subgrupos geográficos o socioeconómicos (por ejemplo, sexo, edad, nivel de ingresos).

Comentarios Cuando los dos grupos de referencia de la población en cuestión constituyen el subgrupo con el mejor resultado o la posición socioeconómica más alta (o sea, el más favorecido) y el subgrupo con el peor resultado o la posición socioeconómica más baja (o sea, el más desfavorecido), este indicador revela la diferencia entre los niveles del resultado más bajo y el más alto alcanzables en esa población. También se puede utilizar para evaluar la equiparación entre los sexos mediante la comparación de mujeres y hombres, o para comparar otros subgrupos de interés.

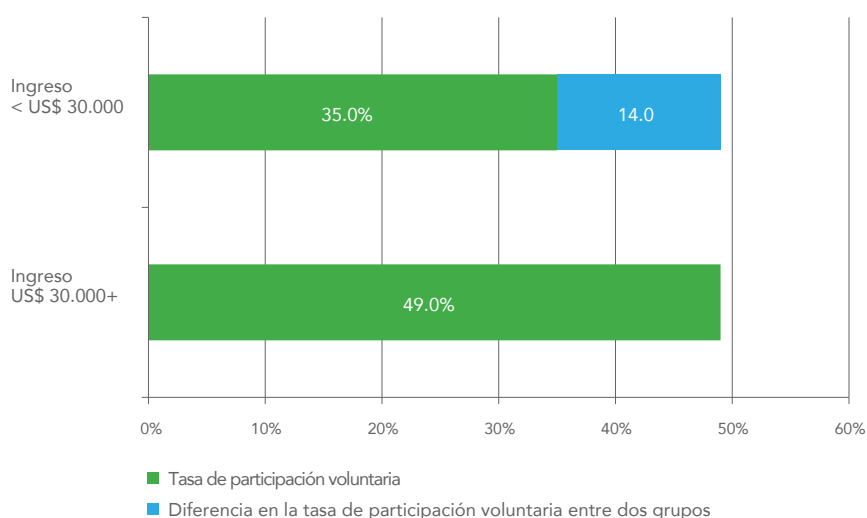
Las medidas simples que comparan dos subgrupos de población son sencillas y fáciles de formular y comprender. Para una descripción de la desigualdad existente en toda la población se deberían utilizar otras medidas más complejas, si bien estas últimas no ofrecen necesariamente ninguna evaluación sustancialmente mejor de la desigualdad que las medidas más simples. Para más orientación sobre medición y notificación de desigualdades sanitarias, véase la referencia que se menciona más adelante.

DIFERENCIA ENTRE DOS GRUPOS DE REFERENCIA

Ejemplo

En New Haven, Connecticut (Estados Unidos), la proporción de adultos mayores, de 60 años y más, que notificaron voluntariamente al menos una vez en el último año se comparó entre los que tenían un ingreso anual inferior a US\$ 30.000 y los que tenían un ingreso de US\$ 30.000 o más.

Los adultos mayores con ingresos más elevados notificaron mayor participación voluntaria. La diferencia absoluta en la participación voluntaria fue de 14 puntos porcentuales, y la razón de participación fue de 1,4 (49,0:35,0). Esta comparación de dos grupos reveló la magnitud de la desigualdad en lo que atañe a participación voluntaria entre los adultos mayores más adinerados y los adultos mayores más pobres que viven en la zona.



Comparación de las tasas de participación voluntaria auto notificadas entre adultos mayores, de 60 y más años, desglosada por nivel de ingresos, en la zona de New Haven, Connecticut (Estados Unidos), notificado en marzo de 2015.

- *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries*. Ginebra, OMS, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf, visitado el 9 de abril de 2014).
- *Urban heart: instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los medios urbanos*. Kobe: OMS (http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart/en/, visitado el 3 de junio de 2014).

2. ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO FÍSICO

FACILIDAD DEL TRÁNSITO PEATONAL EN EL BARRIO

Definición sugerida Proporción de calles del barrio con sendas peatonales que satisfacen los criterios locales aceptados.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta sobre el terreno acerca de las calles de la ciudad
- Datos administrativos sobre planificación, carreteras e infraestructura urbanas

Definición sugerida mediante el uso de datos tonotificados Proporción de personas mayores que notifican que su barrio está adaptado a los peatones y las personas que utilizan sillas de ruedas y otros dispositivos de ayuda para la movilidad.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta a personas mayores residentes

Comentarios La facilidad de tránsito peatonal en el barrio alude a la medida en que el diseño del barrio facilita ese tránsito. Este se caracteriza por una serie de elementos que incluyen la utilización mixta de las tierras, la accesibilidad de los destinos, la seguridad y la disponibilidad, calidad y conectividad de los servicios peatonales.

En la actualidad hay métodos disponibles para evaluar la facilidad del tránsito peatonal en un barrio mediante datos cuantitativos y cualitativos (véase "Referencias", más adelante). La definición sugerida se centra en un aspecto clave de la facilidad del tránsito peatonal, a saber, la disponibilidad de sendas peatonales accesibles. Se deberían aplicar los criterios aceptados localmente (ancho suficiente de la senda, ausencia de escalones hasta la calzada y de obstáculos en general, etc.). Este indicador se puede complementar con otros indicadores para obtener una evaluación más integral de la facilidad del tránsito peatonal en el barrio.

- Referencias**
- [Bicycling and walking in the United States: 2014 benchmarking report.](http://www.bikewalkalliance.org/resources/benchmarking) Washington, D.C.: Alliance for Biking and Walking; 2014 (<http://www.bikewalkalliance.org/resources/benchmarking>, visitado el 25 de julio de 2014).
 - [Community indicators for an aging population.](http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf) Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2008 (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf>, visitado el 31 de Julio de 2015).
 - [Global Walkability Index.](http://cleanairinitiative.org/portal/node/4238) Clean Air Asia [sitio web]. (<http://cleanairinitiative.org/portal/node/4238>, visitado el 5 de mayo de 2014).
 - Kihl M, Brennan D, Gabhawala N, List J, Mittal P. *Livable communities: An evaluation guide.* Washington, D.C.: American Association of Retired Persons; 2005 (http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311_communities.pdf, visitado el 8 de mayo de 2014).
 - Leather J., Fabian H., Gota S., Mejia A. (2011). *Walkability and pedestrian facilities in Asian cities: state and issues.* ADB Sustainable Development Working Paper. (<http://esci-ksp.org/wp/wp-content/uploads/2012/04/Walkability-and-Pedestrian-Facilities-in-Asian-Cities.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - *Livable community indicators for sustainable aging in place.* Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - *Standardized survey of walking & bicycling database [base de datos].* Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. (<http://appliedresearch.cancer.gov/paq/>, visitado el 17 de abril del 2014).

ACCESIBILIDAD DE LOS ESPACIOS Y EDIFICIOS PÚBLICOS

Definición sugerida Proporción de espacios y edificios públicos nuevos y existentes totalmente accesibles con silla de ruedas.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta sobre el terreno acerca de espacios y edificios públicos nuevos y existentes
- Datos administrativos sobre planificación urbana, seguridad/permisos de construcción y parques

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores que notifican que los espacios y edificios públicos de sus comunidades son accesibles para todas las personas, incluidas las que tienen limitaciones de movilidad, visión o audición.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta a personas mayores residentes

Comentarios El indicador sugerido (o sea, la accesibilidad con silla de ruedas) se puede complementar con otros indicadores para conseguir una evaluación más completa del cumplimiento del criterio de diseño universal (o diseño integrador). Los edificios y espacios concebidos como universales permiten el acceso de todas las personas, en particular los niños, las personas mayores y las personas con limitaciones funcionales. Los edificios y espacios se entienden fácilmente, con independencia de la experiencia o el conocimiento; minimizan los riesgos y los hechos accidentales o no deseados, y se pueden utilizar eficiente y confortablemente con un mínimo esfuerzo físico. En la actualidad se dispone de algunas directrices sobre diseño universal (véase "Otros recursos", más adelante); se deberían aplicar los criterios aceptados localmente.

- Referencias**
- Accessibility design guide: Universal design principles for Australia's aid program. A companion volume to "Development for All: Towards a disability-inclusive Australian aid program 2009-2014." Canberra: Gobierno de Australia/OADI (www.g3ict.org/download/p/fileId_961/productId_271, visitado el 17 abril de 2014).
 - Accessibility for the disabled. A design manual for a barrier free environment. New York: UN Department of Economic and Social Affairs; 2003-2004 (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/index.html>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - International best practices in universal design: A global review. Ottawa: Canadian Human Rights Commission; 2006 (http://www.gaates.org/documents/BP_en.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).
 - United States Access Board: Advancing full access and inclusion for all [sitio web]. (<http://www.vtppi.org/tdm/tdm69.htm>, visitado el 31 de julio de 2015)
 - Universal design New York. New York: City of New York 2001 (<http://idea.ap.buffalo.edu//Publications/pdfs/udny1.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015)
 - Universal design: Transportation Systems that accommodate all users, including people with disabilities and other special needs [sitio web]. Victoria Transportation Policy Institute (<http://www.vtppi.org/tdm/tdm69.htm>, visitado el 31 de julio de 2015).

ACCESIBILIDAD DE LOS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO

Definición sugerida Proporción de vehículos de transporte público con asientos reservados para personas mayores o personas con discapacidades.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos de la autoridad de tránsito local

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores que notifican que los vehículos de transporte público (por ejemplo, trenes, coches, autobuses) son físicamente accesibles para todas las personas, incluidas las que tienen limitaciones de movilidad, visión o audición

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios La accesibilidad física de los vehículos de transporte público se refiere a la posibilidad de que las personas con discapacidades y las personas mayores suban con seguridad a un vehículo de transporte público para llegar a su destino. Algunas directrices sobre transporte público accesible están actualmente disponibles (véase, "Referencias", más adelante); se deberán aplicar los criterios localmente aceptados. El indicador sugerido sobre disponibilidad de asientos reservados se puede complementar con otros indicadores para una evaluación más amplia de la accesibilidad de los vehículos de transporte público.

Referencias

- A Review of international best practices in accessible public transportation for persons with disabilities. Kuala Lumpur: United Nations Development Program; 2010 (www.g3ict.org/download/p/fileId_880/productId_195, visitado el 31 de julio de 2015).
- Eltis: The urban mobility observatory [sitio web] (<http://www.eltis.org/index.php?ID1=4&id=31>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Improving access to public transport. Paris: European Conference of Ministers of Transport; 2004 (<http://www.internationaltransportforum.org/IntOrg/ecmt/pubpdf/04Access.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Methodology for describing the accessibility of transport in Europe (Mediate) [sitio web] (<http://www.mediate-project.eu/>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Paratransit for mobility-impaired persons in developing countries: Starting up and scaling up. San Francisco: Access Exchange International; 2012 (http://www.gaates.org/documents/Paratransit_Guide.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).
- Roberts P, Babinard J. Transport strategy to improve accessibility in developing countries. Washington D.C.: Banco Mundial (<http://siteresources.worldbank.org/INTTSR/Resources/accessibility-strategy.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Universal design: Transportation systems that accommodate all users, including people with disabilities and other special needs [sitio web]. Victoria Transportation Policy Institute (<http://www.vtpi.org/tdm/tdm69.htm>, visitado el 31 de julio de 2015).

ACCESIBILIDAD DE LAS PARADAS DE TRANSPORTE PÚBLICO

Definición sugerida	<p>Proporción de viviendas situadas a distancia caminable (500 m) de una parada de transporte público</p> <p>Fuentes de datos sugeridas: - Datos administrativos de la autoridad de tránsito local o de la oficina municipal de planificación urbana</p>
Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados	<p>Proporción de personas mayores que notifican que las paradas de transporte público son accesibles</p> <p>Fuentes de datos sugeridas: - Encuesta de personas mayores residentes</p>
Comentarios	<p>En este contexto, la accesibilidad de las paradas de transporte público se refiere a la distancia desde los hogares de las personas mayores hasta las paradas de transporte público. Si hubiera servicios de transporte público puerta a puerta, la proporción de viviendas en el área de cobertura de esos servicios podría ser un indicador alternativo.</p> <p>Se necesitarán otros indicadores para tener en cuenta la seguridad y la calidad del camino hasta la parada de transporte, la accesibilidad de las paradas de transporte hacia y desde destinos importantes (por ejemplo, centros comunitarios, centros de salud, tiendas de alimentación, bancos, etc.), la medida en que las actividades de las personas se Venezuela efectivamente limitadas por falta de acceso a transporte público, y otros aspectos.</p>

ACCESIBILIDAD DE LAS PARADAS DE TRANSPORTE PÚBLICO

- Referencias**
- A review of international best practices in accessible public transportation for persons with disabilities. Kuala Lumpur: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010 (www.g3ict.org/download/p/fileId_880/productId_195, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Community indicators for an aging population. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2008 (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Eltis: The urban mobility observatory [sitio web] (<http://www.eltis.org/index.php?ID1=4&id=31>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Improving access to public transport. Paris: European Conference of Ministers of Transport; 2004 (<http://www.internationaltransportforum.org/IntOrg/ecmt/pubpdf/04Access> visitado el 31 de julio de 2015).
 - Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Methodology for describing the accessibility of transport in Europe (Mediate) [sitio web] (<http://www.mediate-project.eu/>, visitado el 17 de abril de 2014).
 - Paratransit for mobility-impaired persons in developing countries: Starting up and scaling up. San Francisco: Access Exchange International; 2012 (http://www.gaates.org/documents/Paratransit_Guide.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Roberts P, Babinard J. Transport strategy to improve accessibility in developing countries. Washington D.C.: Banco Mundial (<http://siteresources.worldbank.org/INTTSR/Resources/accessibility-strategy.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Universal design: Transportation systems that accommodate all users, including people with disabilities and other special needs [sitio web]. Victoria Transportation Policy Institute (<http://www.vtpi.org/tdm/tdm69.htm>, visitado el 31 de julio de 2015).

ASEQUIBILIDAD DE LA VIVIENDA

Definición sugerida

Proporción de personas mayores que viven en un hogar que gasta menos del 30% de sus ingresos disponibles en vivienda.

Fuentes de datos sugeridas:

- Censo de vivienda
- Datos administrativos del departamento de asuntos económicos o vivienda
- Informe sobre el gasto público

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notifican que la vivienda en su barrio es asequible.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

Los costos de la vivienda incluyen alquiler, reembolso de préstamos y gastos de reparaciones y mantenimiento. El umbral del 30% del ingreso familiar disponible se basa en la práctica actual (véanse, más adelante, referencias y recursos). Se pueden aplicar los umbrales aceptados localmente para definir la asequibilidad.

Referencias

- Community indicators for an aging population. Ottawa: Canada mortgage and Housing Corporation; 2008 (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Household incomes - equivalised [sitio web]. Australian Bureau of Statistics (<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/A390E2529EC00DFECA25720A0076F6C6?opendocument>, visitado el 5 de mayo de 2014).
- Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 5 de agosto de 2015).
- Positive aging indicators. Wellington: Minister of Social Development; 2007 (<https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/monitoring/postive-age-indicators/positive-ageing-indicators-2007.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).

3. CARÁCTER INTEGRADOR DEL ENTORNO SOCIAL

ACTITUD SOCIAL POSITIVA HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Definición sugerida

Número de casos notificados de maltrato a personas mayores (como proporción del número total de personas mayores).

*(*Un número muy bajo puede ser indicativo de una sociedad en la que se protege la dignidad y el respeto de las personas mayores.)*

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos recopilados por las autoridades locales encargadas de hacer cumplir la ley, los prestadores de servicios sociales y sanitarios, o los grupos comunitarios que se ocupan de prevenir los abusos (contra las personas mayores)

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notifican sentirse respetadas y socialmente integradas en su comunidad.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

El maltrato de las personas mayores es un acto aislado o reiterado, o la omisión de una medida apropiada, que ocurre en cualquier relación en la que existe una expectativa de confianza que provoca perjuicios o penurias a una persona mayor. Este tipo de violencia constituye una violación de derechos humanos e incluye abusos de carácter físico, sexual, psicológico y emocional; abuso financiero y material; abandono; desatención y pérdidas graves de la dignidad y el respeto.

El maltrato de las personas mayores es un problema de salud pública importante. No obstante, esas personas suelen tener miedo de informar a sus familias, amigos o a las autoridades acerca de los maltratos que padecen. Incluso podría considerarse tabú informar de tales casos. Por consiguiente, se debe actuar con precaución al interpretar números bajos de casos de maltrato de personas mayores notificados, dado que, de hecho, pueden reflejar situaciones no deseadas.

La gerontofobia consiste en la discriminación o el trato injusto por motivos de edad, específicamente la discriminación contra las personas mayores; la ausencia de gerontofobia es otro indicador del carácter integrador de una sociedad y de su respeto por las personas mayores. La manera en que se represente a los adultos mayores en los medios de comunicación o las actitudes de empleadores y proveedores de servicios ante esas personas también pueden ser medidas significativas de la actitud social, si bien su medición sigue siendo un problema.

Las medidas que promueven el capital social, por ejemplo, la cohesión social, también pueden ser un indicador del carácter integrador de una comunidad, que se puede evaluar mediante encuestas de autonotificación.

ACTITUD SOCIAL POSITIVA HACIA LAS PERSONAS MAYORES

- Referencias**
- Abrams D, Swift H. Experiences and expressions of ageism: Topline results (Reino Unido) from round 4 of the European Social Survey. Londres: Centre for Comparative Social Surveys, 2012 (http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS4_gb_toplines_experiences_and_expressions_of_ageism.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Cherry KE, Palmore E. Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educ Gerontol.* 2007;34(10):849-86.
 - De Donder L, Lang G, Penhale B, Ferreira-Alves J, Tamutiene I, Verté D, Luoma ML. Item non-response when measuring elder abuse: influence of methodological choices. *Eur J Public Health.* 2013;23(6):1021-1026.
 - Elder abuse [sitio web]. Atlanta (Estados Unidos) Centers for Disease Control and Prevention, Division of Violence Prevention (<http://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/index.html>, visitado el 5 de agosto de 2015)
 - European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la OMS; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital with health surveys: key issues. *Health Policy and Planning.* 2002;17(1): 106-111.
 - Prevention of elder maltreatment [sitio web]. Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad, OMS (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/elder_abuse/en/, visitado el 31 de julio de 2015).
-

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS

Definición sugerida

Proporción de personas mayores en registros locales de voluntarios.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos de autoridades locales
- Informes de organizaciones locales que llevan registros de voluntarios

Definición sugerida mediante el uso de datos auto notificados

Proporción de personas ancianas que notificaron su participación en actividades voluntarias en el último mes, al menos en una ocasión.

Fuente de datos sugerida:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

Si bien la actividad voluntaria se considera, generalmente, como un signo positivo de participación y contribución social de las personas mayores, no es una situación conveniente si esas personas realizar más bien un trabajo remunerado, pero no tienen esa opción debido a su edad. Por consiguiente, vale la pena considerar un indicador adicional que refleje, desde la perspectiva de las personas mayores, su nivel de satisfacción con las actividades voluntarias y la conveniencia de esas actividades. Los diferentes tipos de actividades voluntarias, entornos (por ejemplo, escuelas, vecindarios) y la frecuencia de participación que se medirán se pueden determinar en el ámbito local, según proceda.

Referencias

- Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 5 de agosto de 2015).
- Measuring national well-being: older people's leisure time and volunteering [sitio web]. UK Office for National Statistics (<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/wellbeing/measuring-national-well-being/older-people-and-leisure-time---2013/art-measuring-national-well-being-amount-of-leisure-time-and-volunteering.html>, visitado el 5 de mayo de 2014).
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).

EMPLEO REMUNERADO

Definición sugerida

Proporción de personas mayores actualmente desempleadas.

*(*Una tasa de desempleo muy baja es indicativa de más oportunidades de empleo remunerado para las personas mayores.)*

Fuentes de datos sugeridas:

- Estadísticas del trabajo

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notifican tener oportunidades de empleo remunerado.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

Las medidas relativas a desempleo tienen en cuenta si la persona se considera a sí misma como parte del mercado de trabajo (o sea, busca trabajo aunque actualmente esté desempleada). Este es un indicador de oportunidades de empleo preciso, por cuanto consigna la falta de posiciones, en vez del empleo conseguido.

Aunque generalmente se considera que la participación en trabajo remunerado es un indicador positivo del acceso de las personas mayores al empleo y de su participación, integración y contribución social, no es una situación deseable si esas personas desearan jubilarse y no pueden hacerlo por falta seguridad económica. Por consiguiente, vale la pena considerar un indicador adicional que refleje, desde la perspectiva de las personas mayores, su nivel de satisfacción con las oportunidades de trabajo remunerado y la conveniencia de esas oportunidades. La frecuencia de participación en empleo remunerado se puede determinar en el ámbito local, según proceda.

Referencias

- Positive aging indicators. Wellington: Minister of Social Development; 2007 (<https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/monitoring/postive-age-indicators/positive-ageing-indicators-2007.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

Definición sugerida Proporción de personas mayores entre los visitantes registrados en centros y actividades culturales locales.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos de la oficina municipal de asuntos culturales
- Datos demográficos de visitantes registrados en centros y actividades culturales

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores que notificaron su participación en actividades socioculturales voluntarias, al menos una vez en la última semana.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios La participación en actividades socioculturales es un signo positivo de participación e inclusión social de las personas mayores, y generalmente incluye la participación en actividades religiosas, culturales u otro tipo de actividades sociales, tanto formales como informales, con amigos, familiares o vecinos. La atención se centra en los encuentros personales, si bien los encuentros y las actividades en línea pueden volverse cada vez más importantes para las próximas generaciones de personas mayores. Los tipos específicos de actividades que se incluirán en este indicador y la frecuencia de participación se pueden determinar localmente, según sea necesario.

- Referencias**
- Community indicators for an aging population. Ottawa: Canada mortgage and Housing Corporation; 2008 (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Sustainability indicators report. Hamilton: Vision 2020; 2008 (http://sustainablecities.net/our-resources/document-library/doc_download/216-icsp-s-monitoring-and-evaluating-success, visitado el 2 de mayo de 2014).

PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DECISORIOS LOCALES

Definición sugerida	Proporción de personas mayores con derecho de voto que votaron en las elecciones locales o en las iniciativas legislativas más recientes. Fuentes de datos sugeridas: - Datos administrativos de las autoridades locales
Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados	Proporción de personas mayores que notifican su participación en procesos decisorios relativos a cuestiones políticas, económicas y sociales importantes para la comunidad. Fuentes de datos sugeridas: - Encuesta de personas mayores residentes
Comentarios	Otros indicadores de participación de las personas mayores en procesos decisorios pueden incluir, por ejemplo, la representación (directa o indirecta) de esas personas en el concejo de gobierno local y otros órganos y foros locales decisorios (por ejemplo, reuniones municipales).
Referencias	→ Community indicators for an aging population. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2008 (http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf , visitado el 31 de Julio de 2015).

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN

Definición sugerida	Disponibilidad de fuentes locales que proporcionen información sobre problemas de salud y remisión a los diferentes servicios, especialmente por teléfono. Fuentes de datos sugeridas: - Datos administrativos de la oficina municipal de salud
Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados	Proporción de personas mayores que declaran saber a quién llamar si necesitaran información sobre sus problemas de salud y los servicios pertinentes de su comunidad. Fuentes de datos sugeridas: - Encuesta de personas mayores residentes
Comentarios	La información es esencial para que las personas mayores y quienes les dispensan cuidados puedan tomar decisiones y medidas fundamentadas en lo relativo a su salud y vida social, y buscar los servicios que necesitan. La información se deberá suministrar de manera tal que permita integrar a personas de diferentes grupos etarios y capacidades funcionales, quienes pueden diferir en cuanto al modo de comunicación preferido.
Referencias	→ Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611 , visitado el 5 de agosto de 2015). → Vladeck F, Segel R, Oberlink M, Gursen MD, Rudin D. Health indicators: a proactive and systematic approach to healthy aging. A Journal of Policy Development and Research. 2010; 12(2):67-81.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

Definición sugerida Proporción de personas mayores que necesitan atención o asistencia personal y reciben servicios profesionales (públicos o privados) domiciliarios o comunitarios.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos de las autoridades municipales sobre servicios sanitarios y sociales
- Informes oficiales de proveedores locales de servicios sanitarios y sociales domiciliarios y comunitarios

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores que notifican que satisfacen sus necesidades de atención o asistencia personal a través de servicios profesionales (públicos o privados) domiciliarios o comunitarios.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios Los servicios sociales y sanitarios domiciliarios y comunitarios abarcan una amplia gama de prestaciones. Son esenciales para las personas mayores con trastornos de salud o limitaciones funcionales que restringen su capacidad para vivir con autonomía y mantener su calidad de vida. El indicador básico se centra en la disponibilidad de profesionales; en contextos en los que la atención informal (familiar) desempeña una función importante, el indicador se debería adecuar para tener en cuenta esa circunstancia. La necesidad de servicios se puede determinar sobre la base de autonotificaciones, así como, de trastornos de salud y/o limitaciones funcionales diagnosticados. Se necesitarán indicadores más detallados para determinar las necesidades no satisfechas de servicios específicos en la comunidad (por ejemplo, atención domiciliaria, cuidado personal).

- Referencias**
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 5 de agosto de 2015).

SEGURIDAD ECONÓMICA

Definición sugerida

Proporción de personas mayores que viven en un hogar cuyo ingreso disponible es superior al umbral de riesgo de pobreza.

Fuentes de datos sugeridas:

- Estadísticas del trabajo
- Datos administrativos del departamento de asuntos económicos

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notificaron ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas en los 12 meses precedentes, sin asistencia pública ni privada.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

La seguridad económica es una situación económica individual que permite a las personas mantener su nivel de vida y satisfacer sus necesidades básicas en el presente y el futuro inmediato, sin asistencia pública ni privada.

La Unión Europea establece el umbral de riesgo de pobreza en el 60% del ingreso nacional medio disponible equivalente (después de las transferencias sociales). El ingreso equivalente se calcula dividiendo el ingreso familiar total por su magnitud, determinada después de aplicar los valores siguientes: 1,0 al primer adulto, 0,5 a cada uno de los demás miembros de 14 años o más, y 0,3 a cada miembro del grupo familiar que sea menor de 14 años (véanse "Referencias" más adelante).

La referencia temporal (por ejemplo, 12 meses) para la medida de la seguridad económica percibida, así como para el umbral de riesgo de pobreza, se pueden adaptar a las circunstancias locales, según proceda.

Referencias

- Economic security index [sitio web]. Organización Internacional del Trabajo (<http://www.ilo.org/dyn/sesame/SESHHELP.NoteESI>, visitado el 5 de mayo de 2014).
- Household incomes - equivalised [sitio web]. Australian Bureau of Statistics (<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/A390E2529EC00DFECA25720A0076F6C6?opendocument>, visitado el 5 de mayo de 2014).
- 'Laeken' indicators – Detailed calculation methodology. Comisión Europea, Eurostat; 2003 (<http://www.cso.ie/en/media/csoie/eusilc/documents/Laeken,Indicators,-,calculation,algorithm.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
- People at risk of poverty or social exclusion [sitio web]. Comisión Europea – Eurostat; 2014 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion, visitado el 5 de agosto de 2014).
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf1561, visitado el 5 de agosto de 2015).

CALIDAD DE VIDA

Definición sugerida

Esperanza de vida sana al nacer

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos e informes administrativos de la oficina municipal de salud

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que consideran que su calidad de vida es "muy buena (5)" o "buena (4) en una escala que va desde "muy mala (1)" a "muy buena (5).

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

El indicador de esperanza de vida sana al nacer se centra en el número promedio de años que una persona puede esperar vivir en "plena salud", teniendo en cuenta los años que no ha gozado de plena salud debido a enfermedades y/o traumatismos. A una edad más avanzada (por ejemplo, 60 años) la esperanza de vida sana puede ser una medida más significativa de los años vividos en plena salud durante los últimos años de vida.

Sin embargo, la calidad de vida no es simplemente la ausencia de enfermedad o traumatismos. Un entorno propicio y favorable puede posibilitar que una persona disfrute de una buena calidad de vida a pesar de padecer enfermedad o traumatismo.

Una medida subjetiva de la calidad de vida podría ser muy importante, por cuanto indicaría "la percepción que la persona tiene de su vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones" (OMS, 1997 pág.1).

El bienestar subjetivo es otra medida posible de la calidad de vida (véase "Referencias", a continuación).

Referencias

- Forsyth A, Schmitz K, Oakes M. Twin cities walking survey. Minneapolis: University of Minnesota; 2003 (<http://activelivingresearch.org/node/10619>, visitado el 2 de mayo de 2014).
- Healthy life expectancy (HALE) [sitio web]. OMS (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indhale/en/>, visitado el 5 de mayo de 2014).
- OECD Guidelines on measuring subjective well-being. París: OECD Publishing; 2003 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>, visitado el 31 de Julio de 2015).
- WHO methods for life expectancy and healthy life expectancy. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.5. Ginebra: OMS; 2014 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/LT_method.pdf, visitado el 5 de mayo de 2014).
- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) [sitio web]. OMS (http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, visitado el 17 de abril de 2014).





INDICADORES COMPLEMENTARIOS

Los indicadores que se enumeran a continuación fueron firmes candidatos para su inclusión en el conjunto de indicadores básicos, pero finalmente no se los incluyó por diversos motivos (véanse los criterios para la selección de indicadores en la sección IV.B de la presente guía). Según proceda, se debería considerar la inclusión de estos indicadores en un conjunto de indicadores locales, junto con los indicadores básicos.



ACCESIBILIDAD DE ESTACIONAMIENTO PRIORITARIO DE VEHÍCULOS

Definición sugerida Proporción de espacios de estacionamiento prioritario para personas mayores o personas con discapacidades, en instalaciones públicas nuevas y existentes.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos sobre planificación urbana, seguridad de edificios/ permisos y estacionamientos

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores con permiso especial de estacionamiento para personas mayores o conductores discapacitados que notifican la apropiada asignación y disponibilidad de espacios de estacionamiento prioritario.

Fuentes de datos sugeridas

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios En las sociedades en las que el uso de vehículos privados es el principal medio de transporte, la accesibilidad de estacionamiento prioritario puede ser importante para la movilidad de las personas mayores. El estacionamiento prioritario se refiere a espacios de estacionamiento accesibles para personas que reúnen ciertos requisitos, entre ellos tener una discapacidad. En la actualidad se dispone de algunas directrices sobre estacionamiento prioritario (véase "Referencias", a continuación); se deberán aplicar las normas localmente aceptadas sobre estacionamiento prioritario (por ejemplo, ancho del espacio de estacionamiento, señales, etc.) La definición sugerida recoge sólo la disponibilidad de espacios de estacionamiento prioritario de vehículos; se necesitarían otros indicadores para una evaluación más completa de la accesibilidad de los estacionamientos prioritarios.

- Referencias**
- Accessibility for the disabled. A design manual for a barrier free environment [en línea]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2003-04 (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/index.html>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Design standards for accessible parking spaces. Committee on Architectural Barrier-Free Design, New Hampshire Governor's Commission on Disability (http://www.nh.gov/disability/information/architectural/documents/design_standards_parking.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Restriping parking lots. U.S. Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section (<http://www.ada.gov/restripe.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).

ACCESIBILIDAD DE LA VIVIENDA

Definición sugerida

Proporción de viviendas nuevas y existentes

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos del departamento de vivienda

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notifican que su vivienda está adaptada o se puede adaptar a sus necesidades para facilitar el envejecimiento en el hogar

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

El indicador sugerido se puede complementar con otros indicadores para una evaluación más completa del cumplimiento de las normas de diseño universales. La vivienda de diseño universal permite el acceso de cualquier persona, incluidos niños, personas mayores y personas con limitaciones funcionales. Las características de la vivienda de diseño universal están adaptadas, y son adaptables, para responder a las necesidades y circunstancias individuales de las personas a medida que envejecen. En la actualidad existen algunas directrices sobre diseño de vivienda universal (véase "Referencias", a continuación); se deberán aplicar las normas locales pertinentes, apropiadas y aceptables.

ACCESIBILIDAD DE LA VIVIENDA

- Referencias**
- Accessibility for the disabled. A design manual for a barrier free environment [en línea]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2003-04 (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/index.html>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Community indicators for an aging population. Ottawa: Canada mortgage and Housing Corporation; 2008 (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Hartje SC. Recommendations for essential and advanced universal design features and product characteristics in new, single-family housing in Washington. Seattle: Housing Task Force, Northwest Universal Design Council; 2010 (http://www.environmentsforall.org/docs/UD_Guidelines_Compiled.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Housing quality indicators form. UK National Affordable Homes Agency; 2008 (http://www.homesandcommunities.co.uk/sites/default/files/our-work/721_hqi_form_4_apr_08_update_20080820153028.pdf, visitado el 6 de mayo de 2014).
 - Kihl M, Brennan D, Gabhawala N, List J, Mittal P. Livable communities: An evaluation guide. Washington: American Association of Retired Persons; 2005 (http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311_communities.pdf, visitado el 8 de mayo de 2014).
 - Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Non-mainstream housing design guidance: Literature review. Londres: Homes and Communities Agency; 2012 (<http://www.prparchitects.co.uk/our-work/research/research-publications/2012/non-mainstream-housing-design-guidance/prp-hca-housingdesign-2012.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado 5 de agosto de 2015).

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA GRUPAL DE ESPARCIMIENTO

Definición sugerida

Proporción de personas mayores que son miembros de un grupo autónomo o institucional de actividad física de esparcimiento.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos demográficos de miembros notificados por clubes, asociaciones o servicios locales para grupos deportivos y otras actividades físicas.

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notifican su participación en actividades físicas grupales de esparcimiento.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios

Este indicador se centra en la actividad física grupal de esparcimiento, especialmente juegos, deportes y ejercicios planeados. El objetivo consiste en consignar los aspectos positivos de la actividad física y la participación social. Otras formas de actividad física, tales como los desplazamientos diarios y el transporte, la actividad profesional y las tareas domésticas se realizan probablemente por necesidad más que por deseo, y es poco probable que conlleven la participación social.

Los tipos específicos de actividades y grupos o servicios que se incluirán en este indicador se pueden determinar localmente, según proceda. Existen más medidas específicas de actividad física, con especificaciones del tipo, la duración, la frecuencia y la intensidad del ejercicio. Sin embargo, la evaluación de los niveles óptimos de actividad física para las personas mayores sobre una base de población puede ser complicada dado que muchas personas mayores tal vez no puedan realizar la actividad física recomendada, a raíz de trastornos de salud o limitaciones funcionales. Los indicadores de estos tipos de evaluaciones deberán consignar el grado en que las personas mayores son físicamente activas en la medida que lo permiten sus condiciones.

Referencias

- Ferreira M, Kowal P. Minimum data set on ageing in sub-Saharan Africa: Report on a WHO Workshop, 12-14 February, 2003. Pretoria: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591110.pdf>, visitado el 6 de mayo de 2014).
- Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf, visitado el 6 de mayo de 2014).
- Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).

PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN PERMANENTE

Definición sugerida Proporción de personas mayores matriculadas en actividades de educación o capacitación, bien sean formales o no formales, en el último año.

Fuentes de datos sugeridas:

- Datos administrativos del departamento municipal de educación
- Datos de matriculación en institutos de educación y capacitación privados y públicos

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores que notificaron su matriculación en actividades de educación o capacitación, bien sean formales o no formales, en el último año.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuesta de personas mayores residentes

Comentarios Existen tres tipos diferentes de educación, a saber, educación formal, no formal e informal. La educación formal alude a cursos de educación y capacitación, incluida la capacitación en el trabajo, ofrecidos por universidades, facultades, escuelas y otras organizaciones habilitadas. La educación no formal se refiere a actividades educativas organizadas y estructuradas dentro o fuera de institutos de educación. A diferencia de las actividades de educación formal, la educación no formal no otorga una cualificación. Los ejemplos incluyen la asistencia a cursos como oyente, no para obtener créditos, en una facultad o universidad, cursos en bibliotecas o actividades de enseñanza religiosa. Las actividades de educación informal se refieren a situaciones de aprendizaje en el hogar, el trabajo y durante actividades recreativas, y no son organizadas ni estructuradas. Los tipos específicos de actividades de educación y el período de tiempo que se incluirán en este indicador se pueden determinar en el ámbito local, según proceda.

Si los residentes locales tienen buen acceso a oportunidades de educación permanente en comunidades vecinas, las encuestas de antiguos residentes pueden proporcionar un panorama más completo de sus actividades de aprendizaje que la información obtenida únicamente a través de instituciones locales.

- Referencias**
- Integrating lifelong learning perspectives. Hamburg: Instituto de la UNESCO para la Educación; 2002.
 - Merriam SB, Kee Y. Promoting community wellbeing: The case for lifelong learning for older adults. *Adult Education Quarterly*. 2014;64(2):128-144.
 - Recognition of non-formal and informal learning – home [sitio web]. OCDE (<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/recognitionofnon-formalandinformallearning-home.htm>, visitado el 7 de mayo de 2014).
 - Terms, concepts and models for analysing the value of recognition programmes. RNFIL- Third Meeting of National Representatives and International Organisations, 2 y 3 de octubre de 2007, Viena, Austria. OCDE (<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/41834711.pdf>, visitado el 7 de mayo de 2014).

ACCESO A INTERNET

Definición sugerida	Proporción de personas mayores que viven en un hogar con acceso a internet.
	Fuentes de datos sugeridas: - Datos demográficos de usuarios de internet notificados por proveedores públicos y/o privados de internet
Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados	Proporción de personas mayores que notifican tener acceso a internet en su casa.
	Fuentes de datos sugeridas: - Encuesta de personas mayores residentes
Comentarios	El uso de internet como un medio para obtener información y comunicarse con otros usuarios, bien sea para interactuar socialmente, recibir servicios y atención (por ejemplo, ciber salud) o para realizar trabajos u otras tareas cotidianas (por ejemplo, compras) desde el hogar ha aumentado extraordinariamente a lo largo de los años. Aunque aún pueda haber una variabilidad sustancial en el grado de dependencia de internet como una tecnología esencial de información y comunicación entre las personas mayores, lo que genera una brecha digital entre generaciones/cohortes por edad o entre diferentes zonas geográficas, ya es un instrumento importante para las personas mayores de muchos países desarrollados, y se prevé que se volverá cada vez más importante para sucesivas generaciones de personas mayores en otros contextos.
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> → Older adults and technology use: adoption is increasing, but many seniors remain isolated from digital life. Washington DC: Pew Research Center; 2014 (http://www.pewinternet.org/2014/04/03/older-adults-and-technology-use/, visitado el 5 de agosto de 2015). → Positive aging indicators. Wellington: Minister of Social Development; 2007 (https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/monitoring/postive-age-indicators/positive-ageing-indicators-2007.pdf, visitado el 31 de julio de 2015).

SEGURIDAD PÚBLICA

Definición sugerida Tasa de delitos notificados (por año), perpetrados contra personas mayores.

Fuentes de datos sugeridas:

- Estadísticas de delitos
- Informes de la policía local

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados Proporción de personas mayores que notifican sentirse seguras en su vecindario.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuestas a personas mayores residentes

Comentarios La seguridad pública en la comunidad es importante para promover, tanto directa como indirectamente, la salud y el bienestar de los residentes. La seguridad contra delitos, violencia y otros hechos peligrosos en el entorno comunitario pueden proteger la salud física y el bienestar mental de los residentes. Además, los sentimientos de seguridad y confianza pueden reforzar la cohesión social. La seguridad percibida puede promover más aún el bienestar de las personas y su integración en la sociedad, por cuanto reduce su angustia al salir de casa para participar en ejercicios físicos y actividades sociales. En el entorno físico y social se pueden realizar muchos tipos de intervenciones destinadas a fortalecer la seguridad comunitaria, especialmente para las personas mayores, por ejemplo, instalar sistemas de orientación y dispositivos de seguridad en cruces peatonales y sensibilizar acerca de los delitos comunes contra las personas mayores.

- Referencias**
- Community indicators for an aging population. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2008 (<http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66099.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).
 - Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital with health surveys: key issues. *Health Policy and Planning*. 2002;17(1):106-111.
 - Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Project identifies 33 indicators that a community is «elder-friendly»: implementing benchmarks for elder-friendly supportive communities. Nueva Jersey: Robert Wood Johnson Foundation; 2004 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2009/rwjf15611, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Positive aging indicators. Wellington: Minister of Social Development; 2007 (<https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/monitoring/postive-age-indicators/positive-ageing-indicators-2007.pdf>, visitado el 31 de julio de 2015).

PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

Definición sugerida

Proporción de empleados de órganos del gobierno local, organizaciones comunitarias y proveedores de servicios que en el último año participaron en un ejercicio o simulacro de respuesta a emergencias que tuviera en cuenta las necesidades de las personas mayores residentes.

Fuentes de datos sugeridas:

- Informes de las autoridades locales que realizan ejercicios o simulacros de respuesta ante emergencias (por ejemplo, oficina local de gestión de emergencias, departamento local de bomberos)
- Encuesta de organismos gubernamentales locales pertinentes, organizaciones comunitarias y proveedores de servicios.

Definición sugerida mediante el uso de datos auto-notificados

Proporción de personas mayores que notificaron haber participado, en el último año, en un ejercicio o simulacro de respuesta a emergencias que tuviera en cuenta las necesidades de las personas mayores residentes.

Fuentes de datos sugeridas:

- Encuestas de personas mayores residentes

Comentarios

En situaciones de emergencia las personas mayores tienen necesidades especiales. Suelen padecer enfermedades crónicas y limitaciones funcionales que aumentan su vulnerabilidad y su necesidad de asistencia ante una emergencia. Es crucial que las personas, los proveedores de servicios y las comunidades participen activamente en la planificación y preparación para emergencias, teniendo en cuenta las necesidades especiales de las personas mayores y las personas con discapacidades.

Cada persona tiene la responsabilidad de prepararse para una posible emergencia, incluidas las personas mayores y los familiares que los cuidan. Los proveedores de servicios deben recibir capacitación en procedimientos de respuesta ante emergencias, a fin de asegurar la continuidad del servicio, la seguridad de su propio personal y de las personas mayores a su cuidado. Los organismos del gobierno local y las organizaciones comunitarias deben coordinarse y prepararse para atender a las necesidades de salud y seguridad de las personas mayores, integrarlas en las actividades de planificación y preparación/ejercitación, y preparar planes, sistemas de información, suministros e instalaciones que satisfagan las necesidades de las personas mayores en su comunidad, no solo en la fase inmediata de la respuesta, sino también la fase de recuperación a mediano y largo plazo, según sea necesario. Esto debería ser una parte integral del protocolo más amplio de preparación y respuesta de la comunidad ante las emergencias.

PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

- Referencias**
- Disaster preparedness: Home and community-based services for people with dementia and their caregivers. Alzheimer's Association & RTI International (http://www.aoa.gov/AoA_Programs/HPW/Alz_Grants/docs/Toolkit2_DisasterPreparedness.pdf, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Disaster preparedness planning for older adults [sitio web]. U.S. Department of Health & Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (<http://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/older-adults.aspx>, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Livable community indicators for sustainable aging in place. Nueva York: MetLife Mature Market Institute & Stanford Center on Longevity; 2013 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-livable-communities-study.pdf>, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Older people in emergencies: Identifying and reducing risks. Londres: HelpAge International; 2012 (<http://www.helpage.org/download/50f40327cd6b1>, visitado el 5 de agosto de 2015).
 - Older persons in emergencies: Considerations for action and policy development. Ginebra: OMS; 2008 (http://www.who.int/ageing/publications/emergencies_policy/en/, visitado el 5 de agosto de 2015).
-



VII



LIMITACIONES DEL MARCO Y LOS INDICADORES

La adaptación de un entorno urbano a las personas mayores es un concepto complejo, dinámico y multidimensional que, además, depende en gran medida del contexto. Además, el conocimiento y la ciencia sobre esta cuestión están todavía en una fase incipiente; la adaptación de las ciudades a las personas mayores es un objetivo cambiante. Así, no se presta fácilmente a la normalización de su medición. En vista de esta realidad, existen algunas limitaciones inevitables para los indicadores abordados en el presente documento.

En primer lugar, aunque los indicadores básicos se han seleccionado con el fin de abarcar productos y resultados de

iniciativas para adaptar las ciudades a las personas mayores, la dependencia exclusiva del conjunto de indicadores básicos descritos en el presente documento proporcionará un panorama simplista, y posiblemente inapropiado, de la compleja realidad concerniente a los determinantes del envejecimiento y la salud en una ciudad dada. Se deberá considerar detenidamente la adopción y adaptación de indicadores básicos, y complementarlos con otros indicadores, a fin de obtener la evaluación más apropiada para la ciudad en cuestión.

En segundo lugar, en consonancia con el concepto original de la OMS de *ciudades adaptadas a las personas*



mayores, los indicadores básicos se elaboraron con un enfoque centrado en el contexto urbano a nivel de autoridad local, y esto puede haber limitado su utilidad para investigar cuestiones conexas en contextos suburbanos y rurales, en niveles gubernamentales más altos o en escalas geográficas más amplias (por ejemplo, regional o nacional).

En tercer lugar, aunque se realizaron esfuerzos en el proceso de elaboración de indicadores básicos con miras a recopilar aportaciones de regiones de bajos y medianos ingresos, una gran parte de la información, las experiencias y los conocimientos especializados actualmente disponibles (por ejemplo, bibliografía, directrices existentes, buenas prácticas, expertos) procedían de países de altos ingresos. Debido a esto, los indicadores básicos podrían ser menos pertinentes y adecuados para los entornos de menos recursos.

En cuarto lugar, los indicadores básicos descritos en la presente guía no coinciden ni se corresponden con las ocho esferas de una ciudad adaptada a las personas mayores descritas anteriormente por la OMS (OMS, 2007). Sin embargo, los indicadores básicos todavía abarcan los conceptos y principios originales. Esto fue el resultado de las amplias consultas llevadas a cabo durante la elaboración de los indicadores básicos,

y de la prioridad acordada al desarrollo de indicadores en consonancia con el pensamiento, las pruebas y las prácticas actuales, y respetando al mismo tiempo el concepto original, en vez de seguir estrictamente la orientación previamente establecida.

En quinto lugar, las definiciones operacionales de algunos de los indicadores clave no están rigurosamente normalizadas, y ello puede dar lugar a variaciones en la medición y a una menor exactitud y comparabilidad. Esto se debe en gran medida a la alta complejidad y al carácter contextual del fenómeno que se está midiendo, así como al inmaduro estado de la ciencia y la necesidad práctica de permitir la adaptabilidad de los indicadores.

Algunas de las limitaciones observadas anteriormente derivan del hecho de que este es un campo de la ciencia y la práctica en plena evolución. Varias limitaciones se refieren a tópicos específicos que requieren más investigación. En consecuencia, los contenidos de la presente guía, entre ellos el marco de los indicadores, los indicadores y sus definiciones, requieren exámenes y revisiones a través de un proceso iterativo que permita mantener la orientación actualizada y compatible con los últimos avances, y mejorar constantemente su utilidad.



VIII



REFERENCIAS

1. World population ageing 2013. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población; 2013 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeingReport2013.pdf>, visitado el 28 de mayo de 2014).
2. World urbanization prospects: the 2009 revision. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población; 2010 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/urbanization/urbanization-wallchart2009.pdf>, visitado el 1 de mayo de 2014).
3. Beard JR, Petitot C. Ageing and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Pub Health Rev.* 2010;32(2):427-50.
4. Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). Hidden cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Kobe: Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/hidden_cities2010/en/, visitado el 17 de abril de 2014).
5. Organización Mundial de la Salud y U.S. National Institute of Aging. Global health and ageing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, visitado el 3 de junio de 2014).

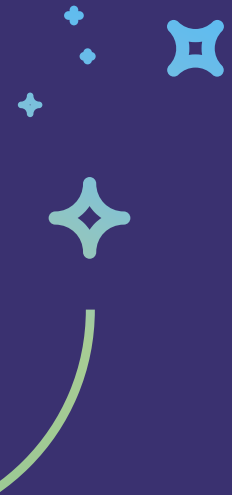
6. Age-friendly rural and remote communities: a guide. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2009 (http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age_friendly_rural/AFRRC_en.pdf, visitado el 25 de julio de 2014).
7. Global age-friendly cities: a guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, visitado el 28 de marzo de 2014).
8. Checklist of essential features of age-friendly cities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf, visitado el 28 de marzo de 2014).
9. Davis KE, Kingsbury B. Indicators as interventions: pitfalls and prospects in supporting development initiatives. A report prepared with support from the Rockefeller Foundation. Nueva York: Rockefeller Foundation; 2011 (<http://www.rockefellerfoundation.org/media/download/ec67839f-0b11-4fca-b532-fb9a4fdf476e>, visitado el 2 de mayo de 2014).
10. Bravema P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(4):254-258. doi:10.1136/jech.57.4.254.
11. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf, visitado el 9 de abril de 2014).
12. Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe: Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart/en/, visitado el 3 de junio de 2014).
13. Brown D. Good practice guidelines for indicator development and reporting. Busan: OCDE; 2009 (<http://www.oecd.org/site/progresskorea/43586563.pdf>, visitado el 2 de mayo de 2014).
14. The good indicator guide: understanding how to use and choose indicators. Londres: NHS Institute for Innovation and Improvement & Association of Public Health Observatories; 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44584>, visitado el 28 de marzo de 2014).



IX



ANEXO 1:
PROCESO DE
ELABORACIÓN DE
LOS INDICADORES
DE LA GUÍA



El marco de indicadores y los indicadores básicos contenidos en la presente guía son el fruto de un enfoque sistemático llevado a cabo entre 2012 y 2014. Ello incluyó exámenes bibliográficos, dos reuniones consultivas de expertos, varias rondas de exámenes entre homólogos y un estudio piloto (figura 3).

Se realizó un amplio examen bibliográfico sobre los marcos existentes y las conclusiones de investigaciones relativas a los determinantes y los procesos del envejecimiento saludable y activo en

el medio urbano. Esto, y la comprensión del concepto desarrollado por la OMS, ciudades y comunidades adaptada a las personas mayores, sirvieron de base para elaborar el marco de indicadores descrito en el presente documento. Este marco refleja también las aportaciones recibidas de una amplia gama de expertos por medio de consultas individuales y grupales.

La elaboración de los indicadores se basó en varias aportaciones. En primer lugar, se realizó un amplio examen bibliográfico sobre iniciativas internacionales y nacionales



relativas al envejecimiento, la salud y el medio urbano, a fin de reunir los indicadores pertinentes. En relación con los ocho ámbitos originales de la *Global Age-friendly City Guide* de la OMS se seleccionaron 195 indicadores de 16 iniciativas. Esta lista principal de indicadores proporciona un punto de partida para que los expertos examinen cuáles se podrían proponer como indicadores básicos para evaluar la adaptación de las ciudades a las personas mayores.

Durante la primera reunión consultiva de expertos, celebrada en 2012, el grupo de expertos preseleccionó 61 indicadores como posibles indicadores básicos; sugirió modificaciones a los ámbitos de los indicadores y estableció los criterios para seguir reduciendo la lista. El conjunto preliminar de indicadores se evaluó en un estudio piloto realizado en 2013 en el que participaron representantes gubernamentales y comunitarios de más de 40 ciudades de 15 países (cuadro 1). El estudio piloto generó una clasificación de indicadores, así como retroinformación cualitativa sustancial sobre los indicadores y sus definiciones. Los resultados preliminares del estudio piloto se examinaron durante la segunda reunión consultiva de expertos, que tuvo lugar en 2013 y generó recomendaciones sobre el perfeccionamiento del marco de indicadores y del conjunto de indicadores básicos.

En el período 2014-2015, un proyecto anterior de la presente guía se ensayó en 15 comunidades de 12 países que abarcaban todas las regiones de la OMS (Cuadro 2). Para los ensayos se seleccionaron lugares de ensayo diversos en cuanto al tamaño de la población, el entorno urbano o rural, la pertenencia a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores y el contexto sociocultural. A diferencia del estudio piloto preliminar, se pidió a los lugares de ensayo que revisaran la guía e hicieran todos los esfuerzos posibles por recopilar y analizar datos para los indicadores básicos y los complementarios incluidos en la guía. Tras la finalización del estudio, representantes de los lugares piloto se reunieron en la Sede de la OMS, en Ginebra, y durante dos días deliberaron a fondo con el fin de reseñar las conclusiones fundamentales del estudio piloto e identificar cuestiones que se deberían abordar antes de concluir la guía.

La presente versión publicada de la guía tiene en cuenta todos los resultados de los exámenes de la bibliografía, las consultas de expertos, la encuesta piloto preliminar, el estudio piloto final y el amplio examen por homólogos realizados entre 2012 y 2015. La elaboración de indicadores es un proceso iterativo, y los indicadores básicos se podrán perfeccionar en el futuro, en caso necesario y según proceda, a la luz de las nuevas pruebas científicas o directrices prácticas y de la retroinformación de los usuarios.

FIGURA 3. PROCESO DE DESARROLLO DEL MARCO DE INDICADORES E INDICADORES BÁSICOS RELATIVOS A LA ADAPTACIÓN DE LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES



CUADRO 1. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO PILOTO PRELIMINAR SOBRE INDICADORES DE LA ADAPTACIÓN DE LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES, MAYO-DICIEMBRE DE 2013

PAÍS	CIUDAD	INSTITUCIÓN	PRINCIPALES INSTITUCIONES ASOCIADAS*
Argentina	La Plata	Isalud	→ Intendente de la ciudad de La Plata → Ombudsman de la Provincia de Buenos Aires
Australia	Melbourne	Ciudad de Melbourne	
		Ciudad de Ottawa	→ The Council on Aging of Ottawa
	Ottawa	The Council on Aging of Ottawa	→ Ciudad de Ottawa → Public Health Agency of Canada
Canadá		The International Longevity Centre (Rio de Janeiro (Brasil))	→ Ciudad de Ottawa → The Council on Aging of Ottawa → The International Longevity Centre
	N/D	Public Health Agency of Canada	→ Canadian Mortgage and Housing Corporation
China	Shanghai	Oficina de Salud del Distrito de Jing'an, Shanghai	
	Jeju	Instituto de Jeju para el Desarrollo	
Corea	Seúl	Fundación de Seoul para el Bienestar	
Costa Rica	San José	Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología	→ Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
España	N/D	Programa Nacional de Ciudades Amigables con las Personas Mayores	

PAÍS	CIUDAD	INSTITUCIÓN	PRINCIPALES INSTITUCIONES ASOCIADAS*
Estados Unidos de América	Bowling Green, Kentucky	Ciudad de Bowling Green	<ul style="list-style-type: none"> → Western Kentucky University → City of Bowling Green Neighbourhood → AARP Kentucky
	Portland, Oregón	Portland State University - Institute on Aging	<ul style="list-style-type: none"> → City of Portland Bureau of Planning and Sustainability → Multnomah County Aging and Disability Services and Health Divisions → Metro (Gobierno regional de Portland)
	N/D	AARP	
Francia	Besançon	Ville et CCAS de Besançon	
Irlanda		Dublin Age Friendly City Programme City Council	→ Ayuntamiento de Dublín
		Ageing Well Network (en representación de Dublín oriental)	
	Dublín	Investigador individual** (en representación del nordeste de Dublín)	<ul style="list-style-type: none"> → Dundalk Institute of Technology → NUI Maynooth → DCU
		Fingal Local Authority (en representación del norte de Dublín)	
	Kilkenny	Ageing Well Network	<ul style="list-style-type: none"> → Autoridades locales → Dirección del Servicio Sanitario → Imposición de la ley
Japón	Akita	Ciudad de Akita, Welfare and Health Department, Elderly Welfare Unit	
	N/D	Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES)***	→ Centre for Wellbeing and Society, Nihon Fukushi University (JAGES Secretariat)

PAÍS	CIUDAD	INSTITUCIÓN	PRINCIPALES INSTITUCIONES ASOCIADAS*
Kenya	Nairobi (Barriada de Korogocho)	African Population and Health Research Center	
	Sheffield	Ayuntamiento de Sheffield	
Reino Unido	Manchester	Age-Friendly Manchester, Public Health Manchester, Ayuntamiento de Manchester	→ Universidad de Manchester → UK Urban Ageing Consortium
		Tuymazy	Organization of Retired Persons
Rusia	Wellawaya	Uva Provincial Council	→ Ministerio de Servicios Sociales → Ministerio de Salud
	Sri Lanka	No disponible	Oficina de la Organización Mundial de la Salud en Sri Lanka

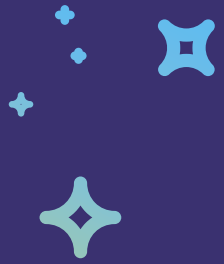
* Principales instituciones asociadas mencionadas por la persona que respondió la encuesta.

** Los nombres de los encuestados no se mencionan para proteger su privacidad.

*** JAGES suministró la respuesta colectiva de 38 funcionarios de salud locales en representación de 23 gobiernos de ciudades/prefecturas de todo el Japón.

CUADRO 2. LUGARES DE ENSAYOS PILOTO DE LA GUÍA PARA EL USO DE INDICADORES BÁSICOS DE LA ADAPTACIÓN DE LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES, DICIEMBRE DE 2014-MARZO DE 2015

PAÍS	CIUDAD O PUEBLO	ZONA DE LA CIUDAD O EL PUEBLO EN LA QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO PILOTO (SOLO SI NO SE REALIZÓ EN LA TOTALIDAD DEL MUNICIPIO)
Argentina	La Plata	
Australia	Banyule	
China	Hong Kong	
China	Shanghai	Distrito de Jing'an
España	Bilbao	
Estados Unidos	Bowdoinham	Zona del Concejo Municipal de Nueva Delhi
Estados Unidos	New Haven	Barrios de Eyvanak y Shahrak-e-Ghods en la región Región 7, Distrito 2
Estados Unidos	Washington DC	Barriadas Korogocho y Viwandani
Francia	Dijon	
India	Nueva Delhi	
Irán	Teherán	
Italia	Udine	
Kenya	Nairobi	
Reino Unido	Fishguard and Goodwick	
Rusia	Tuymazy	



ANEXO 2: EJEMPLOS DE CASOS DE ADAPTACIÓN LOCAL DE LOS INDICADORES BÁSICOS

A continuación se presentan cinco ejemplos de casos tomados del estudio piloto realizado en el período 2014-2015 (véase el anexo 1): Barriadas de Korogocho y Viwandani en Nairobi (Kenya); Bilbao (España); Banyule (Australia); Distrito de Jing'an en Shanghai (China); y Washington, D.C. (Estados Unidos). En cada caso, la selección del indicador, las definiciones y los métodos de acopio de datos se adaptaron en grado variable al singular contexto local. Cabe señalar que en el estudio piloto se utilizó un proyecto anterior de la presente guía y que algunas definiciones de indicadores utilizadas en ese estudio han sufrido modificaciones.



EJEMPLO 1: BARRIADAS DE KOROGOCHO Y VIWANDANI EN NAIROBI (KENYA) – INDICADORES DEL ENTORNO FÍSICO

El Programa sobre Envejecimiento y Desarrollo del *African Population and Health Research Center* llevó a cabo un ensayo piloto en Nairobi (Kenya), centrado en dos comunidades de barriadas, Korogocho y Viwandani. A finales del decenio de 1960, migrantes rurales comenzaron a establecerse en Korogocho, en terrenos públicos no urbanizados. Tras decenios de expansión, casi la mitad está actualmente en terrenos de propiedad privada. Flanqueado al Este y al Sudeste por el mayor vertedero de la ciudad, el asentamiento de 1 km cuadrado alberga a unos 41.000 residentes estables en más de 250 unidades por hectárea. Por su parte, Viwandani limita al sur con el extremadamente contaminado río Ngong, y al norte con una zona industrial cuya prosperidad se debe, principalmente, a la mano de obra barata no cualificada y a la alta movilidad de los residentes de la barriada. En ambas localidades, sorprendentemente, la tasa general de crecimiento de la población de personas mayores (53% en Korogocho y 138% en Viwandani) sobrepasaba extraordinariamente la tasa de crecimiento de la población en general, que entre 2003 y 2004 era del 6,1% en Korogocho y el 23,7% en Viwandani. Hasta la fecha no existe ninguna iniciativa específica de adaptación del entorno urbano a las personas mayores

en Korogocho ni en Viwandani, ni en Nairobi en general. Dos programas de mejoramiento de barriadas promovidos por el Gobierno nacional con miras a mejorar los medios de subsistencia de los residentes probablemente incluyan elementos de interés fundamental para un posible esfuerzo en favor de las personas mayores. Korogocho es una de las zonas centrales de esos programas, pero Viwandani no.

Los datos para los indicadores se obtuvieron principalmente a partir de observaciones directas sobre el terreno y de datos secundarios (el conjunto de datos de 2013 del Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance System, que opera en los dos lugares del estudio, y los datos de la encuesta de 2009 sobre la situación y el bienestar de personas mayores residentes de 60 años o más, realizada en los dos sitios, que se recopilaron como parte de un estudio más amplio sobre la dinámica de la urbanización, la pobreza y la salud. Además, se celebraron reuniones de grupos de reflexión con los residentes más antiguos de las dos barriadas, a fin de examinar la pertinencia de los indicadores básicos y otros posibles indicadores que serían necesarios en su contexto.

El cuadro 3 presenta un fragmento de los informes de esos grupos, que muestran los resultados de su evaluación de los indicadores básicos del entorno físico.

CUADRO 3. MEDICIÓN DE RESULTADOS DE LOS INDICADORES DEL ENTORNO FÍSICO EN LAS BARRIADAS KOROGOCHO Y VIWANDANI DE NAIROBI (KENYA, 2015)

INDICADOR	DEFINICIÓN SUGERIDA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS
Facilidad del tránsito peatonal en el barrio	Proporción de calles del barrio con sendas peatonales que satisfacen los criterios locales aceptados	Misma definición	0% (=0/40) De las 17 carreteras de Viwandani, ninguna está asfaltada; de las 23 de Korogocho, las pocas que están asfaltadas carecen de aceras o solo las tienen en partes. Se considera que todo esto es inadecuado para las personas mayores.	Cartografía física de los lugares de estudio
Accesibilidad de los espacios y edificios públicos	Proporción de espacios y edificios públicos nuevos y existentes totalmente accesibles con silla de ruedas	Misma definición	0% (=0/20) Los edificios públicos de Viwandani son: 3 oficinas de la administración local, 3 iglesias principales y 2 escuelas primarias públicas. En Korogocho son: 2 oficinas de la administración local, 1 salón público, 7 oficinas de personas mayores de la aldea, 1 escuela primaria pública y 1 iglesia.	
Accesibilidad de los vehículos de transporte público	Proporción de vehículos de transporte público con asientos reservados para personas mayores o personas con discapacidades	Misma definición	0%	
Accesibilidad de las paradas de transporte público	Proporción de viviendas situadas a distancia caminable (500 m) de una parada de transporte público	Misma definición	10% (Viwandani) y <10% (Korogocho) Según se estima, solo 1 de cada 10 casas está a una distancia caminable de unos 500 metros de cualquiera de las 4 paradas de autobuses más próximas a Viwandani. Menos del 10% de las familias de Korogocho viven a una distancia caminable de la única parada de autobús de la comunidad.	

INDICADOR	DEFINICIÓN SUGERIDA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS
Asequibilidad de la vivienda	Proporción de personas mayores que viven en un hogar que gasta menos del 30% de sus ingresos disponibles en vivienda	Proporción de hogares que notifican que gastan menos del 30% de sus ingresos en vivienda	51,3% (=683/1.332)	Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance System

Sobre la base de las conversaciones de los grupos de reflexión con los antiguos residentes de las barriadas se identificaron otras (nuevas) dimensiones, o dimensiones

alternativas, de los indicadores básicos, tanto del entorno físico como del social, que sería importante evaluar en su contexto (cuadro 4).

CUADRO 4. DIMENSIONES ADICIONALES O ALTERNATIVAS A LOS INDICADORES BÁSICOS QUE SE ESTIMARON PERTINENTES EN LAS BARRIADAS KOROGOCHO Y VIWANDANI DE NAIROBI (KENYA) NOTIFICADAS EN 2015

INDICADOR	DEFINICIONES ACTUALES	DIMENSIÓN ADICIONAL	DIMENSIÓN ALTERNATIVA
ENTORNO FÍSICO			
Facilidad de tránsito peatonal en el barrio	→ Proporción de calles del barrio con sendas peatonales que satisfacen los criterios locales aceptados	→ Proporción de carreteras y caminos accesibles a vehículos (para permitir el transporte a tiempo en casos de emergencia)	
	→ Proporción de personas mayores que notifican que su barrio está adaptado a los peatones, incluso los que utilizan sillas de ruedas		
Accesibilidad de los vehículos de transporte público	→ Proporción de vehículos de transporte público con asientos reservados para personas mayores o personas con discapacidades	→ Grado de comportamiento respetuoso/no grosero de los conductores de transporte público y los cobradores hacia las personas mayores	
		→ Asequibilidad del transporte público (tarifas)	

INDICADOR	DEFINICIONES ACTUALES	DIMENSIÓN ADICIONAL	DIMENSIÓN ALTERNATIVA
ENTORNO SOCIAL			
Actitud social positiva hacia las personas mayores	→ Número de casos notificados de maltrato a personas mayores	→ Grado de respeto de los jóvenes hacia las personas mayores en los ámbitos familiar y comunitario	
	→ Proporción de personas mayores que notifican sentirse respetadas y socialmente integradas en su comunidad		
Participación en actividades socioculturales	→ Proporción de personas mayores entre los visitantes registrados en centros y actividades culturales locales		→ Grado de participación en actividades religiosas y grupos de autoayuda ¹ (aparentemente existe poca demanda, si acaso alguna, para otro tipo de participación sociocultural)
	→ Proporción de personas mayores que notificaron su participación en actividades socioculturales voluntarias, al menos una vez por semana		

¹ Los grupos de autoayuda existentes en las comunidades del estudio incluyen la iniciativa 'No Means No', en cuyo marco una ONG local (Ujamaa África) capacita a mujeres mayores en autodefensa para que puedan defenderse de ataques, y el Grupo de Desarrollo de Personas Mayores de Korogocho, que moviliza recursos y apoyo para personas mayores vulnerables.

INDICADOR	DEFINICIONES ACTUALES	DIMENSIÓN ADICIONAL	DIMENSIÓN ALTERNATIVA
Disponibilidad de servicios sanitarios y sociales	<p>→ Número de personas mayores que necesitan atención o asistencia personal y reciben servicios profesionales (públicos o privados) domiciliarios</p> <p>→ Proporción de personas mayores que notifican que satisfacen sus necesidades de atención o asistencia personal a través de servicios profesionales (públicos o privados) domiciliarios</p>	<p>→ Grado de acceso a servicios de atención primaria de salud de calidad para satisfacer las necesidades de salud básicas de las personas mayores, en particular la gestión de enfermedades crónicas</p>	

EJEMPLO 2: BILBAO (ESPAÑA) – INDICADORES DEL ENTORNO FÍSICO

El estudio piloto realizado en Bilbao (España) estuvo encabezado por una iniciativa interdepartamental del Ayuntamiento de la ciudad. Situada en el norte de España, Bilbao es la capital de la provincia de Vizcaya, en la comunidad autónoma del País Vasco. Con una población de 347.778 habitantes, Bilbao es la ciudad más densamente poblada del País Vasco y es el centro del área metropolitana de Bilbao, cuyo conurbano alberga aproximadamente 1 millón de habitantes. La ciudad está rodeada por dos cordilleras que forman sus límites naturales. En 2013, la proporción de la población de 60 años y más ascendía al 26,3%. Bilbao integra la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las

Personas Mayores desde 2010. En 2012 la ciudad desarrolló un plan de acción cuyos resultados se están evaluando.

Las principales fuentes de datos utilizadas en el estudio piloto fueron: una encuesta con fines especiales de muestras aleatorias realizada entre 250 personas de 60 años o más, residentes en la ciudad, y la base de datos interdepartamental centralizada de la ciudad. Además, con el fin de examinar la pertinencia y la prioridad de los indicadores en el contexto local, se celebraron deliberaciones de grupos de reflexión con expertos y personas de 60 años o más, en las que participaron proveedores de servicios.

En el cuadro 5 figura un extracto del informe sobre indicadores del entorno físico:

CUADRO 5. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE INDICADORES DEL ENTORNO FÍSICO EN BILBAO (ESPAÑA), COMUNICADOS EN 2015

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
1. Facilidad de tránsito peatonal en el barrio	Proporción de calles del barrio con sendas peatonales que satisfacen los criterios locales aceptados	Proporción de aceras bajas para usuarios de sillas de ruedas o de equipos o dispositivos de ayuda a la movilidad.	68% (5.392/7.890)	Datos secundarios del Área de Obras y Servicios del Ayuntamiento de Bilbao	2015	Todos los cruces peatonales (7.890)	Calculado como: número de aceras bajas/número total de cruces peatonales
1. Facilidad de tránsito peatonal en el barrio	Proporción de personas mayores que notifican que su barrio está adaptado a los peatones, incluso a los que utilizan sillas de ruedas y otros dispositivos de ayuda a la movilidad	Proporción de personas mayores que consideran que su barrio está adaptado a los usuarios de sillas de ruedas y dispositivos de ayuda a la movilidad	46% (116/250)	Datos primarios obtenidos mediante una encuesta realizada por el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao	2015	Muestra representativa de la población de 60 años o más residente en Bilbao	-
2. Accesibilidad de espacios y edificios públicos	Proporción de espacios y edificios públicos nuevos y existentes totalmente accesibles con silla de ruedas.	Proporción de espacios y edificios públicos totalmente accesibles con silla de ruedas, desde 2010.	100%	Eustat (Instituto Vasco de Estadística)	2010	52 nuevos edificios públicos desde 2010	Desde 2010 se construyeron 52 nuevos edificios que cumplen las normas técnicas de accesibilidad de la Comunidad Autónoma promulgadas en 2000. Un decreto conexo describe las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad en los entornos urbanos, los espacios y edificios públicos y los lugares de información y comunicación.

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
	Proporción de personas mayores que notifican que los espacios y edificios públicos de sus comunidades son accesibles para todas las personas, incluidas las que tienen limitaciones de movilidad, visión o audición.	Misma definición	54% (=134/250)	Datos primarios obtenidos mediante una encuesta realizada por el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao/ Departamento de Transporte y Obras Públicas del País Vasco/ Departamento de Obras Públicas y Transporte de la Provincia	2015	Muestra representativa de la población de 60 años o más residente en Bilbao	
2. Accesibilidad de espacios y edificios públicos							
3. Accesibilidad de los vehículos de transporte público	Proporción de vehículos de transporte público con asientos reservados para personas mayores o personas con discapacidades	Misma definición	100%	Datos secundarios proporcionados por el Área de Circulación y Transporte del Ayuntamiento de Bilbao	2014	Toda la red de transporte público (autobuses, metros, tranvías y trenes)	Se evaluaron 447 autobuses, de los cuales 147 están gestionados por el Ayuntamiento de Bilbao (Bilbobus) y 330 autobuses provinciales gestionados por la Provincia de Bizkaia (Bizkaibus). En cada vehículo hay 8 asientos reservados: 6 para personas mayores y 2 para sillas de ruedas

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
3. Accesibilidad de los vehículos de transporte público	<p>Proporción de personas mayores que notifican que los vehículos de transporte público (por ejemplo, trenes, coches, autobuses) son físicamente accesibles para todas las personas, incluidas las que tienen limitaciones de movilidad, visión o audición</p>	Misma definición	59% (148/250)	<p>Datos primarios obtenidos mediante una encuesta realizada por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Bilbao</p>	2015	<p>Muestra representativa de la población de 60 años o más, residente en Bilbao</p>	-
4. Accesibilidad de las paradas de transporte público	<p>Proporción de viviendas situadas a distancia caminable (500 m) de una parada de transporte público</p>	Misma definición	100%	<p>Datos secundarios de un estudio sobre indicadores de sostenibilidad urbana. Área de Circulación y Transporte del Ayuntamiento de Bilbao</p>		<p>Número total de viviendas en Bilbao</p>	<p>Véase la figura 4. El 84,3% de la población tiene acceso a dos o más redes de transporte público. El objetivo del Ayuntamiento es lograr que el 100% de la población tenga acceso a dos o más alternativas al uso de un coche particular. Asimismo, la ciudad se ha comprometido a asegurar que el 95% de la población tenga un transporte público a menos de 300 m de su vivienda, con el objetivo de alcanzar el 100%. Aunque el metro se considera accesible si está a menos de 500 m (7 minutos a pie), las paradas de autobús deben estar a menos de 300 m (5 minutos a pie).</p>
4. Accesibilidad de las paradas de transporte público	<p>Proporción de personas mayores que notifican que las paradas de transporte público están demasiado lejos de sus viviendas</p>	<p>Proporción de personas mayores que notifican que las paradas de transporte público están a distancia caminable (500 m) de sus hogares</p>	82% (204/250)	<p>Datos primarios recopilados mediante una encuesta realizada por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Bilbao</p>	2015	<p>Muestra representativa de la población de 60 años o más, residente en Bilbao</p>	

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
5. Asequibilidad de la vivienda	Proporción de personas mayores que viven en un hogar que gasta menos del 30% de sus ingresos disponibles en vivienda	Proporción media de la pensión mensual utilizada para gastos relacionados con la vivienda entre jubilados de más de 65 años	9% (98,4€/1.150,31€)	Datos primarios recopilados mediante un cuestionario enviado al Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Bilbao y al Instituto Nacional de la Seguridad Social (Secretaría General)	2012	-	La pensión media ponderada se obtuvo sumando todos los ingresos percibidos y dividiendo el resultado entre el número total de jubilados.
5. Asequibilidad de la vivienda	Proporción de personas mayores que notifican que la vivienda en su barrio es asequible	Misma definición	17% (43/250)	Datos primarios recopilados mediante una encuesta realizada por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Bilbao	2015	Muestra representativa de la población de 60 años o más residente en Bilbao	-

FIGURA 4. MAPA DE ZONAS PRÓXIMAS A UNA O MÁS REDES DE TRANSPORTE PÚBLICO EN BILBAO (ESPAÑA), NOTIFICADO EN 2015.



Note: Las zonas **verdes** están a distancia caminable (500 m) de las tres redes de transporte público: autobuses urbanos y paradas de tranvía, estaciones de metro y bicisendas. Las zonas **amarillas** están a distancia caminable de dos de las tres redes de transporte. Las zonas **naranja** están a distancia caminable de una de las tres redes de transporte.

EJEMPLO 3: BANYULE (AUSTRALIA) – INDICADORES DEL ENTORNO SOCIAL

La ciudad de Banyule se encuentra en el área metropolitana de Melbourne, en el Estado de Victoria. Es una zona predominantemente residencial (76%), con importantes espacios abiertos y parques (17%), establecida sobre una superficie total de unos 63 km². En Australia funcionan tres niveles de autoridades electas (local, estatal y federal). El Ayuntamiento de Banyule es uno de los 79 órganos de gobierno local del Estado de Victoria. Los ayuntamientos se eligen para gestionar asuntos locales, identificar las necesidades de la comunidad

y planificar la manera de satisfacerlas. El proyecto piloto fue un esfuerzo en el que colaboraron el Ayuntamiento de Banyule, la Universidad de La Trobe y el Banyule Age-friendly City Advisory Committee. En 2014 Banyule se incorporó a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. El establecimiento de indicadores es un paso importante para el desarrollo de su Age-friendly City Plan 2015–2018.

Según estimaciones, la población residente de Banyule en 2013 ascendía a 124.475 habitantes. Las personas de 60 años y más representaban el 21,7% de la

población. Banyule alberga a personas de 148 países, y casi una tercera parte de ellos (32,9%) son personas de 60 años y más, nacidos en ultramar. En general, los residentes suelen tener niveles de ingresos y de educación más altos que los residentes del Estado de Victoria y de toda Australia. No obstante, en la municipalidad de Banyule existen bolsones desfavorecidos.

Debido a limitaciones de tiempo no se ha realizado ningún estudio específico para recopilar datos sobre indicadores de la adaptación a las personas mayores, pero los estudios abarcados en el análisis de datos incluyen la encuesta domiciliaria de Banyule (2014), la encuesta de indicadores sanitarios VicHealth (2011) y el estudio sobre

la salud de la población de Victoria (2008). Otras fuentes importantes de datos fueron el censo australiano y las bases de datos administrativos de la Policía de Victoria y del Departamento de Salud de Victoria, todos los cuales han recopilado datos periódica y sistemáticamente durante un largo período de tiempo. Tras la evaluación de los indicadores se celebró un taller "World Café" con residentes que participaron en el Banyule Age-friendly City Champion, con el fin de examinar los datos de los indicadores y analizar la información sobre Banyule. En el cuadro 6 figura un extracto del informe sobre indicadores del entorno social.

En el cuadro 6 figura un extracto del informe sobre indicadores del entorno social.

CUADRO 6. EXTRACTO DE LOS RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE INDICADORES RELATIVOS AL ENTORNO SOCIAL EN BANYULE (AUSTRALIA), NOTIFICADOS EN 2015

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
Actitud social positiva hacia las personas mayores	1) Número de casos notificados de maltrato a personas mayores (como proporción del número total de personas mayores)	Número de delitos notificados perpetrados contra personas mayores de 65 años o más (como proporción del número total de personas mayores)	1,9% (= un valor entre 378 y 382/20,232)	Policía de Victoria	2013-2014	Casos de delitos denunciados. En relación con personas que han sido víctimas de delitos en más de una ocasión, se cuenta cada ocasión. El número total de personas mayores de 65 años y más se basa en datos de proyecciones de 2013 para Banyule elaborados por la empresa de consultoría id con los datos del ABS Census of Population and Housing http://forecast.id.com.au/banyule/population-age-structure	En la columna Valor del indicador, el numerador es un valor entre 378 y 382. El número real se desconoce porque la fuente de datos (Policía de Victoria) omitió cuatro cómputos de una o dos de las fuentes de datos para preservar la privacidad.
2) Proporción de personas mayores que notifican sentirse respetadas y socialmente integradas en su comunidad	Proporción de personas mayores que viven en un hogar cuyos miembros se sienten parte de la comunidad local	Proporción basada en escalas de 7 a 10. Clasificación media (de 0 a 10) - 7,3	Encuesta domiciliaria	2014	Muestra de residentes de 60 años o más en el municipio de Banyule	Pregunta 46 de la encuesta: En una escala de 0 (en total desacuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo) valore el acuerdo de su familia con la afirmación "nos sentimos parte de la comunidad local".	La VicHealth Survey de 2011 es otra fuente de datos posible. Personas de 55 años y más: grado de satisfacción con el sentimiento de formar parte de la comunidad - 75,4%. En futuras encuestas Banyule preguntará si las personas mayores se sienten respetadas.

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	AÑO DE LOS DATOS	FUENTE DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
Participación voluntaria en actividades	1) Proporción de personas mayores en registros locales de voluntarios	Banyule utilizará sólo el indicador definido más adelante.					Habida cuenta del gran número de organizaciones de voluntarios, no es posible actualmente conocer la proporción de personas mayores inscritas en registros locales de voluntarios. Además, muchas personas son voluntarias en múltiples organizaciones.
	2) Proporción de personas mayores que notificaron su participación en actividades voluntarias en el último mes, al menos en una ocasión.	Proporción de personas mayores que notificaron haber realizado actividades de voluntariado en una organización o grupo en los últimos 12 meses.	17,9% (=4.608/25.693)	2011	Censo de población y vivienda	Población residente (de 60 años de edad, y más) en el municipio de Banyule.	La encuesta domiciliaria de 2014 es otra fuente de datos posible – P41. ¿Algún miembro de esta familia realizó en los últimos 12 meses alguna actividad voluntaria no remunerada para cualquiera de los siguientes tipos de organizaciones? En el futuro se utilizará también la definición proporcionada en la Guía de la OMS; esa información no se recopila actualmente.

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
Empleo remunerado	1) Proporción de personas mayores actualmente desempleadas	Proporción de personas mayores (de 55 años y más) actualmente desempleadas	2,9% (=265/9.280)	Censo de población y vivienda	2011	Población residente (de 55 años y más) en el municipio de Banyule. En la columna correspondiente al valor del indicador, el denominador incluye sólo a las personas empleadas o desempleadas en busca de trabajo.	En esta categoría se entiende por persona desempleada a toda persona de 55 años o más que en la semana anterior al censo no tenía un trabajo pero buscaba activamente un trabajo a jornada completa o parcial. Otra fuente de datos posible es la encuesta domiciliaria de 2014 – P31. ¿Cuál es la situación laboral actual de la persona? (las opciones incluyen “desempleada”) Para las personas de 60 años y más, la proporción es de 0,6% (=3/506) En el futuro se utilizará también la definición proporcionada en la Guía de la OMS; esta información aún no se ha recopilado.
	2) Proporción de personas mayores que notifican tener oportunidades de empleo remunerado.						Se considerará su inclusión en una futura encuesta de residentes de edad avanzada.

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
Participación en actividades socioculturales	1) Proporción de personas mayores entre los visitantes registrados en centros y actividades culturales locales.	Proporción de personas mayores (de 55 años y más) entre todos los adultos (de 18 años y más) que notificaron su participación en actividades artísticas y conexas en los últimos tres meses.	30,3% (=19.075/62.986)	Encuesta de indicadores VicHealth	2011		De una pregunta de la encuesta: ¿Ha participado usted en los últimos tres meses en alguna actividad de manufactura o creación artística, incluidas artesanías, bien sea en el hogar o en un espacio público, por ejemplo, actuación, literatura creativa, arte digital o electrónico? Los datos correspondientes a este indicador no están disponibles. Por lo tanto, las cifras se calcularon a partir de los siguientes datos disponibles; o sea, tasa de participación de adultos de 18 años y más (67,7%), población de 18 años y más (93.037), tasa de participación de adultos mayores, de 55 años y más (57,8%), población de personas mayores, de 55 años y más (33.002). Otra fuente de datos posible es la encuesta domiciliaria de 2014 P14. ¿En qué actividades recreativas, de ocio, artísticas o culturales participa habitualmente la persona? P18. ¿Participa la persona en algún grupo comunitario, iglesia/religioso/ artes y cultura/grupos nacionales?
	2) Proporción de personas mayores que notificaron su participación en actividades socioculturales voluntarias, al menos una vez en la última semana	Proporción de personas de 55 años y más que participaron en actividades artísticas y conexas en los últimos tres meses	57,8%	Encuesta de indicadores VicHealth	2011	Muestra de personas de 55 años o más residentes en Banyule	Otra fuente de datos posible es la encuesta domiciliaria de 2014. P18. ¿Participa la persona en algún grupo comunitario, iglesia/religioso/artes y cultura/grupos nacionales? 26,4% (=135/511) personas de 60 años y más.

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
Participation in local decision-making	1) Proporción de personas mayores con derecho a voto en las elecciones locales o las iniciativas legislativas más recientes	Proporción de personas de 70 años y más con derecho a voto que votaron en las elecciones de autoridades locales más recientes.	48.0% (=4,901/10,203)	Comisión Electoral de Victoria (VEC)	2012	Banyule es un municipio subdividido en siete distritos o zonas. En uno de ellos no fue necesario realizar elecciones porque no se presentaron candidaturas, lo que redujo el número de votantes.	En el Estado de Victoria la votación es obligatoria para ciudadanos de 18 a 69 años. El voto no es obligatorio para las personas de 70 años y más (reglamento electoral del gobierno local, 2005), y por ello este grupo etario se especifica en la definición.
	2) Proporción de personas mayores que notifican su participación en procesos decisivos relativos a cuestiones políticas, económicas y sociales importantes para la comunidad	Proporción de la población adulta que forma parte de una junta o una comisión de carácter decisivo	19,1%	Encuesta sanitaria de la población de Victoria	2008	Muestra de personas de 18 años y más residentes en Banyule	Los datos de 2011 aún no están disponibles. Otra fuente de datos posible es la encuesta de indicadores VicHealth. La Proporción de personas de 55 años y más que participaron en actividades comunitarias en los últimos 12 meses. PC6. ¿Ha realizado usted alguna de las siguientes actividades en los últimos 12 meses? (42,9%) a. Asistencia a una reunión ciudadana, una audiencia pública o un grupo de debate sobre asuntos públicos. b. Reunión con algún político local, o llamada o envío de carta a algún político local. c. Participación en una protesta o manifestación d. Firma de una petición La medida se basa en respuestas de 'Sí' a cualquiera de las opciones, de 'a' a 'd'. En el futuro se utilizará también la definición de la Guía de la OMS; esta información no se recopila actualmente.

EJEMPLO 4: DISTRITO DE JING'AN, SHANGHAI (CHINA) – INDICADORES DEL ENTORNO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA

Este proyecto piloto fue ejecutado en el distrito de Jing'an, Shanghai (China) por la Jing'an Preventive Medicine Association, en colaboración con la Fudan University School of Public Health, el Shanghai Research Center on Aging, y organismos pertinentes del distrito de Jing'an. Con una superficie de 7,62 km², el distrito de Jing'an es uno de los más densamente poblados de Shanghai. Está dividido en zonas administrativas de cinco comunidades y 69 comisiones vecinales. En 2013 su población ascendía a 296.100 habitantes, según el registro de hogares. Las personas de 60 años y más representaban el 30,6% de la población, con lo que Jing'an es el distrito con la tasa de envejecimiento de la población más alta de Shanghai. Aunque Jing'an no integra la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores, ejecuta programas de adaptación de la ciudad a las personas mayores desde 2008, como una parte vital

de su amplio programa de Ciudad Sana iniciado en 2002. Una red intersectorial del gobierno del distrito, así como oficinas conexas de secciones gubernamentales y subdistritos ya estaban funcionando a través del programa de Ciudad Sana, lo que se convirtió en un enorme activo para el estudio piloto.

Los principales métodos de recopilación de datos utilizados en Jing'an fueron: cuestionarios o entrevistas con funcionarios de departamentos dedicados a recopilar expedientes y documentos conexas; observaciones directas del entorno exterior y las instalaciones físicas de los lugares públicos; y un estudio específico de una muestra representativa de personas residentes de 60 años y más.

El cuadro 7 proporciona un extracto del informe sobre indicadores del entorno social y la calidad de vida.

CUADRO 7. EXTRACTO DE LOS RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE INDICADORES RELATIVOS AL ENTORNO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN EL DISTRITO JING'AN DE SHANGAI, NOTIFICADOS EN 2015

INDICADOR	DEFINICIÓN DADA EN LA GUÍA	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OTROS COMENTARIOS
Disponibilidad de información	(1) Disponibilidad de fuentes locales que proporcionen información sobre problemas de salud y remisión a los diferentes servicios, especialmente por teléfono.	Misma definición	100%	Comisión de Salud y Planificación Familiar del Distrito (requisito de educación sanitaria de la Comisión)	2014	69 comisiones vecinales del distrito de Jing'an	En la actualidad, todas las comunidades del distrito tienen al menos un lugar para colocar carteles de promoción de la salud, que se actualizan mensualmente. Las comisiones vecinales organizan seminarios y otras actividades relacionadas con la salud, al menos una vez al mes.
	(2) Proporción de personas mayores que notifican que existen fuentes de información locales sobre sus problemas de salud y los servicios que necesitan.	Misma definición	100%	Encuesta autonotificada del distrito de Jing'an sobre adaptación a las personas mayores	2014	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an	

INDICATOR	DEFINITIONS IN THE GUIDE	ACTUAL DEFINITION USED	INDICATOR VALUE	DATA SOURCE	YEAR OF DATA	POPULATION OR SAMPLE	ADDITIONAL COMMENTS
Disponibilidad de servicios sociales y sanitarios	(1) Número de personas mayores que necesitan atención o asistencia personal y reciben servicios profesionales (públicos o privados) domiciliarios.	Misma definición	16,0% (14.805 /92.740)	Oficina de Asuntos Civiles del Distrito; Comisión de Salud y Planificación Familiar del Distrito (datos del informe anual)	2014	Población de 60 años y más del distrito de Jing'an	Los datos incluían el número de personas mayores que recibían servicios domiciliarios del Departamento de Asuntos Civiles, y el número de personas mayores que recibían servicios en el lecho de enfermo familiar proporcionados por la Comisión de Salud y Planificación Familiar del Distrito.
	(2) Proporción de personas mayores que notifican que satisfacen sus necesidades de atención o asistencia personal a través de servicios profesionales (públicos o privados) domiciliarios.	Misma definición	71,2% (1.068/1.499)	Encuesta autonotificada del distrito de Jing'an sobre adaptación a las personas mayores	2014	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an	

INDICATOR	DEFINITIONS IN THE GUIDE	ACTUAL DEFINITION USED	INDICATOR VALUE	DATA SOURCE	YEAR OF DATA	POPULATION OR SAMPLE	ADDITIONAL COMMENTS
Seguridad económica	(1) Proporción de personas mayores que viven en un hogar cuyo ingreso disponible es superior al umbral de riesgo de pobreza.	Proporción de personas mayores que reciben ayudas para subsistir	0,3% (251/92.740)	Oficina de Asuntos Civiles del Distrito (datos estadísticos en el sistema)	2014	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an	En 2014 el nivel de subsistencia mínimo para los residentes del área urbana de Shanghai fue de 710 CNY por mes.
	(2) Proporción de personas mayores que notificaron ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas en los 12 meses precedentes, sin asistencia pública ni privada.	Proporción de personas mayores que notifican ingresos familiares mensuales superiores a los 2.300 CNY per cápita.	88,7% (1.330/1.499)	Encuesta auto notificada del distrito de Jing'an sobre adaptación a las personas mayores	2014	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an	En 2013, según la Oficina de Estadísticas de Shanghai, el consumo mensual medio per cápita en Shanghai fue de 2.300 CNY.
		Misma definición	91,1% (1.365/1.499)	Encuesta auto notificada del distrito de Jing'an sobre adaptación a las personas mayores	2014	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an	Gama de respuestas de '0=totalmente de acuerdo' a '10=totalmente de acuerdo'. Las respuestas de 5 o más se clasificaron como indicadores de seguridad económica.

INDICATOR	DEFINITIONS IN THE GUIDE	ACTUAL DEFINITION USED	INDICATOR VALUE	DATA SOURCE	YEAR OF DATA	POPULATION OR SAMPLE	ADDITIONAL COMMENTS
Calidad de vida	(1) Esperanza de vida sana al nacer	Esperanza de vida sana para las personas de 60 años y más	18,94 años	Encuesta autonotificada del distrito de Jing'an sobre adaptación a las personas mayores	2011	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an (3.000 personas en total)	Hasta el presente, las estadísticas periódicas de China no incluyen la esperanza de vida sana. Desde 2002, el distrito de Jing'an calcula cada 5 años la esperanza de vida sana de las personas mayores, que ha aumentado en 5,66 años entre 2002 y 2011.
	(2) Proporción de personas mayores que consideran que su calidad de vida es "muy buena (5)" o "buena (4) en una escala que va desde "muy mala (1)" a "muy buena (5)".	Proporción de personas mayores que consideran que su calidad de vida es de 5 o más en una escala que va del '0=muy mala' al '10= muy buena'.	93,4% (1.400/1.499)	Encuesta autonotificada del distrito de Jing'an sobre mayores	2014	Muestra representativa de residentes de 60 años y más del distrito de Jing'an	Gama de respuestas de '0=muy mala' a '10=muy buena'. Las respuestas de 5 o más se clasificaron como indicadores de buena calidad de vida.

EJEMPLO 5: WASHINGTON, D.C. (ESTADOS UNIDOS) – INDICADORES DE EQUIDAD.

En poco más de 176 km², Washington, D.C., capital de los Estados Unidos de América, tenía en 2014 una población de 658.893. Los días laborables, los trabajadores procedentes de los suburbios vecinos en los Estados de Maryland y Virginia elevan la población a más de un millón. El Distrito de Columbia se divide en cuatro cuadrantes. En esos cuadrantes hay ocho subdistritos, cada uno de los cuales incluye numerosos barrios. Como pondrán de relieve los indicadores de equidad, existen importantes disparidades económicas y demográficas entre esas divisiones. Los subdistritos 2 y 3 tienen una población es mayormente blanca, y son más ricos y caros que los demás, mientras que los subdistritos 7 y 8 tienen población predominantemente afroamericana cuyos ingresos familiares medios son más bajos, y los precios medios de la vivienda en esos subdistritos son más económicos.

Desde 2012, Age-Friendly DC integra la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores, con el apoyo y el estímulo del Alcalde y el Consejo Municipal. En el equipo de tareas de Age-Friendly DC participan dirigentes del gobierno municipal y organizaciones comunitarias. Durante dos años, miles de residentes del Distrito de Columbia compartieron su tiempo y sus ideas para ultimar, en diciembre de 2014, el plan estratégico Age-Friendly DC. En Washington, D.C., el estudio piloto, que estuvo dirigido por personal de Age-Friendly DC y de la Oficina del Teniente de Alcalde para Servicios Sanitarios y Humanos,

contó con el apoyo del equipo especial de Age-Friendly DC nombrado por el Alcalde y de numerosos organismos gubernamentales.

Con el ánimo de utilizar datos fácilmente disponibles y accesibles, el equipo participó en la prospección de los datos del censo, reunidos principalmente mediante la Encuesta de la Comunidad Estadounidense 2009-2013. Además, se utilizó una plataforma de datos abierta que el Gobierno del Distrito de Columbia gestiona por medio de su Oficina de Administración Municipal y la Oficina del Funcionario Principal de Tecnología. Toda esta información se comparte en capas en el servidor del Sistema de Información Geográfica interna del Distrito de Columbia. Las principales bases de datos de organismos utilizadas fueron las del Departamento de Transporte del Distrito, la Oficina del Distrito sobre Envejecimiento, la Oficina del Funcionario Principal de Tecnología, la Oficina de Derechos de los Discapacitados, el Departamento de Salud y el Departamento de Financiación del Sistema de Salud. Los datos de encuestas se obtuvieron principalmente de la Asociación Estadounidense de Jubilados (AARP)²: la encuesta de voluntarios por barrio de 2013 (N=181) y la encuesta de barrios del Distrito de Columbia de 2013 (N=976). Asimismo, el equipo consiguió entablar contactos directos con algunos asociados comunitarios, entre ellos The Urban Institute, la oficina nacional de la AARP y dirigentes del Distrito de Columbia.

El cuadro 8 proporciona un extracto del informe sobre los indicadores de equidad.

² AARP, conocida como la Asociación Estadounidense de Jubilados, es un grupo de interés con sede en los Estados Unidos.

CUADRO 8. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE EQUITAD DE LOS INDICADORES BÁSICOS DE WASHINGTON, D.C. (ESTADOS UNIDOS), NOTIFICADOS EN 2015

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Facilidad del tránsito peatonal en el barrio	Proporción de encuestados de la AARP que manifiestan estar absolutamente satisfechos o muy satisfechos con la seguridad de las calles del barrio para los peatones.	Hombres y mujeres	1,04 (43,8/42,0)	1,8	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	La mayor desigualdad se observó entre encuestados blancos y negros en lo relativo a su percepción de la seguridad del barrio para los peatones. Un mayor número de encuestados blancos señalaron que su barrio les parecía seguro para los peatones. Esto podría requerir más investigación sobre el número de traumatismos y defunciones que ocurren en los diferentes barrios, a fin de comprender mejor esa diferencia.
		Blancos y negros	1,21 (46,8/38,8)	8	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	Paradójicamente, era más probable que los residentes de menores ingresos notificaran un entorno seguro para los peatones en su barrio. Ello podría obedecer al nivel de actividad peatonal en los diferentes barrios y a la infraestructura disponible (por ejemplo, muchas calles en la zona noroccidental más rica del Distrito de Columbia carecen de aceras).
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	1,11 (47,0/42,3)	4,7	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Accesibilidad de espacios y edificios públicos	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Hay en su barrio edificios e instalaciones públicas accesibles?"	Hombres y mujeres	0,89 (44,9/50,3)	-5,4	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	Cabe señalar que en la encuesta voluntaria de la AARP el equipo no tuvo acceso a datos desglosados por raza, y por lo tanto se utilizó una comparación por edad. La mayor diferencia en las respuestas se observaron entre encuestados de 60-74 años respecto a los encuestados de 75 años y más. La cohorte más joven notificó con más frecuencia la existencia de edificios públicos e instalaciones accesibles, lo que indicaría la necesidad de prestar especial atención a las capacidades ambulatorias de adultos de 75 años y más, a la hora de diseñar esos espacios.
		Edades de 60 a 74 y de 75=<	1,22 (48,9/40,0)	8,9	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	0,88 (45,3/51,6)	-63	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	
Accesibilidad de los vehículos de transporte público	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Hay en su barrio transportes públicos accesibles?"	Hombres y mujeres	1,03 (95,8/93,1)	2,7	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	Sobre la base de las comparaciones examinadas no hay diferencias significativas entre las respuestas a esa pregunta. Esto refleja una opinión bastante uniforme, según la cual el transporte público del Distrito de Columbia es accesible.
		Blancos y negros	1,00 (94,2/93,8)	0,4	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	0,99 (93,2/93,8)	-0,6	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Accesibilidad de las paradas de transporte público	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "siempre", "frecuentemente" o "a veces" a la pregunta "¿Con qué frecuencia deja de hacer cosas que desea por no tener medios de transportes?"	Hombres y mujeres	0,88 (18,4/21)	-2,6	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	Existen importantes diferencias entre las respuestas a esta pregunta, especialmente en lo que respecta a las personas de bajos ingresos, que con mucha mayor frecuencia no pueden realizar actividades por falta de medios de transporte. También hay una diferencia entre encuestados de 60-74 años y los de 75 o más años. La mayor notificación de actividades que las personas de 60-74 años no pueden realizar por la falta de medios de transporte podría deberse a que los encuestados de 75 años y más no participan tan frecuentemente en actividades que requieran transporte, debido a diferencias en las posibilidades de desplazamiento o las facultades cognitivas.
		Edades de 60 a 74 y de 75=<	1,36 (23,3/17,1)	6,2	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	3,57 (30,7/8,6)	22,1	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Asequibilidad de la vivienda	Proporción de familias del Distrito de Columbia que gastan menos del 30% de los ingresos familiares en gastos mensuales de propiedad o alquiler.	Familias encabezadas por un adulto de 60=< y total de familias	1,02 (61,7/60,2)	1,5	Censo, Encuesta quinquenal de la Comunidad Estadounidense – Población de 60 años y más en los Estados Unidos	2013	Población	Estos datos se obtuvieron mediante la combinación de unidades en propiedad y en alquiler y de los costos conexos en cada caso. En ambas categorías, los inquilinos tienen costos mayores que los propietarios. Aunque los residentes de 60 años y más tienen un mayor porcentaje de gastos en cada categoría, el porcentaje de los propietarios respecto de los inquilinos es mucho más alto en ese grupo etario. Por consiguiente, cuando se suman ambos, los menores gastos de los propietarios arrojan como resultado menores costos generales para los residentes de 60 años y más.
	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Hay en su barrio suficiente oferta de vivienda accesible?"	Hombres y mujeres Blancos y negros Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	1,34 (30,5/22,7) 0,83 (23,0/27,8) 1,18 (27,2/23,1)	7,8 -4,8 4,1	Encuesta por barrios de la AARP Encuesta por barrios de la AARP Encuesta por barrios de la AARP	2013 2013 2013	Muestra (N=976) Muestra (N=976) Muestra (N=976)	En general, se considera que en los barrios no hay una oferta suficiente de viviendas asequibles. La mayor diferencia en las respuestas se observa entre hombres y mujeres. Sorprendentemente, no hay mucha diferencia entre los diferentes grupos de ingresos.

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Actitud social positiva hacia las personas mayores	Número de casos de autoabandono, explotación, abuso y desatención entre los residentes de 60 años y más, como proporción del número total de residentes en ese mismo grupo etario.	Subdistrito 4 (tasa más alta/ más baja) y subdistrito 3 (tasa más baja/ más alta)	2,7 (18,6/6,9)	11,7	Informe anual 2013 del Departamento de Servicios Humanos y Protección de Personas Mayores/ Estimación de la Encuesta quinquenal de la Comunidad Estadounidense. Población de 60 años y más.	2013	Población	En esta fase no podemos determinar la causalidad de esta conclusión, pero la significación de la diferencia en los subdistritos es notable y requiere más investigación. Lo que sabemos es que ambos subdistritos tienen porcentajes más altos de personas mayores residentes que otros subdistritos, y que el subdistrito 3 es uno de los más ricos de la ciudad. Esta diferencia revela la necesidad de intensificar la promoción y la sensibilización a fin de prevenir abusos, desatención y fraude contra las personas mayores del subdistrito 4.
Participación en actividades voluntarias	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Hay en su barrio oportunidades de voluntariado?"	Hombres y mujeres Blancos y negros	1,07 (55,1/51,6) 1,54 (64,4/41,7)	3,5 22,7	Encuesta por barrios de la AARP Encuesta por barrios de la AARP	2013 2013	Muestra (N=976) Muestra (N=976)	Los encuestados blancos y los más ricos consideran que sus barrios ofrecen más oportunidades de voluntariado. La diferencia entre encuestados blancos y negros es notable. Esta diferencia podría sugerir la necesidad de aumentar la participación de los residentes negros en actividades de voluntariado.
	Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<		0,82 (46/55,8)	-9,8	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Empleo remunerado	Proporción de encuestados de la AARP que notificaron estar desempleados pero en busca de trabajo.	Hombres y mujeres	1,35 (8,9/6,6)	2,3	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	La participación en la AARP está abierta a todas las personas de 50 años y más, lo que puede explicar que las tasas en todas las categorías demográficas sean más altas que la tasa oficial de desempleo del 2,4 para los residentes de 60 años y más. La máxima diferencia se observó entre grupos de ingresos más bajos y más altos, lo que no es sorprendente en absoluto.
		Blancos y negros	0,73 (5,8/7,9)	-2,1	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	3,02 (13,3/4,4)	8,9	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	
Participación en actividades socioculturales	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Hay en su barrio clubs sociales (por ejemplo, de lectura, cena, jardinería)?"	Hombres y mujeres	1,1 (31,1/28,3)	2,8	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	La diferencia entre encuestados blancos y negros es mucho mayor que la diferencia por niveles de ingresos. A falta de información sobre diferencias de educación, la prevalencia de clubs sociales puede estar más estrechamente relacionada con la raza que con los ingresos.
		Blancos y negros	1,89 (38,6/20,4)	18,2	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	0,86 (26,1/30,5)	-4,4	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Participación en la toma de decisiones en el ámbito local	Proporción de presidentes de más de 50 años elegidos localmente para presidir las comisiones consultivas de vecinos.	Subdistrito 1 (proporción más baja/más desfavorable) y subdistrito 8 (proporción más alta/más favorable)	0 (0/80)	-80	Oficina de miembros de comisiones vecinales consultivas y del Consejo del Distrito de Columbia	2014	Muestra	Estos datos pueden dirigirse a la población que se siente atraída por cada uno de esos subdistritos y que participa activamente en ellos. No obstante, el subdistrito 8 es el más joven en promedio, debido sobre todo a un gran número de personas menores de 18 años. Curiosamente, el subdistrito 1 es un barrio muy de moda que atrae a cierto número de "millennials", algunos de los cuales muestran interés por participar en actividades ciudadanas y tomar parte activa como miembros de la comisión vecinal consultiva.
Disponibilidad de la información	Proporción de encuestados de la AARP que manifestaron que recurrirían al Gobierno del Distrito de Columbia si necesitaran más información sobre el acceso a servicios en sus barrios.	Hombres y mujeres Blancos y negros Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	1 (68,8/69,1) 0,75 (58,7/78,6) 1,21 (78,2/64,4)	-0,3 -19,9 13,8	Encuesta de voluntarios de la AARP Encuesta de voluntarios de la AARP Encuesta de voluntarios de la AARP	2013 2013 2013	Muestra (N=976) Muestra (N=976) Muestra (N=976)	Estos datos revelan que los encuestados negros, y los de bajos ingresos, suelen buscar información de las autoridades del Distrito de Columbia. Age-Friendly DC tiene la finalidad de simplificar el acceso a la información y elaborar un informe exhaustivo sobre el acceso de los residentes a la información, desglosado por edad. Esos datos orientan los trabajos y pueden contribuir con mensajes y compromiso.

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Disponibilidad de servicios sanitarios y sociales	Beneficiarios de Medicaid de 60 años y más que en algún momento de 2014 recibieron servicios domiciliarios y comunitarios por medio del plan de ayuda para personas mayores y personas con discapacidades, o personas con trastornos de desarrollo	Hombres y mujeres	0,42 (29,4/70,6)	-41,2	Departamento de finanzas del sistema de salud	2014	Población	Estos datos revelan que los beneficiarios de Medicaid que reciben servicios domiciliarios y comunitarios son predominantemente mujeres y negros.
		Blancos y negros	0,04 (3,5/86,6)	-83,1	Departamento de finanzas del sistema de salud	2014	Población	
Disponibilidad de servicios sanitarios y sociales	Proporción de encuestados de la AARP que respondieron "Sí" a la pregunta "¿Hay en su barrio una amplia gama de servicios que le ayuden a mantener su independencia a medida que envejece?"	Hombres y mujeres	1,17 (44,9/38,5)	6,4	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	Los residentes de mayores ingresos son más propensos a pensar que su barrio les ofrecerá los servicios de apoyo necesarios para mantener su independencia. Asimismo, ese apoyo será más asequible a las personas de mayores ingresos. Esto podría explicar la tasa más alta de hombres que piensan de la misma manera, por cuanto, en promedio, tienen ingresos más elevados que las mujeres.
		Edades de 60 a 74 y de 75=<	0,97 (38,9/40)	-1,1	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=<	0,76 (33,3/44,1)	-10,8	Encuesta de voluntarios de la AARP	2013	Muestra (N=195)	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
Seguridad económica	Proporción de encuestados de la AARP que ganan US\$ 50.000 o más.	Hombres y mujeres	1,09 (65,4/59,8)	5,6	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	Entre los encuestados más ricos el número de hombres fue ligeramente superior, pero el número de blancos fue considerablemente superior.
		Blancos y negros	1,57 (75,9/48,3)	27,6	Encuesta por barrios de la AARP	2013	Muestra (N=976)	Este dato es revelador y pone de relieve la correlación entre raza e ingresos en el Distrito de Columbia.
Calidad de vida	Esperanza de vida sana al nacer.	Hombres y mujeres	0,94 (74,9/79,8)	-4,9	Evaluación de las necesidades de salud comunitaria, Departamento de Salud del Distrito de Columbia	2010	Población	Estos datos concuerdan con lo que sabemos a escala nacional: las mujeres viven más que los hombres. Lo que podría ser singular en el Distrito de Columbia es que la mayor esperanza de vida se observa entre las mujeres hispanas, que viven más de un cuarto de vida más que los hombres negros, que tienen la menor esperanza de vida. En los subdistritos 2 y 8 se registran también las mayores diferencias y son, respectivamente, el más rico y el más pobre. El subdistrito 2 cuenta además con una proporción mucho más alta de residentes blancos, mientras que el 8 es predominantemente afroamericano.
		Mujeres hispanas (la más larga/ más favorable) y hombres negros (la más corta/ menos favorable)	1,29 (88,9/68,8)	20,1	Evaluación de las necesidades de salud comunitaria, Departamento de Salud del Distrito de Columbia	2010	Población	
		Subdistrito 2 (la más larga/ más favorable) y subdistrito 8 (la más corta/ menos favorable)	1,22 (85,9/70,2)	15,7	Evaluación de las necesidades de salud comunitaria, Departamento de Salud del Distrito de Columbia	2010	Población	

INDICADOR BÁSICO	DEFINICIÓN UTILIZADA EFECTIVAMENTE	GRUPOS DE COMPARACIÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	RAZÓN DE LOS VALORES DEL INDICADOR	DIFERENCIA EN LOS VALORES DEL INDICADOR	FUENTE DE DATOS	AÑO DE LOS DATOS	POBLACIÓN O MUESTRA	COMENTARIOS
		Mujeres hispanas (la más larga/más favorable) y media de la población del Distrito de Columbia	1,14 (88,9/77,5)	Riesgo atribuible positivo (PAR): 11,4 (88,9-77,5) PAR%: 14,7% (11,4/77,5)	Evaluación de las necesidades de salud comunitaria, Departamento de Salud del Distrito de Columbia	2010	Población	Esta es la única tentativa realizada en el contexto de un análisis de riesgo atribuible poblacional. Los resultados revelan que la esperanza de vida sana al nacer de la población del Distrito de Columbia debe mejorarse en 11,4 puntos porcentuales, o sea el 14,7% respecto de su valor actual, para alcanzar el nivel de las mujeres hispanas de esa zona. Se procurará ultimar análisis adicionales de riesgo atribuible positivo utilizando los datos de la Encuesta de la Comunidad Estadounidense para adultos de 60 años y más, una vez que los datos se puedan desglosar por subgrupos, según sea necesario.
	Encuestados de 65 años y más que están "muy satisfechos" con sus vidas.	Hombres y mujeres	0,95 (48,6/51,1)	-2,5	Encuesta sobre la vigilancia de los factores de riesgo comportamentales, Departamento de Salud	2010	Encuesta	Según estos datos, la satisfacción vital parece estar relacionada con el nivel de ingreso, aunque hay diferencias importantes entre los residentes blancos, que se muestran más satisfechos, y los negros.
		Blancos y negros	1,25 (55,7/44,7)	11	Encuesta sobre la vigilancia de los factores de riesgo comportamentales, Departamento de Salud	2010	Encuesta	
		Ingresos familiares <US\$50.000 e ingresos familiares US\$50.000=	0,75 (43,3/58,1)	-14,8	Encuesta sobre la vigilancia de los factores de riesgo comportamentales, Departamento de Salud	2010	Encuesta	





XI

ANEXO 3: BIBLIOGRAFÍA ANOTADA CONCERNIENTE A PUBLICACIONES DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADAS SOBRE ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA MEDICIÓN DE LA ADAPTACIÓN DE LAS CIUDADES A LAS PERSONAS MAYORES

A continuación se presenta una pequeña selección de trabajos de investigación publicados en los últimos cinco años, que proporcionan información sobre algunos enfoques metodológicos para medir las diversas dimensiones del envejecimiento,

la salud y los entornos adaptados a las personas mayores, desde la selección de muestras y el diseño de estudios, hasta los instrumentos de recopilación de datos y las técnicas de análisis estadístico.



Chaves, M.L., Camozzato, A.L., Eizirik, C.L., Kaye, J. Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly Brazilians. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 2009; 64B(5): 597–602.

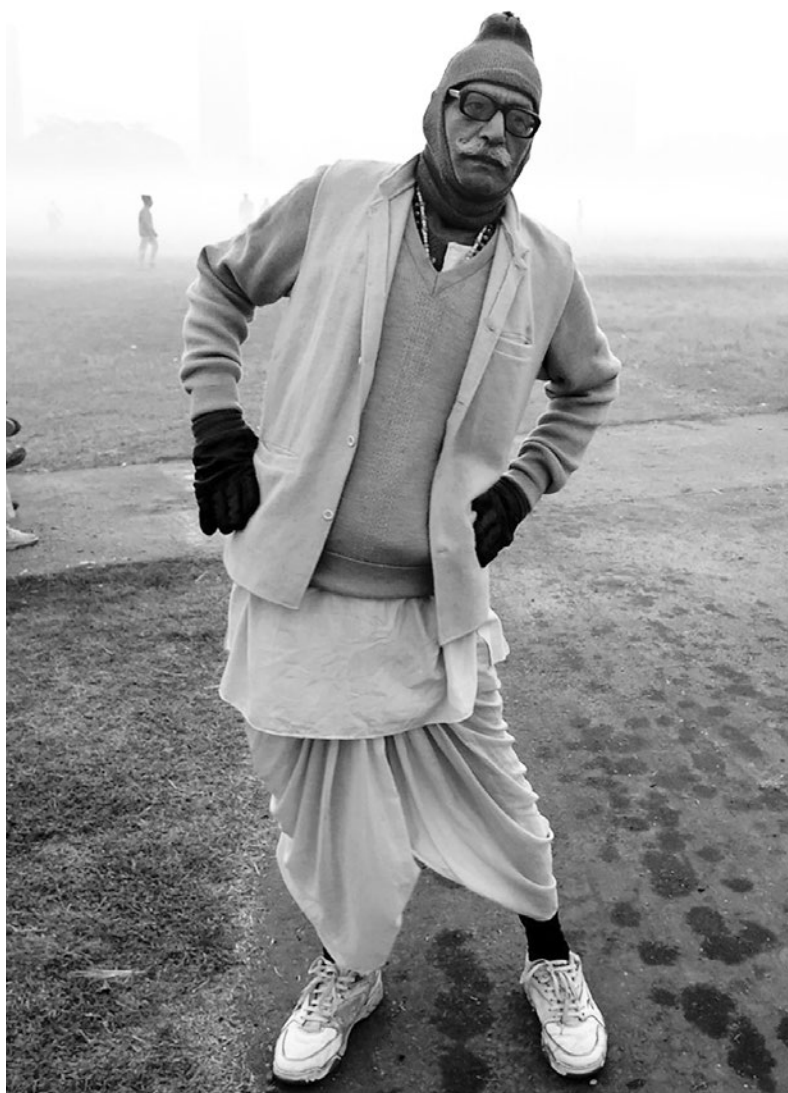
En este estudio se examinaron las correlaciones entre el envejecimiento en plenitud y la situación demográfica socioeconómica y médica de personas mayores sanas que viven en ciudades del Brasil. El estudio suministra información relativa a recopilación de datos, instrumentos utilizados para ello, selección y reclutamiento de participantes y análisis de los datos.

Flood, M.T., Nies, M., Seo, D.. Successful aging: selected indicators in a Southern sample. *Home Health Care Management Practice.* 2010; 22(2): 111-115

En este estudio se analizaron indicadores de “envejecimiento en plenitud” entre personas mayores de Carolina del Norte y Carolina del Sur (Estados Unidos). Según se define en este documento, el “envejecimiento en plenitud” consiste en experimentar positivamente los cambios funcionales del envejecimiento y, al mismo tiempo, tener un sentido y un propósito en la vida y estar espiritualmente conectado. El documento describe el diseño del estudio, la selección de muestras, la recopilación de datos y los instrumentos para medir el envejecimiento en plenitud, la creatividad y el desempeño funcional de las personas mayores.

Hilgenkamp, T.I.M., Bastiaanse, L.P., Hermans, H., Pennin, C., Van Wijck, R., Evenhuis, H.M.. Study healthy ageing and intellectual disabilities: Recruitment and design. *Research in Developmental Disabilities.* 2011; 32(3): 1097-1106.

Este documento proporciona información relativa al reclutamiento y la organización de un estudio sobre el estado de salud de adultos con discapacidad intelectual. El reclutamiento de adultos con discapacidad intelectual es problemático porque la mayoría de ellos dependen del sistema de atención que incluye a cuidadores, incluidos familiares y cuidadores profesionales. El documento describe la manera en que se puede optimizar el reclutamiento y suministra información sobre criterios de inclusión y exclusión al reclutar un grupo de muestra numeroso. Se presentan algunos instrumentos que se pueden utilizar para medir las variables sanitarias en adultos con discapacidad intelectual. También se abordan aspectos de la representación y la importancia de un procedimiento de consentimiento informado. La información puede ayudar a las autoridades y comunidades locales en el reclutamiento de un grupo de muestra para una encuesta con finalidad específica, que consigne las necesidades y perspectivas de las personas mayores con discapacidad intelectual que viven en la comunidad, así como de sus cuidadores.



© Sudipto Das, provided by Grantmakers In Aging

Paillard-Borg, S., Wang, H., Winblad, B., Fratiglioni, L. Pattern of participation in leisure activities among older people in relation to their health conditions and contextual factors: a survey in a Swedish urban area. *Ageing and Society*, 2009; 29(5): 803-821.

Este documento describe el patrón de participación en actividades recreativas en relación con factores contextuales y con la salud mental y física en personas de 75 o más años, en Suecia. El estudio revela que algunos factores contextuales y sanitarios están relacionados con la participación de las personas mayores que viven en centros urbanos, en actividades recreativas. En el estudio se describen las medidas utilizadas para evaluar la participación en actividades recreativas, las condiciones de salud y los pertinentes factores contextuales.

Rantakokko, M., Iwarsson, S., Kauppinen, M., Leinonen, R., Heikkinen, E., Rantanen, T. Quality of life and barriers in the urban outdoor environment in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2010; 58:2154-2159.

Este estudio examina las correlaciones entre los obstáculos percibidos en los espacios al aire libre de las ciudades y la calidad de vida de las personas mayores que pueden desplazarse sin ayuda, así como los efectos del temor de salir a los espacios abiertos y la consiguiente falta de actividad física. El estudio se suma a los datos según los cuales los espacios abiertos del medio urbano conciernen a la calidad de vida de las personas mayores. Las variables esenciales de la calidad de vida, los obstáculos ambientales percibidos, el temor a salir al aire libre y la falta de actividad física se basaron en datos suministrados por las propias personas mayores.

Schöllgen, I., Huxhold, O., Tesch-Römer, C. Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*. 2010; 7(1): 17–28.

El estudio describe las desigualdades sociales en materia de salud en la segunda mitad de la vida, para lo cual utiliza datos obtenidos en la encuesta alemana sobre envejecimiento (Deutscher Alterssurvey)

organizada por el Gobierno de Alemania. Las desigualdades sociales se midieron en relación con tres indicadores: educación, ingresos y activos financieros. La salud se midió en términos de salud física, funcional y subjetiva. El estudio ilustra un enfoque que permite examinar las desigualdades sociales en los diversos aspectos de la salud de las personas mayores mediante datos de la encuesta.

Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., Steptoe, A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*. 2011; 30(4): 377-385.

Este estudio ofrece pruebas de que el aislamiento social y la soledad están vinculados a determinados comportamientos que pueden afectar la salud de las personas mayores. El estudio utilizó datos del English Longitudinal Study of Ageing, que midió el grado de soledad según la escala de soledad revisada elaborada por la Universidad de California, Los Ángeles, y evaluó el aislamiento social mediante un índice apropiado. El estudio proporciona información sobre algunos instrumentos de encuesta existentes que podrían ser útiles para medir importantes indicadores sanitarios sociales, entre ellos la soledad y el aislamiento social.

ISBN 978 92 4 350969 3



9 789243 509693