

Envejecimiento activo: un marco político*

Organización Mundial de la Salud
Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud
Envejecimiento y Ciclo Vital

Este marco político pretende aportar información al debate y a la formulación de planes de acción que promuevan la salud y el envejecimiento activo. Fue desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid, España. La versión preliminar, publicada en 2001 con el título de *Salud y envejecimiento: Un documento para el debate*, fue traducida al francés y al español y ampliamente divulgada durante todo ese año en busca de aportaciones (se incluyó en talleres especializados que se realizaron en Brasil, Canadá, los Países Bajos, España y el Reino Unido). En enero de 2002, se convocó una reunión del grupo de expertos en el Centro de la OMS para el Desarrollo de la Salud (WKC) en Kobe, Japón, con 29 participantes procedentes de 21 países. Para completar esta versión final, se reunieron los comentarios detallados y las recomendaciones de esta reunión, así como los que se recibieron a lo largo del proceso de consultas previo.

Se está preparando una monografía complementaria titulada *Envejecimiento Activo: de los Hechos a la Acción* en colaboración con la Asociación Internacional de Gerontología (IAG), que estará disponible en <http://www.who.int/hpr/ageing>, donde también se facilita más información sobre el envejecimiento desde la perspectiva del ciclo vital.

Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. Abril de 2002.

ÍNDICE

Introducción

1. El envejecimiento global: un triunfo y un desafío.

- La revolución demográfica.
- El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo.

2. El envejecimiento activo: concepto y fundamentación.

* Texto traducido por el Dr. Pedro J. Regalado Doña. Médico geriatra.

- ¿Qué es el «envejecimiento activo»?

- Un acercamiento al envejecimiento activo desde el ciclo vital.

- Políticas y programas del envejecimiento activo.

3. Los determinantes del envejecimiento activo: comprensión de la evidencia empírica.

- Determinantes transversales: la cultura y el género.

- Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.

- Determinantes conductuales.

- Determinantes relacionados con los factores personales.

- Determinantes relacionados con el entorno físico.

- Determinantes relacionados con el entorno social.

- Determinantes económicos.

4. Los desafíos de una población que envejece.

- Desafío 1: la doble carga de la enfermedad.

- Desafío 2: mayor riesgo de discapacidad.

- Desafío 3: proporcionar atención a las poblaciones que envejecen.

- Desafío 4: la feminización del envejecimiento.

- Desafío 5: la ética y las desigualdades.

- Desafío 6: la economía de una población que envejece.

- Desafío 7: la forja un nuevo paradigma.

5. La respuesta política.

- La acción intersectorial.

- Propuestas políticas fundamentales.

1. Salud.

2. Participación.

3. Seguridad.

- La OMS y el envejecimiento.

- La colaboración internacional.

- Conclusiones.

6. Referencias bibliográficas.

¿CON CUÁNTOS AÑOS SE ES MAYOR?

Este folleto usa el estándar de las Naciones Unidas de 60 años de edad para describir a las personas «ancianas». Esta edad puede parecer joven en el mundo desa-

rollado y en aquellos países en vías de desarrollo donde ya se han producido importantes progresos en la esperanza de vida. Sin embargo, independientemente de la edad que se utilice en los diferentes contextos, es importante reconocer que la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. Existen considerables variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas ancianas de la misma edad. Los responsables políticos tienen que tenerlo en cuenta cuando diseñen políticas y programas para sus poblaciones de personas «ancianas». Promulgar amplias políticas sociales basadas únicamente en la edad cronológica puede ser discriminatorio y contraproducente para el bienestar de las personas de edad avanzada.

Este texto y la versión preliminar del documento fueron elaborados por Peggy Edwards, asesora de Health Canadá que permaneció en la OMS durante seis meses, bajo la orientación del Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS. Se agradece encarecidamente el apoyo prestado por Health Canadá en todas las fases de este proyecto.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población plantea muchas cuestiones fundamentales a los responsables políticos. ¿Cómo podemos ayudar a las personas a que sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen? ¿Cómo podemos reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud, especialmente las dirigidas a las personas ancianas? Ya que la población vive más años, ¿cómo se puede mejorar la calidad de vida en la edad avanzada? ¿Hará quebrar tal cantidad de personas de edad avanzada nuestros sistemas sanitarios y sociales? ¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas que necesitan asistencia a medida que envejecen entre la familia y el estado? ¿Cómo reconocer y apoyar el importante papel que desempeñan estas personas a medida que envejecen cuidando de otros?

Este documento se ha diseñado para abordar estas cuestiones y otros problemas del envejecimiento de la población. Va dirigido a los dirigentes gubernamentales de todos los niveles, al sector no gubernamental y al sector privado: a todos cuantos son responsables de formular las políticas y los programas sobre el envejecimiento. Aborda la salud desde una amplia perspectiva y reconoce el hecho de que la salud sólo puede crearse y mantenerse mediante la participación de múltiples sectores. Sugiere que los profesionales sanitarios deben tomar la iniciativa si hemos de alcanzar el objetivo de que las personas mayores sanas sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías, como se indicó en la Declaración de Brasilia de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento y Salud en 1996.

- La primera parte describe el rápido crecimiento mundial de la población mayor de 60 años, especialmente en los países en vías de desarrollo.

- La segunda parte explora el concepto y los fundamentos del «envejecimiento activo» como objetivo para la elaboración de políticas y programas.

- La tercera parte resume la evidencia experimental sobre los factores que determinan si los individuos y las poblaciones disfrutarán o no de una calidad de vida positiva a medida que envejecen.

- La cuarta parte se ocupa de los siete desafíos fundamentales relacionados con el envejecimiento de la población para los gobiernos, los sectores no gubernamentales y los sectores académico y privado.

- La quinta parte proporciona un marco político para el envejecimiento activo y sugerencias concretas para las propuestas políticas fundamentales, con la intención de que éstas sirvan de base para desarrollar acciones más específicas a escala regional, nacional y local, de conformidad con el plan de acción adoptado en 2002 por la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.

1. EL ENVEJECIMIENTO GLOBAL: UN TRIUNFO Y UN DESAFÍO

«El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico...»

Gro Harlem Brundtland, Directora General de Organización Mundial de la Salud, 1999.

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

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de «envejecimiento activo» que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad. Ha llegado el momento de hacer planes y actuar.

En todos los países, y sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas ancianas sigan sanas y activas son, más que un lujo, una auténtica necesidad.

Este tipo de políticas y programas han de basarse en los derechos, las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas mayores. Además, también tie-

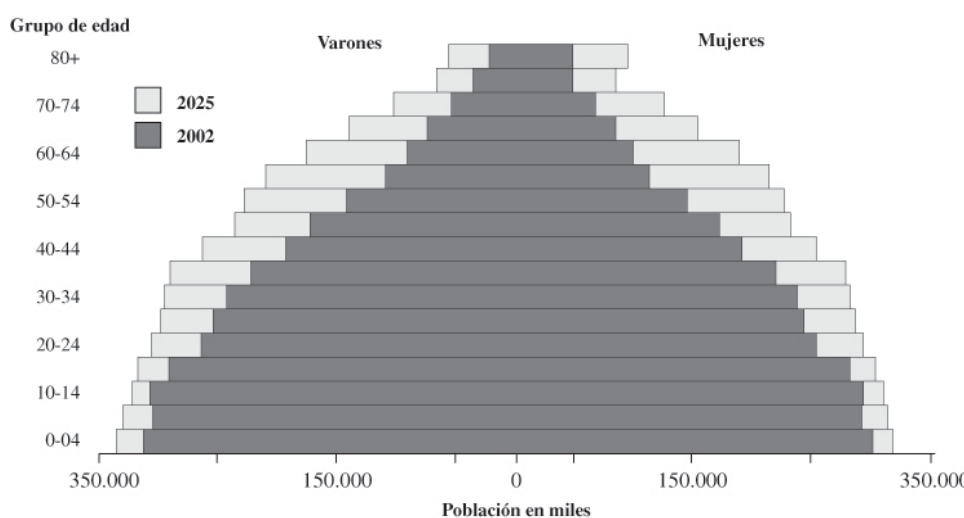


Figura 1. Pirámide de población global en 2002 y 2025. Fuente: NN.UU., 2001.

nen que considerar una perspectiva del ciclo vital que reconozca la importante influencia de las experiencias vitales anteriores en la manera de envejecer de las personas.

La revolución demográfica

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años, y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 694 millones, o el 223 por ciento. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 millardos de personas con más de 60 años. Para el año 2050, habrá 2 millardos, con el 80 por ciento de ellas viviendo en los países en vías de desarrollo.

La composición de sus edades —es decir, los porcentajes de niños, jóvenes, adultos y ancianos en un país dado— es un importante elemento que han de tener en cuenta los responsables políticos. El envejecimiento de la

población se refiere a una disminución de la proporción de niños y jóvenes y un aumento de la proporción de personas de 60 años y más. A medida que la población envejezca, la pirámide de población triangular de 2002 será sustituida en 2025 por una estructura de tipo más cilíndrico (fig. 1).

Unas tasas de fertilidad decrecientes y un aumento de la longevidad son factores que asegurarán el «envejecimiento» continuo de la población mundial, a pesar de la regresión en la expectativa de vida de algunos países africanos (a causa del SIDA) y de algunos estados recientemente independizados (debido al aumento de las muertes causadas por las enfermedades cardiovasculares y la violencia). En todo el mundo se observan fuertes disminuciones de las tasas de fertilidad y se calcula que, para el año 2025, 120 países habrán alcanzado tasas de fertilidad total por debajo de la tasa de sustitución (tasa de fertilidad media de 2,1 niños por mujer); esto representa un aumento considerable del número de países respecto a 1975, cuando sólo 22 países tenían una tasa de fertilidad total inferior o igual a la tasa de sustitución. La cifra actual es de 70 países.

Hasta ahora, el envejecimiento de la población se ha asociado principalmente con las regiones más desarrolladas del mundo. Por ejemplo, actualmente nueve de los diez países con más de 10 millones de habitantes y la mayor proporción de personas mayores está en Europa (tabla 1). Se esperan pocos cambios en la clasificación para el año 2025, cuando las personas mayores de 60 años constituirán alrededor de un tercio de la población en países como Japón, Alemania e Italia, seguidos de cerca por otros países europeos (tabla 1).

Lo que se conoce peor es la velocidad y la importancia del envejecimiento de la población en las regiones menos desarrolladas. Actualmente la mayoría de las personas ancianas, alrededor del 70 por ciento, viven en países en vías de desarrollo (tabla 2). Estas cifras continuarán aumentando a un ritmo rápido.

TABLA 1. Países con más de 10 millones de habitantes con la mayor proporción de personas mayores de 60 años de edad. Año 2002 y proyección en 2025

2002		2025	
Italia	24,5%	Japón	35,1%
Japón	24,3%	Italia	34,0%
Alemania	24,0%	Alemania	33,2%
Grecia	23,9%	Grecia	31,6%
Bélgica	22,3%	España	31,4%
España	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Países Bajos	29,4%
Ucrania	20,7%	Francia	28,7%
Francia	20,5%	Canadá	27,9%

Fuente: NN.UU., 2001.

TABLA 2. Cifras absolutas de personas (en millones) mayores de 60 años de edad en países con una población total que se acerca a los 100 millones de habitantes o los supera (en 2002)

2002		2025	
China	134,2	China	287,5
India	81,0	India	168,5
EE. UU.	46,9	EE. UU.	86,1
Japón	31,0	Japón	43,5
Federación Rusa	26,2	Indonesia	35,0
Indonesia	17,1	Brasil	33,4
Brasil	14,1	Federación Rusa	32,7
Pakistán	8,6	Pakistán	18,3
México	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	México	17,6
Nigeria	5,7	Nigeria	11,4

Fuente: NN.UU., 2001.

En todos los países, especialmente en los desarrollados, la propia población anciana también está envejeciendo.

El número de personas mayores de 80 años actualmente es de unos 69 millones, la mayor parte de las cuales vive en las regiones más desarrolladas. Aunque esas personas constituyen sólo alrededor del uno por ciento de la población mundial y del tres por ciento de la población de las regiones desarrolladas, este grupo etario es el sector de más rápido crecimiento de la población anciana.

Tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, el envejecimiento de la población suscita la preocupación sobre si una mano de obra menguante será capaz de sostener a esa parte de la población que comúnmente se cree que depende de otros (es decir, los niños y las personas mayores).

La tasa de dependencia de la ancianidad (esto es, la población total de 60 años y más dividida por la población de 15 a 60 años) (tabla 3) la usan principalmente los economistas y actuarios de seguros que pronostican las implicaciones financieras de las políticas de pensiones. Sin embargo, también es útil para quienes se interesan por la gestión y planificación de los servicios de asistencia.

Las tasas de dependencia de la ancianidad cambian rápidamente en todo el mundo. En Japón, por ejemplo, existen actualmente 39 personas mayores de 60 años por cada 100 personas del grupo de edad de los 15 a los 60. En 2025 esta cifra aumentará a 66.

Sin embargo, la mayoría de las personas ancianas de todos los países siguen siendo un recurso vital para sus familias y comunidades. Muchos continúan trabajando en los sectores laborales tanto formales como informales. Por tanto, como indicador para predecir las necesidades de la población, la tasa de dependencia sólo tiene un uso limi-

TABLA 3. Tasa de dependencia de la ancianidad por países / regiones seleccionadas

2002		2025	
Japón	0,39	Japón	0,66
Norteamérica	0,26	Norteamérica	0,44
Unión Europea	0,36	Unión Europea	0,56

Fuente: NN.UU., 2001.

tado. Se necesitan índices más sofisticados para reflejar con mayor exactitud la «dependencia», antes que categorizar equivocadamente a individuos que siguen siendo completamente capaces e independientes.

Al mismo tiempo, es necesario que las políticas y los programas de envejecimiento activo permitan a las personas seguir trabajando de acuerdo con sus capacidades y preferencias a medida que envejecen, y prevenir o retrasar las discapacidades y enfermedades crónicas que son costosas tanto para los individuos, como para las familias y el sistema de atención sanitaria. Esto se expone con mayor amplitud en la sección sobre el trabajo (página 89) y en el Desafío 2: mayor riesgo de discapacidad (página 91) y el Desafío 6: la economía de una población que envejece (página 96).

El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo

En el año 2002, casi 400 millones de personas mayores de 60 años vivían en el mundo en vías de desarrollo. Para 2025, esta cifra se habrá incrementado hasta aproximadamente 840 millones, lo que representa el 70 por ciento de todas las personas mayores del mundo (fig. 2). Por lo que respecta a las regiones, casi la mitad de los ancianos del mundo viven en Asia. El porcentaje asiático de la población más anciana seguirá siendo el de mayor cre-

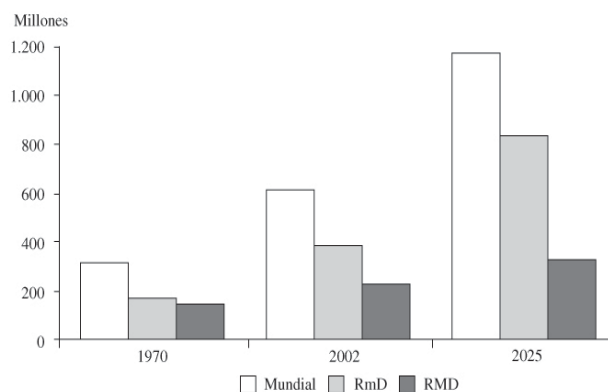


Figura 2. Número de personas mayores de 60 años en las regiones más y menos desarrolladas, 1970, 2000 y 2025. RmD: regiones menos desarrolladas. RMD: regiones más desarrolladas. Fuente: NN.UU., 2001.

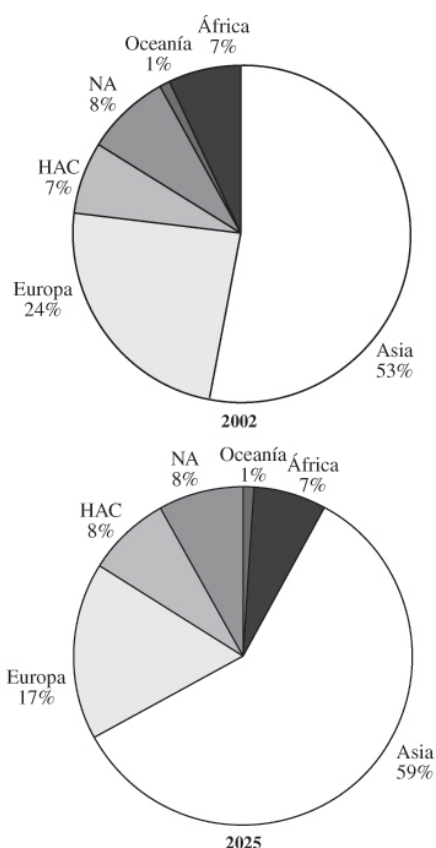


Figura 3. Distribución de la población mundial mayor de 60 años por regiones, 2002 y 2025. NA: Norteamérica. HAC: Hispanoamérica y el Caribe. Fuente: NN.UU., 2001.

cimiento, mientras que el porcentaje europeo de la población anciana global disminuirá en las dos décadas próximas (fig. 3).

Comparado con el mundo desarrollado, es frecuente que el desarrollo socioeconómico no haya ido acompañado por el rápido envejecimiento de la población. Por ejemplo, mientras que fueron necesarios 115 años para que la proporción de personas mayores de Francia se duplicase del 7 al 14 por ciento, China tardará sólo 27 años en lograr el mismo incremento. En la mayor parte del mundo desarrollado, el envejecimiento de la población fue un proceso gradual tras un crecimiento socioeconómico constante durante varias décadas y generaciones. En los países en vías de desarrollo, el proceso se condensa a dos o tres décadas. En consecuencia, mientras que los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer, los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza (Kalache y Keller, 2000).

El rápido envejecimiento de los países en vías de desarrollo se acompaña de grandes cambios en las estructuras y los roles familiares, así como en los patrones de trabajo y migración. La urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo, el menor ta-

ALGUNAS DEFINICIONES FUNDAMENTALES

La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

La independencia se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

La calidad de vida es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno» (OMS, 1994). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia...

La esperanza de vida saludable se utiliza comúnmente como sinónimo de «esperanza de vida libre de discapacidad». Mientras la esperanza de vida al nacer sigue siendo una importante medida del envejecimiento de la población, cuánto tiempo pueden las personas esperar vivir sin discapacidad resulta especialmente importante para una población que envejece.

Con la excepción de la autonomía, que es notablemente difícil de medir, todos los conceptos mencionados anteriormente se han elaborado como intentos de medir el grado de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD incluyen, por ejemplo, bañarse, comer, ir al baño y pasear por la habitación. Las AIVD incluyen actividades como ir de compras, hacer las tareas domésticas y preparar la comida. Recientemente se han desarrollado una serie de medidas, validadas y más globales, de calidad de vida relacionada con la salud. Es necesario compartir y adaptar estos índices para que se usen en una diversidad de culturas y contextos.

maño de las familias y un mayor número de mujeres que engrosan los activos del sector de trabajo formal significa que haya un menor número de personas disponibles para cuidar de los mayores cuando éstos necesiten ayuda.

2. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: CONCEPTO Y JUSTIFICACIÓN

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término

«envejecimiento activo» para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

¿Qué es el «envejecimiento activo»?

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

El término «Salud» se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. Por tanto, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos (véase el recuadro de definiciones). Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo. El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios.

El término «envejecimiento activo» fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera

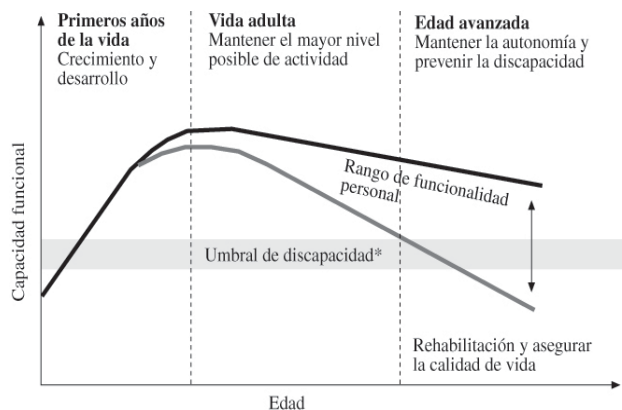


Figura 4. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital. Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997.

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

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

de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch, 1997).

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

Un acercamiento al envejecimiento activo desde el ciclo vital

Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida (fig. 4).

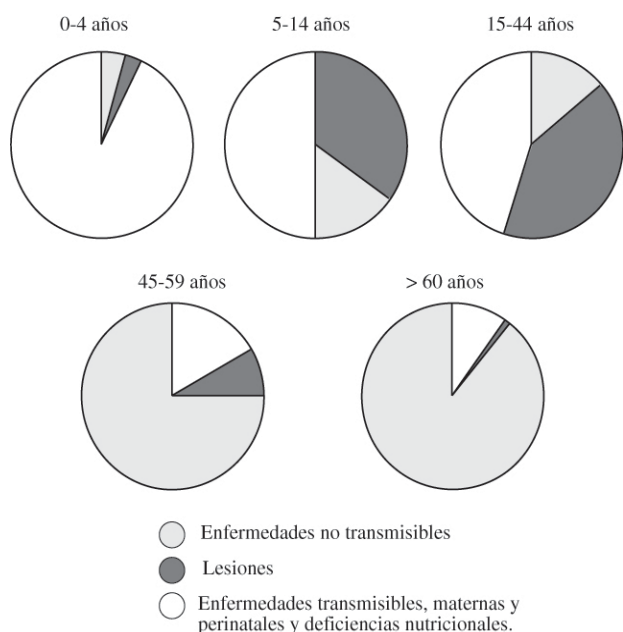


Figura 5. Principales causas de muerte, en ambos sexos, en 1998, en países de ingresos bajos y medios según la edad. Fuente: Informe de la Salud Mundial 1999, Base de datos.

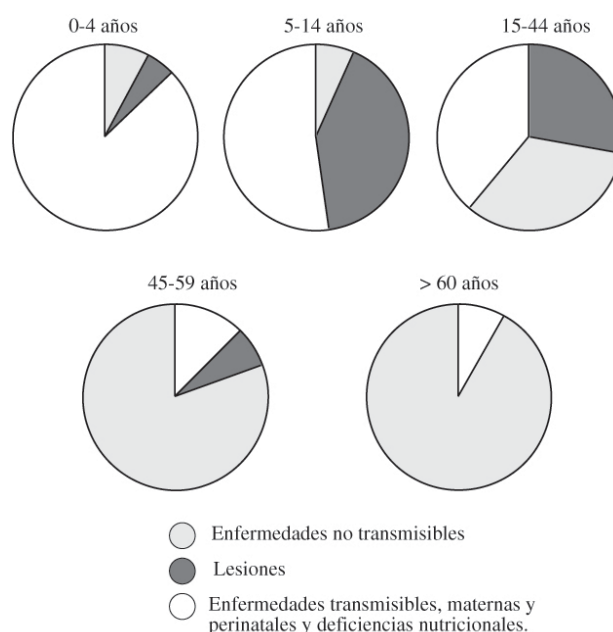


Figura 6. Principales causas de enfermedad, en ambos sexos, en 1998, en países de ingresos bajos y medios según la edad. Fuente: Informe de la Salud Mundial 1999, Base de datos..

A medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT) se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo, incluso en los países en vías de desarrollo (figs. 5 y 6). Las ENT, que esencialmente son enfermedades de la edad avanzada, resultan cos-

tosas para las personas, las familias y la hacienda pública. Pero muchas ENT pueden prevenirse o retrasarse. La falta de prevención el crecimiento de las ENT producirá enormes costes humanos y sociales que absorberán una cantidad desproporcionada de recursos, que podrían haber sido usados para hacer frente a los problemas de salud de otros grupos de edad.

PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE AFECTAN A LAS PERSONAS ANCIANAS EN TODO EL MUNDO

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

Nota: Las causas de discapacidad en la vejez son similares en mujeres y hombres, aunque las mujeres suelen referir problemas musculoesqueléticos con más frecuencia.

Fuente: OMS, 1998.

A edad temprana, las enfermedades transmisibles, las enfermedades maternas y perinatales y las deficiencias nutricionales son las principales causas de muerte y enfermedad. Al final de la infancia y en la adolescencia y juventud, las lesiones y las enfermedades no transmisibles comienzan a asumir un papel más importante. Hacia la mitad de la vida (45 años), y en los años posteriores, las ENT son responsables de la inmensa mayoría de las muertes y enfermedades (figs. 5 y 6). La investigación muestra cada vez más que los orígenes del riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes y las dolencias cardíacas, comienzan en la primera infancia o incluso antes. Más tarde, este riesgo está determinado y modificado por factores, como la situación socioeconómica y las experiencias durante toda la vida. El riesgo de desarrollar ENT sigue aumentando a medida que las personas envejecen. Pero el tabaquismo, la ausencia de actividad física, una dieta inadecuada y otros factores de riesgo establecidos para los adultos son los que colocarán a las personas en el riesgo, relativamente mayor, de desarrollar ENT en la ancianidad (fig. 7). Por lo tanto, es importante afrontar los riesgos de enfermedades no transmisibles desde los primeros años de la vida hasta una edad avanzada, es decir, a lo largo de todo el ciclo vital.

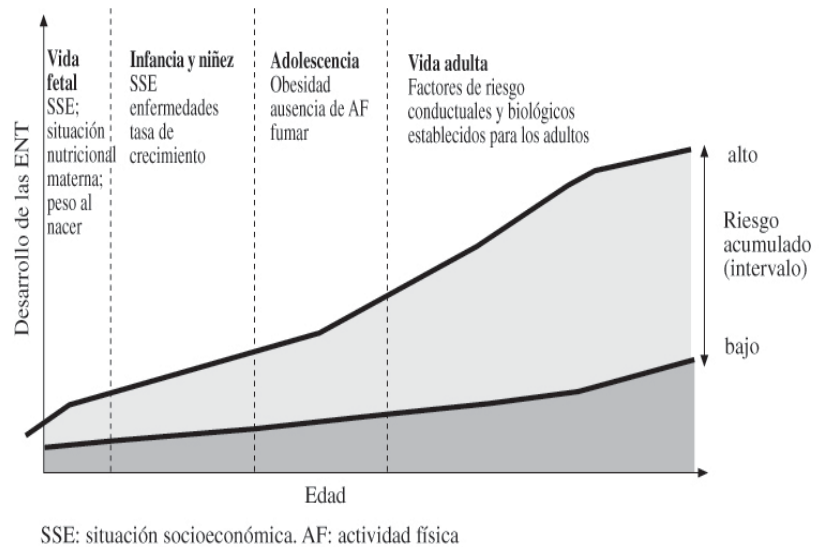


Figura 7. *Ámbito de aplicación para la prevención de las enfermedades no transmisibles desde un enfoque del ciclo vital.*
Fuente: Aboderin y col., 2002.

Políticas y programas de envejecimiento activo

Un enfoque desde el envejecimiento activo a las políticas y programas de desarrollo ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo. Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá:

- Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables que «hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles».

Hay buenas razones económicas para promulgar políticas y programas que fomenten el envejecimiento activo en lo referente al aumento de la participación y la reducción

de gastos de asistencia. Las personas que permanecen sanas a medida que envejecen tienen menos impedimentos para continuar trabajando. La actual tendencia a favor de la jubilación anticipada en los países industrializados es, en gran medida, el resultado de políticas públicas que han alentado la jubilación precoz. A medida que envejecan las poblaciones, aumentarán las presiones para que cambien tales políticas, especialmente si cada vez hay más personas que llegan a la vejez con buena salud, es decir, siendo «aptos para el trabajo». Esto ayudaría a compensar el aumento del coste de las pensiones y de los esquemas de seguridad social basados en los ingresos, así como los relacionados con los gastos de asistencia médica y social.

Por lo que respecta al aumento del gasto público por asistencia médica, los datos disponibles indican cada vez más que la vejez en sí misma no está asociada con el aumento de los gastos sanitarios. Lo costoso es la discapacidad y la mala salud, con frecuencia asociadas a la edad avanzada. A medida que las personas envejecen con un mejor estado de salud, es posible que el gasto médico no aumente tan rápidamente.

Los responsables políticos necesitan tener una visión de conjunto y considerar el ahorro conseguido gracias a la disminución de la tasa de discapacidad. En los EE.UU., por ejemplo, tal disminución puede reducir el gasto médico en cerca de un 20 por ciento durante los próximos 50 años (Cutler, 2001). Entre 1982 y 1994, en los EE.UU., se calculó que sólo el ahorro en gastos de atención domiciliar superaría los 17 millardos de dólares (Singer y Manton, 1998). Por otra parte, si las personas mayores sanas (cuyo número va en aumento) ampliaran su participación en la fuerza laboral (mediante el empleo completo o a tiempo parcial), su contribución a la renta pública aumentaría continuamente. Por último, a menudo es más barato prevenir la enfermedad que curarla. Por ejemplo, se ha calculado que una inversión de un dólar en medidas para

fomentar la actividad física moderada conlleva un ahorro de 3,2 dólares en gastos médicos (Centro para el Control de las Enfermedades de los EE.UU, 1999).

3. LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. COMPRENSIÓN DE LA EVIDENCIA EMPÍRICA

El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones. Comprender la evidencia empírica de que disponemos sobre estos determinantes nos ayudará a diseñar políticas y programas que funcionen.

La siguiente sección resume lo que sabemos sobre cómo los grandes determinantes de la salud afectan al proceso de envejecimiento. Estos determinantes pueden aplicarse a la salud de todos los grupos de edad, aunque aquí se hace hincapié en la salud y la calidad de vida de las personas de edad avanzada (fig. 8). En este momento no es posible atribuir una causalidad directa a ningún determinante; sin embargo, el importante conjunto de evidencias empíricas sobre lo que determina la salud sugiere que todos estos factores (y la interacción entre ellos) son buenos predictores de la bondad del envejecimiento tanto de las personas como de las poblaciones. Es necesario investigar más para clarificar y especificar el papel de cada determinante, así como la interacción entre ellos, en el proceso del envejecimiento. También necesitamos comprender las vías a través de las cuales afectan estos grandes determinantes a la salud y el bienestar.

Además, es útil considerar la influencia de diversos determinantes sobre el curso vital a fin de sacar partido de las transiciones y de los «momentos oportunos» para mejorar la salud, la participación y la seguridad en diferentes etapas. Por ejemplo, existen pruebas de que estimular y asegurar el cariño en la infancia influye en la capacidad de un individuo para aprender y congeniar con los demás en todas las demás etapas de la vida. El empleo, que es un determinante a lo largo de la vida adulta, influye enormemente en la preparación financiera del individuo para la

ancianidad. El acceso a una asistencia de larga duración, digna y de gran calidad, es particularmente importante en la edad avanzada. Con frecuencia, como sucede con la exposición a la contaminación, los jóvenes y los ancianos son los grupos de población más vulnerables.

Determinantes transversales: la cultura y el género

La cultura es un determinante transversal incluido dentro del marco de comprensión del envejecimiento activo.

La cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo.

Los valores y las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y al proceso de envejecimiento. Cuando las sociedades son más proclives a atribuir los síntomas de enfermedad al proceso de envejecimiento, es menos probable que proporcionen servicios de prevención, de detección precoz y de tratamiento apropiado. La cultura es un factor clave que determina si compartir el mismo techo con las generaciones más jóvenes es la forma de vida preferida o no lo es. Por ejemplo, en la mayoría de los países asiáticos, la norma cultural valora las familias numerosas y la convivencia común en hogares plurigeneracionales. Los factores culturales también influyen en las conductas en pos de la salud. Por ejemplo, las actitudes hacia el hábito de fumar están cambiando gradualmente en una serie de países.

Hay una enorme diversidad y complejidad cultural en el interior de los países y entre los diversos países y las regiones del mundo. Por ejemplo, las diferentes identidades étnicas aportan una diversidad de valores, actitudes y tradiciones a la cultura dominante dentro de un país. Las políticas y los programas que se instauren necesitan respetar las culturas y tradiciones actuales a la vez que desensamblar estereotipos trasnochados e informaciones erróneas. Por otra parte, existen valores universales críticos que trascienden la cultura, como los valores éticos y los derechos humanos.

El sexo es una «lente» a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres.

En muchas sociedades, las muchachas y las mujeres tienen una situación social de inferioridad y un menor acceso a los alimentos nutritivos, a la educación, a un trabajo gratificante y a los servicios sanitarios. El papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia también puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras.



Figura 8. Los determinantes del envejecimiento activo.

Otras nunca tienen acceso a un empleo remunerado porque durante toda la jornada desempeñan tareas como cuidadoras sin remuneración, ocupándose de los niños, los padres ancianos, los esposos que están enfermos y los nietos. Al mismo tiempo, los muchachos y los hombres son más propensos a padecer lesiones debilitantes o a morir a causa de la violencia, los riesgos laborales y el suicidio. También se involucran en conductas de mayor riesgo, como fumar, consumir alcohol y drogas y exponerse innecesariamente al riesgo de herirse.

Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.

La sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados y ser efectivos, integrados y rentables. No debe existir discriminación por causa de la edad al facilitar los servicios y los profesionales sanitarios han de tratar a las personas de todas las edades con dignidad y respeto.

Promoción de la salud y prevención de las enfermedades

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud. La prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones. La prevención se refiere tanto a la prevención «primaria» (por ejemplo, evitar el tabaquismo) como a la prevención «secundaria» (por ejemplo, la detección selectiva precoz de las enfermedades crónicas), o a la prevención «terciaria», por ejemplo, el tratamiento clínico apropiado de las enfermedades. Todo esto contribuye a reducir el riesgo de discapacidades. Las estrategias de prevención de las enfermedades, que también pueden abordar las enfermedades infecciosas, ahorran dinero a cualquier edad. Por ejemplo, se calcula que vacunar a los adultos ancianos contra la gripe ahorra entre 30 y 60 dólares en los gastos de tratamiento por cada dólar gastado en vacunas (U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1999).

Servicios curativos

Aunque se realicen los mejores esfuerzos en promover la salud y prevenir las enfermedades, las personas se ven expuestas a un riesgo creciente de desarrollar enfermedades a medida que envejecen. Por consiguiente, acceder a los servicios curativos se hace indispensable. Como la inmensa mayoría de las personas ancianas de un país determinado viven en la comunidad, el sector de asistencia

sanitaria primaria debe ofrecer la mayoría de los servicios curativos. Este sector es el mejor equipado para remitir a los pacientes a los niveles de asistencia secundaria y terciaria, donde se proporciona la mayor parte de la atención de emergencia y de casos graves.

En última instancia, el desplazamiento mundial de la carga global de la enfermedad hacia las enfermedades crónicas exige pasar de un modelo de «encuétralo y arréglalo» a un modelo de continuo asistencial coordinado y global. Esto requerirá una nueva orientación de los sistemas de salud que actualmente se organizan alrededor de experiencias de enfermedades graves y episódicas. Los modelos actuales de prestación de servicios sanitarios para enfermedades agudas no son adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones que envejecen rápidamente (OMS, 2001).

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

Asistencia de larga duración

La OMS ha definido la asistencia de larga duración como «el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana» (OMS, 2000).

Por tanto, la asistencia de larga duración incluye ambos sistemas de apoyo: informal y formal, estos últimos pueden incluir una amplia gama de servicios comunitarios (p.ej., salud pública, atención primaria, asistencia domiciliaria, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos) así como asistencia institucional en residencias y centros de cuidados paliativos asistidos. También se refiere a tratamientos para detener o retrasar el curso de la enfermedad y la discapacidad.

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental, que desempeñan un papel crucial en el envejecimiento activo, deben formar parte integral de la asistencia de larga duración. Es necesario prestar especial atención al insuficiente diagnóstico de las enfermedades mentales (sobre todo la depresión) y a los índices de suicidio entre las personas mayores (OMS, 2001).

Determinantes conductuales

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

El tabaquismo

El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante para las ENT tanto en los jóvenes como en los ancianos y una importante causa de muerte prematura que se puede evitar. Fumar no sólo aumenta el riesgo de enfermedades como el cáncer de pulmón, sino que también está relacionado negativamente con factores que pueden llevar a importantes pérdidas de la capacidad funcional. Por ejemplo, fumar acelera la tasa de reducción de la densidad ósea, de la fuerza muscular y de la función respiratoria. La investigación sobre los efectos del tabaco reveló no sólo que fumar es un factor de riesgo para un elevado y creciente número de enfermedades, sino también que sus efectos son acumulativos y de larga duración. El riesgo de contraer al menos una de las enfermedades asociadas con el hábito de fumar aumenta con la duración y la cantidad de la exposición del humo del tabaco.

Un mensaje crucial para los jóvenes debería ser siempre: «Si quieres llegar a viejo, no fumes. Más aún, si quieres llegar a viejo y tener posibilidades de envejecer bien, una vez más: no fumes».

Las ventajas de dejar de fumar son muy amplias y aplicables a cualquier grupo de edad. Nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. Por ejemplo, el riesgo de accidente cerebrovascular se reduce después de dos años de abstenerse de fumar cigarrillos y, después de cinco años, llega a ser igual que para las personas que nunca han fumado. Por lo que respecta a otras enfermedades, como el cáncer de pulmón y la enfermedad obstructiva de las vías respiratorias, dejar de fumar reduce el riesgo, pero sólo muy lentamente. Por tanto, la exposición en el momento actual al humo del tabaco no es un buen indicador de los riesgos actuales y futuros, y la exposición pasada también debería tenerse en cuenta; los efectos del hábito de fumar son acumulativos y de larga duración (Doll, 1999).

Fumar puede interferir en el efecto de los medicamentos necesarios. La exposición pasiva al humo del tabaco también puede tener un efecto negativo sobre la salud de las personas mayores, especialmente si están aquejadas de asma u otros problemas respiratorios.

La mayoría de los fumadores comienzan en la juventud y rápidamente se hacen adictos a la nicotina del tabaco.

Por tanto, los esfuerzos por evitar que los niños y los jóvenes empiecen a fumar deben ser una estrategia fundamental en el control del tabaco. Al mismo tiempo, es importante reducir la demanda de tabaco entre los adultos (mediante medidas generales como los impuestos y las restricciones en la publicidad) y ayudar a los adultos de todas las edades a abandonarlo. Los estudios han mostrado que el control del tabaco es muy rentable en los países con ingresos bajos y medios. En China, por ejemplo, un cálculo conservador indica que un aumento del 10 por ciento en los impuestos del tabaco reduciría el consumo en un cinco por ciento y aumentaría las rentas globales en un cinco por ciento. Este aumento de los ingresos sería suficiente para financiar un conjunto de servicios sanitarios esenciales para un tercio de los ciudadanos chinos más pobres (Banco Mundial, 1999).

La actividad física

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que sufren enfermedades crónicas. Por ejemplo, la actividad física moderada regular reduce el riesgo de muerte cardíaca del 20 al 25 por ciento entre las personas con una enfermedad cardíaca probada (Merz y Forrester, 1997). También puede reducir sustancialmente la gravedad de las discapacidades asociadas con enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas (Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU., 1996). Un estilo de vida activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. El hecho de mantenerse activas puede ayudar a las personas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor período de tiempo, además de reducir el riesgo de caídas. Por lo tanto existen ventajas económicas en el hecho de que las personas mayores permanezcan activas físicamente. Los gastos médicos se reducen considerablemente cuando los ancianos se mantienen activos (OMS, 1998).

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

En los países menos desarrollados, puede aparecer el problema contrario. En estos países, las personas mayo-

res pueden colaborar en trabajos físicos agotadores y en tareas que pueden acelerar las discapacidades, causar lesiones y agravar las condiciones previas, en especial a medida que se aproximan a la ancianidad. Esto puede incluir pesadas responsabilidades de asistencia a familiares enfermos y moribundos. Los esfuerzos de promoción de la salud en estos ámbitos deben dirigirse a aliviar las tareas repetitivas y agotadoras, así como a realizar ajustes en los movimientos físicos peligrosos en el trabajo, a fin de reducir las lesiones y el dolor. Las personas mayores que se dedican con regularidad a trabajos físicos vigorosos necesitan oportunidades de descanso y esparcimiento.

La alimentación sana

Los problemas de alimentación y seguridad alimentaria en todas las edades incluyen tanto la desnutrición (de forma especial, aunque no exclusiva, en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías. En las personas mayores, la nutrición incorrecta puede estar causada por el acceso limitado a los alimentos, las penurias socioeconómicas, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, la incorrecta elección de los alimentos (por ejemplo, comer comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, la pérdida de los dientes, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, las situaciones de emergencia y la falta de actividad física.

El consumo excesivo de energía aumenta considerablemente el riesgo de sufrir obesidad, enfermedades crónicas y discapacidades a medida que las personas se hacen mayores.

Las dietas ricas en grasas (saturadas) y sal, pobres en frutas y verduras y que no proporcionan cantidades suficientes de fibra y vitaminas, en combinación con el sedentarismo, son los mayores factores de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la obesidad, la artritis y algunas formas de cáncer.

Una cantidad insuficiente de calcio y vitamina D provoca la pérdida de la densidad ósea en la vejez y, por consiguiente, un aumento de las fracturas óseas que resultan dolorosas, costosas y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores. En poblaciones con una elevada incidencia de fracturas, el riesgo se puede reducir asegurando un consumo adecuado de calcio y vitamina D.

Salud bucal

Una mala salud bucal, especialmente la caries dental, las enfermedades periodontales, la pérdida de los dientes y el cáncer bucal, produce problemas de salud generalizados. Crean una carga financiera para las personas y la sociedad y pueden reducir la autoconfianza y la calidad de vida. Los estudios demuestran que una mala salud bucal se asocia a la desnutrición y, en consecuencia, aumenta los riesgos de contraer diferentes enfermedades no trans-

misibles. Los programas de promoción de la salud bucal y de prevención de la caries diseñados para animar a las personas a conservar su dentadura natural debe comenzar a edad temprana y continuar durante toda la vida. A causa del dolor y la reducción de la calidad de vida que se asocian con los problemas de la salud bucal, son necesarios unos servicios de tratamiento dental básico y un fácil acceso a las prótesis dentales.

El alcohol

Aunque las personas mayores tienden a beber menos que las jóvenes, los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan su predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol, entre las que se incluyen la desnutrición y las enfermedades hepáticas, gástricas y del páncreas. Las personas mayores también presentan un mayor riesgo de caídas y lesiones relacionadas con el alcohol, así como posibles peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos. Debe disponerse de servicios de tratamiento para las personas mayores y de los jóvenes.

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

Los medicamentos

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

En contraste, a veces se prescriben demasiados medicamentos a los mayores (sobre todo a las mujeres) que tienen un seguro o medios de pagar estos fármacos. Las caídas y los efectos adversos que se asocian a los fármacos (en especial píldoras para dormir y tranquilizantes) son importantes motivos de sufrimiento personal e ingresos hospitalarios costosos que podrían evitarse (Gurwitz y Avorn, 1991).

La yatrogenia, los problemas de salud inducidos por los diagnósticos o los tratamientos, provocada por el uso de fármacos resulta común entre los ancianos, debido a las interacciones farmacológicas, a una dosificación inadecuada.

cuada y a una mayor frecuencia de reacciones imprevisibles a través de mecanismos desconocidos.

Con el advenimiento de muchos tratamientos nuevos, existe una necesidad creciente de establecer sistemas para prevenir los efectos adversos de los medicamentos y para informar tanto a los profesionales sanitarios como a la población que envejece sobre los riesgos y las ventajas de los tratamientos modernos.

Cumplimiento terapéutico

El acceso a los medicamentos necesarios no es suficiente en sí mismo a no ser que también se alcancen cotas elevadas de cumplimiento terapéutico a largo plazo en las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento. El cumplimiento terapéutico implica adoptar y mantener una amplia gama de conductas (por ejemplo, una dieta sana, la actividad física, no fumar), así como tomar los medicamentos bajo la dirección de un profesional sanitario. Se calcula que en los países desarrollados el cumplimiento terapéutico a largo plazo es sólo del 50 por ciento como término medio. En los países en vías de desarrollo los índices son menores aún. Esta pobreza en el cumplimiento terapéutico compromete gravemente la eficacia de los tratamientos y la calidad de vida y tiene drásticas repercusiones económicas para la salud pública. Los resultados de la salud de la población previstos por los datos disponibles sobre la eficacia de los tratamientos sólo pueden conseguirse si se facilita información sobre el cumplimiento terapéutico a todos los profesionales y planificadores sanitarios. Sin un sistema que se ocupe de influir sobre el cumplimiento terapéutico, los avances en tecnología biomédica fracasarán al no llegar a reducir la carga de las enfermedades crónicas (Dipollina y Sabate, 2002).

Determinantes relacionados con los factores personales

Biología y Genética

La biología y la genética influyen en gran medida en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente. El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996). En otras palabras, la razón principal de que los ancianos enfermen con más frecuencia que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que provocan enfermedades durante un período más largo que el de sus homólogos más jóvenes (Gray, 1996).

Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es

medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna.

Debe advertirse también de que en poblaciones humanas existen evidencias de que la longevidad tiende a ser similar en el seno de determinadas familias. Pero, tomando todo en consideración, hay un acuerdo generalizado de que la trayectoria vital de la salud y la enfermedad de un individuo es el resultado de una combinación de genética, medio ambiente, estilo de vida, nutrición, y, en gran medida, azar (Kirkwood, 1996).

Por tanto, la influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes, las cardiopatías, la enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres, varía considerablemente entre las personas. Para muchas de ellas, las conductas relacionadas con el estilo de vida (como no fumar), las dotes personales para enfrentarse a las situaciones adversas y una red de parientes próximos y amigos pueden modificar eficazmente la influencia de la herencia genética en el declive funcional y el comienzo de la enfermedad.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas) y son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad (Smits et al, 1999). Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. A menudo el declive del rendimiento cognoscitivo se desencadena por el desuso (falta de práctica), la enfermedad (depresión), los factores conductuales (consumo de alcohol y medicamentos), los factores psicológicos (falta de motivación, bajas expectativas y falta de confianza) y los factores sociales (soledad y aislamiento) más que por el envejecimiento *per se*.

Otros factores psicológicos que se adquieren a lo largo del curso vital influyen en gran medida en la forma en que las personas envejecen. La autoeficacia (la fe que tienen las personas en su capacidad para ejercer el control de sus vidas) está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece y a la preparación para la jubilación. La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina lo bien que las personas se adaptan a las transiciones (como la jubilación) y las crisis del envejecimiento (como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades).

Los hombres y las mujeres que se preparan para la ancianidad y se adaptan a los cambios, se ajustan mejor a la vida después de los 60 años. Muchas personas siguen teniendo capacidad de resistencia a medida que envejecen y, por lo general, los ancianos no se diferencian de los jóvenes, de modo significativo, en su capacidad de enfrentarse a la adversidad.

Determinantes relacionados con el entorno físico

Entornos físicos

Unos entornos físicos que tengan en cuenta a las personas ancianas pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas, pero son de especial importancia para las que están envejeciendo. Por ejemplo, los ancianos que viven en un entorno inseguro o en zonas con múltiples barreras físicas son menos propensos a salir y, por tanto, son más propensos al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad.

Debe prestarse especial atención a las personas mayores que viven en zonas rurales (un 60 por ciento en todo el mundo) donde los patrones de enfermedad pueden ser diferentes debido a las condiciones medioambientales y a la ausencia de servicios de asistencia adecuados. La urbanización y la migración de los jóvenes en busca de trabajo pueden llevar a las personas mayores al aislamiento en zonas rurales con pocos medios de apoyo y poco o ningún acceso a los servicios sanitarios y sociales.

En las zonas tanto rurales y como urbanas son necesarios unos servicios de transporte accesibles y asequibles para que las personas de todas las edades puedan participar plenamente en la vida familiar y comunitaria. Esto es de especial importancia en el caso de los ancianos que tienen problemas de movilidad.

El entorno físico entraña riesgos que pueden provocar lesiones debilitantes y dolorosas en las personas mayores. Las lesiones como consecuencia de caídas, incendios y accidentes de tráfico, son las más frecuentes.

La seguridad de la vivienda

Una vivienda y un vecindario seguros y adecuados son esenciales para el bienestar tanto de los jóvenes como de las personas mayores. Para estas últimas, la ubicación, teniendo en cuenta la proximidad a los miembros de la familia, los servicios y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento. Es preciso que las ordenanzas de edificación tengan en cuenta las necesidades de seguridad y de salud de las personas mayores. Los peligros domésticos que aumenten el riesgo de sufrir caídas deben ser solucionados o eliminados.

Es un hecho que las personas mayores tienden cada vez más a vivir solas a escala planetaria, sobre todo mujeres mayores independientes, que en la mayoría de los casos son viudas y a menudo pobres, incluso en los países desarrollados. Otras pueden verse obligadas a vivir de una manera que no han elegido, por ejemplo con familiares en hogares ya abarrotados. En muchos países en vías de desarrollo, la proporción de personas mayores que viven en suburbios y chabolas está aumentando rápidamente, ya que muchos, que emigraron a las ciudades hace tiempo, se han hecho suburbanos a perpetuidad, mientras que otras personas mayores emigraron a las ciudades para vivir con miembros de su fa-

milia más jóvenes que ya se habían trasladado allí. Las personas mayores que viven en estos asentamientos presentan un riesgo elevado de aislamiento social y mala salud.

En situaciones de crisis y conflictos las personas mayores desplazadas son especialmente vulnerables y es frecuente que no puedan alcanzar andando los campamentos de refugiados. Incluso cuando llegan a dichos campamentos, les puede resultar difícil hallar cobijo y comida, sobre todo a las mujeres mayores y a los ancianos con discapacidades que se encuentran con una situación social de inferioridad y otras múltiples barreras.

Las caídas

Las caídas de las personas mayores son una importante y creciente causa de lesiones, gastos de tratamiento y muerte. Los peligros del entorno que aumentan el riesgo de caerse son la mala iluminación, suelos resbaladizos o irregulares y la ausencia de barandillas donde apoyarse. Con mucha frecuencia, estas caídas se producen en el entorno doméstico y pueden evitarse.

Las consecuencias de las lesiones sufridas por los ancianos son más graves que las de los jóvenes. Frente a lesiones de la misma gravedad, las personas ancianas padecen más discapacidad, estancias hospitalarias más prolongadas, amplios períodos de rehabilitación y mayores riesgos de dependencia ulterior y fallecimiento.

La inmensa mayoría de las lesiones pueden prevenirse; sin embargo, la consideración tradicional de las lesiones como «accidentes» ha ocasionado el histórico abandono de este ámbito de la salud pública.

Agua limpia, aire puro y alimentos sanos

El agua limpia, el aire puro y el acceso a alimentos sanos son cuestiones especialmente importantes para los grupos de población más vulnerables, como los niños y las personas ancianas, y para quienes padecen enfermedades crónicas y daños en el sistema inmunitario.

Determinantes relacionados con el entorno social

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

El apoyo social

El apoyo social inadecuado no sólo se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psico-

lógica, sino también a una disminución de la salud general global y el bienestar. La interrupción de los vínculos personales, la soledad y las interacciones conflictivas son fuentes importantes de estrés, mientras que los contactos sociales de apoyo y las relaciones íntimas son fuentes vitales de fortaleza emocional (Gironde y Lubben, en prensa). En Japón, por ejemplo, las personas mayores que informaron de la ausencia de contactos sociales tuvieron 1,5 veces más la probabilidad de morir en los tres años siguientes que quienes tuvieron mayor apoyo social (Sugiswawa y cols., 1994).

Es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un «grupo social más reducido». El aislamiento social y la soledad en la vejez están relacionados con un declive del bienestar tanto físico como mental. En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores suelen tener menos redes sociales de apoyo que las mujeres mayores. Sin embargo, en algunas culturas las mujeres mayores que se quedan viudas son sistemáticamente excluidas del núcleo de la sociedad o, incluso, rechazadas por su comunidad.

Los responsables políticos, las organizaciones no gubernamentales, la industria privada y los profesionales sanitarios y sociales pueden ayudar a fomentar redes sociales para las personas que envejecen apoyando las sociedades tradicionales y los grupos comunitarios dirigidos por personas mayores, el voluntariado, la ayuda vecinal, el asesoramiento y las visitas de personas de la misma edad, los cuidadores familiares, los programas intergeneracionales y los servicios de prestaciones sociales.

Violencia y abuso

Las personas mayores que son frágiles o viven solas pueden ser especialmente vulnerables a delitos como el robo y el asalto. Una forma más frecuente de violencia contra los ancianos (especialmente contra las mujeres) es el «abuso contra las personas de edad avanzada» cometido por los miembros de la familia o por sus cuidadores institucionales que son bien conocidos por sus víctimas. El abuso contra los ancianos se produce en familias de todos los niveles económicos. Suele ser más frecuente en sociedades que sufren convulsiones económicas y desorganización social, donde el delito y la explotación tienden a crecer.

Según la Red Internacional para la Prevención del Abuso contra los Ancianos (INPEA), el abuso de los ancianos es «un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor». (Acción sobre el Abuso contra las Personas de Edad 1995).

El abuso contra las personas de edad avanzada incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, así como la desatención. Los propios ancianos perciben que en el abuso se incluyen los siguientes factores sociales:

desatención (exclusión social y abandono), violación (derechos humanos, legales y médicos) y privación (elecciones, decisiones, condición, economía y respeto) (OMS/INPEA 2002). El abuso de los ancianos se trata de una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. Habitualmente, se denuncia muy poco en todas las culturas.

Enfrentarse al abuso contra las personas de edad y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario en el que se impliquen la justicia, los funcionarios encargados de la aplicación de las leyes, los trabajadores sanitarios y sociales, los líderes sindicales, los líderes espirituales, las instituciones religiosas, las organizaciones de defensa y las propias personas mayores. También es necesario un esfuerzo continuo para aumentar la conciencia pública del problema y para modificar los valores que perpetúan las desigualdades de sexo y las actitudes discriminatorias contra los ancianos.

Educación y alfabetización

Los bajos niveles de educación y alfabetización se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen, así como con mayores índices de desempleo. La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes y la confianza que necesitan para adaptarse y seguir siendo independientes a medida que envejecen.

Otros estudios han demostrado igualmente que los problemas laborales de los trabajadores mayores a menudo tienen su origen en una alfabetización relativamente escasa, y no en el propio envejecimiento. Para que las personas puedan seguir ocupadas en actividades gratificantes y productivas a medida que envejecen, es necesaria una formación continua en el lugar de trabajo y oportunidades de aprendizaje durante toda la vida en la comunidad (OCDE, 1998).

Al igual que los jóvenes, los ciudadanos mayores necesitan de formación en las nuevas tecnologías, especialmente en agricultura y comunicación electrónica. El autoaprendizaje dirigido, el aumento de la práctica y las adaptaciones físicas (como el uso de caracteres tipográficos grandes) pueden compensar las pérdidas de agudeza visual, audición y memoria a corto plazo. Las personas mayores pueden y deben seguir siendo creativas y flexibles. El aprendizaje intergeneracional salva las diferencias de edad, mejora la transmisión de los valores culturales y fomenta la valía de todas las edades. Los estudios han mostrado que los jóvenes que aprenden con personas mayores tienen actitudes más positivas y realistas con respecto a la generación de más edad.

Desgraciadamente, siguen existiendo tremendas desigualdades en las tasas de alfabetización entre hombres y mujeres. En 1995, en los países menos desarrollados el

31 por ciento de las mujeres adultas eran analfabetas, en comparación con el 20 por ciento de los hombres adultos (OMS, 1998).

Determinantes económicos

Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

Los ingresos

Es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades. Aunque las personas pobres de todas las edades se enfrentan a un riesgo creciente de mala salud y discapacidades, los ancianos son particularmente vulnerables. Muchas personas mayores, sobre todo mujeres que viven solas o en zonas rurales, no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto afecta seriamente a su acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda adecuada y a la atención sanitaria. De hecho, los estudios han mostrado que los ancianos con ingresos bajos tienen sólo un tercio de probabilidades de mantener un nivel elevado de funcionalidad que los que tienen ingresos elevados (Guralnick y Kaplan, 1989).

Las más vulnerables son las personas mayores que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, carecen de pensiones o subsidios de la seguridad social o forman parte de familias con ingresos bajos o no garantizados. En especial, los que no tienen hijos ni familiares se enfrentan a menudo con un futuro incierto y tienen un riesgo elevado de quedarse sin hogar y conocer la indigencia.

La protección social

En todos los países del mundo, las familias proporcionan la mayor parte del apoyo a los ancianos que necesitan ayuda. Sin embargo, a medida que las sociedades se desarrollan y comienza a decaer la tradición de que las generaciones vivan juntas, los países recorren cada vez más al desarrollo de mecanismos que proporcionen protección social a las personas de edad avanzada que no pueden ganarse la vida y están solas y son vulnerables. En los países en vías de desarrollo, las personas ancianas que necesitan asistencia tienden a depender del apoyo familiar, la asistencia de servicios informales y los ahorros personales. Los programas de seguridad social existentes en estos ámbitos son mínimos y, en algunos casos, redistribuyen los ingresos a las minorías de la población que tienen menos necesidades. Sin embargo, en países como Suráfrica y Namibia, que disponen de un sistema de pensiones nacional, este tipo de seguros sociales constituye una de las principales fuentes de ingresos para muchas familias pobres, así como para los adultos de edad avanzada que viven en estas familias. El dinero de estas pequeñas pensiones se destina a la compra de comida

para el hogar, a llevar a los niños al colegio, y a invertir en tecnologías agrícolas para así garantizar la supervivencia para muchas familias rurales pobres.

En los países desarrollados, las medidas de protección social pueden incluir las pensiones, los planes de pensiones de trabajo, los programas de incentivación del ahorro, los fondos de ahorro obligatorios y los programas de seguros de discapacidad, de enfermedad, de asistencia de larga duración y de desempleo. En los últimos años, las reformas políticas han favorecido un planteamiento basado en múltiples pilares que mezcla el apoyo estatal y privado para la seguridad en la vejez y anima a trabajar más años y a jubilarse de forma gradual (OCDE, 1998).

El trabajo

En todo el mundo, si un mayor número de personas disfrutaran de la oportunidad de tener un trabajo digno (apropiadamente remunerado, en entornos adecuados, protegido contra los riesgos) desde la juventud, se llegaría a la vejez siendo capaz de seguir participando en la fuerza laboral. En consecuencia, toda la sociedad saldría beneficiada. En todo el mundo cada vez es mayor el reconocimiento de la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores puedan aportar y de hecho aportan tanto en el trabajo formal como informal, en la realización de actividades domésticas sin remunerar y en empleos voluntarios.

En los países desarrollados no existe plena conciencia del beneficio potencial que conlleva animar a las personas mayores a trabajar más años. Cuando el desempleo es elevado, con frecuencia se tiende a reducir el número de trabajadores mayores como forma de crear puestos de trabajo para los jóvenes. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que utilizar la jubilación anticipada para dejar libres nuevos puestos de trabajo para los desempleados no ha sido una solución eficaz (OCDE, 1998).

En los países menos desarrollados, es más probable que las personas mayores se vean en la necesidad de seguir económicamente activas en la vejez (fig. 9). Sin embargo, la industrialización, la adopción de nuevas tecnologías y la movilidad del mercado de trabajo están poniendo en peligro gran parte del trabajo tradicional de los ancianos, sobre todo en las zonas rurales. Los proyectos de desarrollo deben garantizar que las personas de edad avanzada puedan acogerse a planes de créditos y participar totalmente en actividades que generen ingresos.

Al concentrarse sólo en el trabajo del mercado de trabajo formal, se tiende a ignorar la valiosa contribución de los ancianos en trabajos del sector informal (por ejemplo, actividades a pequeña escala y de empleo por cuenta propia y trabajos domésticos) y en las actividades domésticas no remuneradas.

Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, los ancianos suelen asumir la responsabilidad principal del trabajo de la casa y el cuidado de los ni-

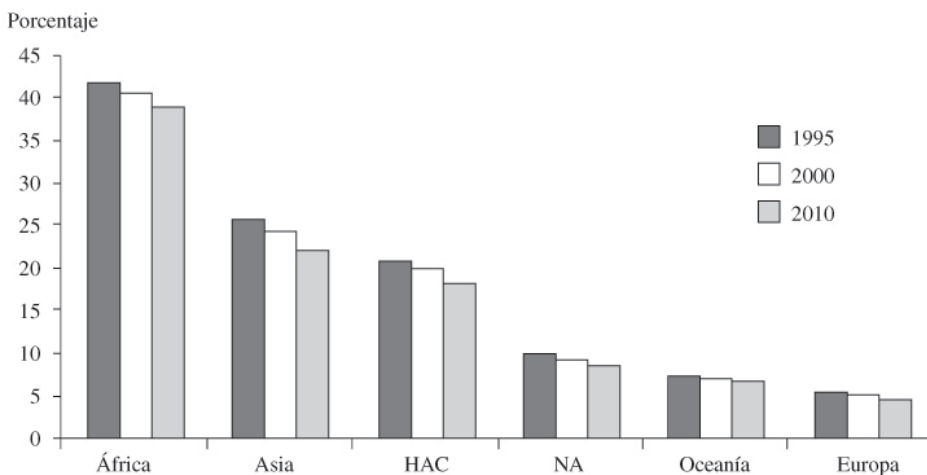


Figura 9. Porcentaje de la participación en la fuerza de trabajo por parte de personas mayores de 65 años, según regiones. HAC: Hispanoamérica y el Caribe. NA: Norteamérica. Fuente: OIT, 2000.

ños para que los adultos más jóvenes puedan trabajar fuera de casa.

En todos los países son muchas las personas de edad avanzada con pericia y experiencia que trabajan como voluntarios en colegios, comunidades, instituciones religiosas, empresas y organizaciones sanitarias y políticas. El trabajo voluntario beneficia a los mayores aumentando sus contactos sociales y su bienestar mental, a la vez que realizan una valiosa contribución a sus comunidades y naciones.

4. LOS DESAFÍOS DE UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE

Los desafíos del envejecimiento de la población son globales, nacionales y locales. Satisfacer estos desafíos requerirá la planificación innovadora y políticas sustantivas en los países desarrollados y en los países en transición. Los países en vías de desarrollo, la mayoría de los cuales carecen aún de políticas integrales sobre el envejecimiento, se enfrentan a los mayores desafíos.

Desafío 1: la doble carga de la enfermedad

A medida que las naciones se industrializan, el cambio de los modelos de vida y de trabajo va acompañado inevitablemente por un cambio de los patrones de la enfermedad. Los países más afectados por estos cambios son los países en vías de desarrollo. Aunque estos países continúan luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones perinatales, también se enfrentan con el rápido crecimiento de enfermedades no transmisibles (ENT). Esta «doble carga de la enfermedad» lleva los escasos recursos al límite.

El paso de las enfermedades transmisibles a las enfermedades no transmisibles se está produciendo rápidamente en la mayoría de los países en vías de desarrollo donde enfermedades crónicas como las enfermedades

cardíacas, el cáncer y la depresión, están convirtiéndose con rapidez en las causas principales de morbilidad y discapacidad. Esta tendencia se multiplicará durante las próximas décadas. En 1990, el 51 por ciento de la carga global de enfermedad en los países en desarrollo y en los países recientemente industrializados fue causada por enfermedades no transmisibles, trastornos de salud mental y lesiones. Para 2020, la carga de estas enfermedades se elevará aproximadamente al 78 por ciento (fig. 10).

EL VIH/SIDA Y LAS PERSONAS MAYORES

En África y en otras regiones en vías de desarrollo, el VIH/SIDA ha tenido múltiples impactos en los ancianos, en cuanto a padecer ellos mismos con la enfermedad, cuidar de otros infectados y asumir el papel de padres de huérfanos del SIDA. Este impacto ha sido prácticamente ignorado hasta el día de hoy. De hecho, la mayoría de los datos sobre los índices de infección del VIH y del SIDA sólo se recopilan hasta los 49 años. Se necesita urgentemente mejorar la recopilación de datos (sin limitaciones de edad) que nos ayude a conocer mejor el impacto del VIH/SIDA en los ancianos. Deben instaurarse actividades de prevención, educación e información sobre el VIH/SIDA, así como servicios de tratamiento destinados a todas las edades.

Numerosos estudios han mostrado que la mayoría de los niños mayores con SIDA vuelven a su casa para morir.

Las esposas, madres, tías, hermanas, cuñadas y abuelas asumen la mayor parte de la carga que suponen los cuidados a estas personas de edad avanzada. Y, en muchos casos, estas mujeres se encargan del cuidado de los niños huérfanos.

Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las empresas privadas necesitan solucionar las necesidades financieras, sociales y de formación de las personas de edad avanzada que cuidan de los miembros de su familia y de vecinos que están infectados y crían a los niños supervivientes; algunos de estos ancianos también están infectados. (OMS, 2002).

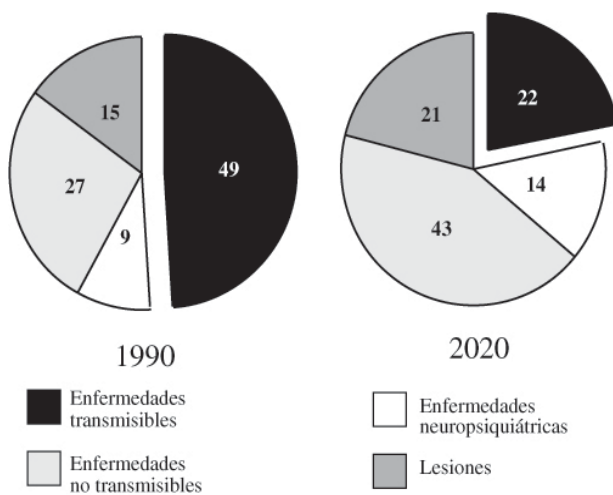


Figura 10. Carga global de la enfermedad en 1990 y 2020. Contribución por grupo de enfermedades en los países en vías de desarrollo y recién industrializados. Fuente: Murray y López, 1996. Para el año 2020, más del 70 por ciento de la carga global de la enfermedad en los países en desarrollo y en los países recientemente industrializados será causada por enfermedades no transmisibles, trastornos de la salud mental y lesiones.

No cabe duda de que los responsables políticos y las personas que llevan a cabo iniciativas sociales sin ánimo de lucro deben continuar invirtiendo recursos en el control y la erradicación de las enfermedades infecciosas. No obstante, también es fundamental adoptar políticas, programas y asociaciones intersectoriales que puedan contribuir a detener la expansión masiva de las enfermedades no transmisibles crónicas. Aunque no sean necesariamente fáciles de aplicar, las políticas que se centran en el desarrollo comunitario, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación creciente suelen ser las más eficaces para controlar la carga de la enfermedad. Además, otras políticas a largo plazo cuyo objetivo sea la desnutrición y la pobreza ayudarán a reducir tanto las enfermedades contagiosas crónicas como las enfermedades no transmisibles.

Se necesita con urgencia apoyar la investigación necesaria para los países menos desarrollados. Actualmente, los países con ingresos medios y bajos tienen el 85 por ciento de la población del mundo y sufren el 92 por ciento de la carga de la enfermedad, pero sólo representan el 10 por ciento del gasto en investigación sanitaria del mundo (OMS, 2000).

Desafío 2: mayor riesgo de discapacidad

Tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, las enfermedades crónicas son causas importantes y de discapacidad, resultan costosas y reducen la calidad de vida. La independencia de un anciano se ve amenazada cuando las discapacidades físicas o

mentales hacen que le resulte difícil llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

A medida que envejecen, es posible que las personas con discapacidades encuentren barreras adicionales relacionadas con el proceso de envejecimiento. Por ejemplo, problemas de movilidad producidos por una poliomielitis en la niñez pueden agravarse considerablemente en etapas tardías de la vida. Hoy día, en que tantos jóvenes con discapacidades intelectuales sobreviven hasta edades muy avanzadas y viven más tiempo que sus progenitores, este grupo especial requiere también una atención cuidadosa por parte de los responsables políticos.

Muchas personas desarrollan discapacidades en épocas tardías de la vida relacionadas con el deterioro del envejecimiento (por ejemplo, artritis) o por la aparición de una enfermedad crónica que podría haberse prevenido en sus inicios (cáncer de pulmón, diabetes y enfermedad vascular periférica) o una enfermedad degenerativa (por ejemplo, demencia). La probabilidad de experimentar graves discapacidades cognitivas y físicas aumenta de forma espectacular en edades muy avanzadas. Es significativo que los adultos de más de 80 años son el grupo de edad de más rápido crecimiento en todo el mundo.

Pero las discapacidades asociadas con el envejecimiento y la aparición de las enfermedades crónicas pueden prevenirse o retrasarse. Por ejemplo, durante los últimos 20 años se ha producido una importante disminución de los índices de discapacidades específicas de la edad en los EE.UU. (fig. 11), el Reino Unido, Suecia y otros países desarrollados.

La figura 11 muestra la disminución real de las discapacidades entre los americanos mayores entre 1982 y 1999 comparada con los números previstos si los índices de discapacidad se hubieran mantenido estables durante ese período de tiempo.

Parte de esta disminución se debe probablemente a los mayores niveles de educación, a los mejores estándares de vida y a una mejoría de la salud en los primeros años de la vida. La adopción de un estilo de vida positiva también es otro factor. Como ya se ha mencionado, la elección de abstenerse de fumar y aumentar moderadamente los niveles de actividad física puede reducir, de forma significativa, el riesgo de enfermedades cardíacas y de otro tipo. También son importantes los cambios favorables en la comunidad, tanto por lo que se refiere a prevenir discapacidades como para reducir las restricciones que las personas con discapacidades suelen encontrar. Además, se ha observado un progreso impresionante en el tratamiento de patologías crónicas, incluyendo nuevas técnicas para el diagnóstico y el tratamiento precoz, así como el tratamiento a largo plazo de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la artritis. Estudios recientes han destacado también que el incremento en el uso de ayudas, desde sencillas ayudas personales, como bastones, andadores, pasamanos, a tecnologías dirigidas al conjunto de la población, como los teléfonos, puede reducir la

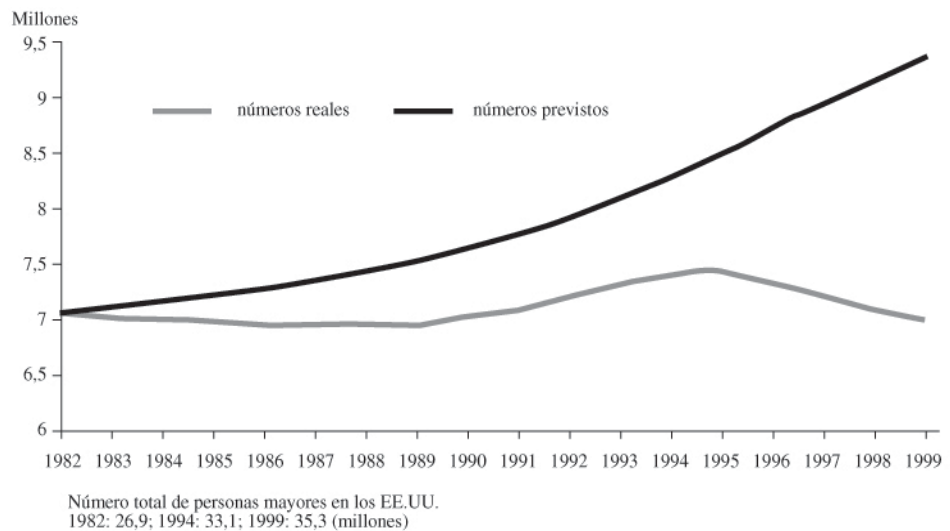


Figura 11. Número de americanos con discapacidades crónicas mayores de 65 años (en millones), de 1982 a 1999, números reales y proyecciones. Fuente: Manton y Gu, 2001.

dependencia de las personas discapacitadas. En los EE.UU. el uso de tales ayudas por personas de edad dependientes aumentó del 76 por ciento en 1984 a más del 90 por ciento en 1999 (Cutler, 2001).

La visión y la audición

Otras discapacidades comunes relacionadas con la edad incluyen la pérdida de visión y de audición. Actualmente, en todo el mundo, hay 180 millones de personas con discapacidad visual, de los cuales 45 millones son ciegos. La mayoría de ellos son ancianos, ya que el deterioro visual y la ceguera aumentan de forma muy acusada con la edad. En conjunto, se piensa que aproximadamente el cuatro por ciento de las personas mayores de 60 años están ciegas, y el 60 por ciento de ellas viven en el África subsahariana, China e India. Las principales causas relacionadas con la edad de la discapacidad visual y de ceguera son las cataratas (casi el 50 por ciento de toda la ceguera), el glaucoma, la degeneración macular y la retinopatía diabética (OMS, 1997).

Se necesitan urgentemente políticas y programas diseñados para prevenir el deterioro visual y aumentar los servicios apropiados para el cuidado de la vista, particularmente en los países en vías de desarrollo. En todos los países, las lentes correctoras y la cirugía de las cataratas deberían ser accesibles y económicas para los ancianos que las necesiten.

El deterioro de la audición provoca una de las discapacidades más extendidas, particularmente entre las personas mayores. Se estima que en todo el mundo, más del 50 por ciento de las personas mayores de 65 años sufren algún grado de pérdida auditiva (OMS, 2002). La pérdida del oído puede causar dificultades de comunicación. Esto, a su vez, puede llevar a la frustración, la disminución de la autoestima, el retiro y el aislamiento social (Pal, 1974, Wilson, 1999).

Es necesario aplicar políticas y programas para reducir y finalmente eliminar el deterioro evitable de la audición y ayudar a las personas con pérdida auditiva a obtener audífonos. La pérdida de la audición puede prevenirse evitando la exposición al ruido excesivo y el uso de fármacos potencialmente perjudiciales y con el tratamiento precoz de enfermedades que producen pérdida auditiva, como las infecciones del oído medio, la diabetes y posiblemente la hipertensión. La pérdida de la audición puede tratarse algunas veces, sobre todo si la causa está en el canal del oído o en el oído medio. Sin embargo, es más frecuente que la discapacidad pueda reducirse por la amplificación del sonido, normalmente usando un audífono.

Un entorno de capacitación

Dado que las poblaciones de todo el mundo viven mucho más tiempo, se necesitan urgentemente políticas y programas que ayuden a prevenir y reducir la carga de la discapacidad en la vejez tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados. Una manera útil de considerar la toma de decisiones en esta área es pensar en la capacitación en lugar de la discapacitación. Los procesos de discapacitación aumentan las necesidades de las personas mayores y llevan al aislamiento y a la dependencia. Los procesos de capacitación restablecen la función y extienden la participación de las personas mayores a todos los aspectos de la sociedad.

Una gran variedad de sectores puede promulgar políticas «amistosas con los ancianos» que previenen la discapacidad y permiten a aquellos que tienen discapacidades participar plenamente en la vida de la comunidad. Aquí hay algunos ejemplos de programas, entornos y políticas de capacitación en diferentes sectores:

- Lugares de trabajo sin obstáculos, horarios de trabajo flexibles, entornos de trabajo modificados y jornadas de trabajo con dedicación parcial para personas que sufren discapacidades a medida que envejecen o que tienen que

cuidar de otros con discapacidades (industria privada y empresarios).

- Calles bien iluminadas para que caminar resulte seguro, lavabos públicos accesibles y semáforos que den a las personas más tiempo para cruzar la calle (administraciones locales).
- Programas de ejercicios que ayuden a los ancianos a mantener su movilidad o a recuperar la fuerza de las piernas que necesitan para moverse (servicios de ocio y agencias no gubernamentales).
- Programas de alfabetización y de formación durante toda la vida (sector de educación y organizaciones no gubernamentales).
- Ayudas auditivas o instrucción en lenguaje de signos que permitan a las personas ancianas con problemas auditivos continuar comunicándose con los demás (servicios sociales y organizaciones no gubernamentales).
- Acceso sin obstáculos a los centros de salud, programas de rehabilitación y procedimientos eficientes como la cirugía de cataratas y prótesis de la cadera (sector de salud).
- Planes de créditos y acceso a los pequeños negocios y a oportunidades de desarrollo para que las personas mayores puedan continuar ganándose la vida (agencias del gobierno e internacionales).

El cambio de actitud de los proveedores de servicios sociales y sanitarios es de vital importancia a fin de asegurar que sus prácticas posibilitan y capacitan a los individuos para ser lo más autónomos e independientes durante el mayor tiempo posible. Los cuidadores profesionales tienen que respetar la dignidad de las personas de edad en todo momento y tener cuidado para evitar intervenciones prematuras que puedan inducir involuntariamente a la pérdida de independencia.

Los investigadores necesitan definir y estandarizar mejor las herramientas usadas para evaluar la capacidad y la discapacidad y proporcionar a los responsables políticos más pruebas sobre procesos de capacitación claves en un sentido más amplio, además de en la medicina y la sanidad. Es necesario prestar mucha atención a las diferencias de sexo en estos análisis.

Desafío 3: proporcionar asistencia a las poblaciones que envejecen

A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud). La atención formal incluye tanto la asistencia primaria de salud (prestada básicamente al nivel de la comunidad) como la

asistencia institucional (en hospitales o residencias de ancianos). Aunque está claro que la mayor parte de la necesidad asistencial de las personas se la prestan ellos mismos o sus cuidadores informales, la mayoría de los países asignan sus recursos financieros inversamente, es decir, la mayor parte del gasto se dedica a la asistencia institucional.

En todo el mundo, los miembros de la familia, los amigos y vecinos (muchos de los cuales son mujeres) proporcionan la mayor parte del apoyo y los cuidados a los adultos de edad avanzada que necesitan ayuda. Algunos responsables políticos temen que el hecho de proporcionar servicios de asistencia profesionales conlleve una menor implicación por parte de las familias. Los estudios demuestran que esto no es así. Cuando se prestan servicios formales adecuados, la asistencia informal sigue siendo un aliado fundamental (OMS, 1999). Son preocupantes las recientes tendencias demográficas en gran número de países, que indican el aumento de la proporción de mujeres sin hijos, cambios en los modelos de divorcio y del matrimonio y el número global, mucho menor, de niños de futuras generaciones de personas ancianas: todo ello contribuye a una disminución de la reserva de apoyo familiar (Wolf, 2001).

La asistencia formal a través de los sistemas de servicios sociales y sanitarios tiene que ser igualmente accesible para todos. En muchos países, las personas ancianas que son pobres y viven en zonas rurales carecen de acceso o tienen un acceso limitado a la asistencia sanitaria necesaria. La reducción de la ayuda pública para los servicios de asistencia primaria en muchas zonas ha traído consigo un incremento del esfuerzo financiero e intergeneracional entre las personas de edad y sus familias.

Muchas de las personas ancianas con necesidad de asistencia prefieren ser cuidadas en sus propios hogares. Sin embargo, hay que ayudar a los cuidadores (que suelen ser también de edad avanzada) si se quiere que continúen prestando ayuda sin que ellos mismos caigan enfermos. Sobre todo, necesitan estar bien informados sobre la condición a la que se enfrentan, su probable evolución, y cómo obtener los servicios de asistencia disponibles. La asistencia sanitaria y social a domicilio, los programas de ayuda por parte de personas de la misma edad, los dispositivos de ayuda (que van desde los dispositivos básicos como un audífono a los más sofisticados, como un sistema de la alarma electrónico), los servicios de ingreso temporal para descanso del cuidador y los centros de día, son todos ellos servicios importantes que permiten que los cuidadores informales puedan seguir asistiendo a las personas que necesitan ayuda, con independencia de su edad. Otras formas son la ayuda en formación, los ingresos asegurados (por ejemplo, prestaciones de la seguridad social), las ayudas para adaptar el hogar que permita que las familias puedan cuidar de las personas mayores con discapacidad y los desembolsos para ayudar a cubrir los costes de la asistencia.

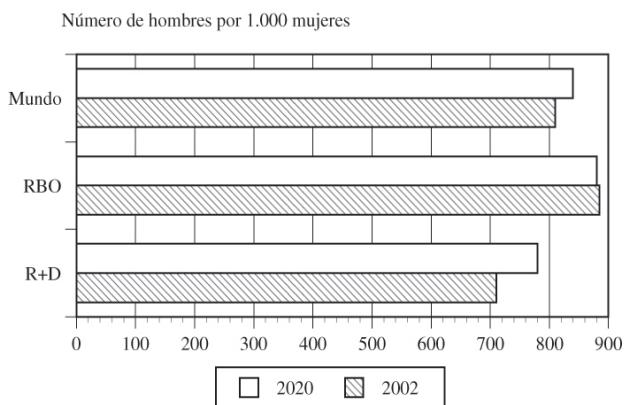


Figura 12. Proporción de sexos por regiones del mundo, mayores de 60 años, en 2002 y 2020. RBD: regiones menos desarrolladas. R+D: regiones más desarrolladas. Fuente: NN.UU., 2001. La proporción de sexos en las poblaciones con 60 años y más refleja la mayor proporción de mujeres que de hombres en todas las regiones del mundo, sobre todo en las regiones más desarrolladas.

A medida que aumenta en todos los países la proporción de personas de edad, aumentará cada vez más el número de ancianos que vivan en el hogar con ayuda de miembros de la familia. Los servicios de asistencia doméstica y comunitarios para ayudar a los cuidadores informales tienen que estar disponibles para todos, no sólo para aquellos a quienes conocen o que tienen medios para pagarles.

Los cuidadores profesionales necesitan también formación y práctica sobre modelos de asistencia que pongan de relieve la fortaleza de la persona anciana asistida, que reconozca sus puntos fuertes y que potencie el mantenimiento de cotas de independencia aunque sean pequeñas, incluso cuando están enfermas o en situación de fragilidad. Actitudes paternalistas o irrespetuosas por parte de los profesionales pueden producir efectos devastadores en la autoestima y la autonomía de los ancianos que solicitan sus servicios.

La información y la educación sobre el envejecimiento activo tienen que incorporarse en los planes de estudios y en los programas de formación de todos los trabajadores sanitarios, de los servicios sociales y de animación, así como de urbanistas y arquitectos. Los principios básicos y los principales enfoques de la asistencia a la vejez deben ser obligatorios en la formación de todos los estudiantes de medicina y enfermería, y de otras profesiones relacionadas con la salud.

Desafío 4: la feminización del envejecimiento

Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas las partes del mundo. Esto se refleja en la proporción mayor de mujeres que de hombres en los grupos de edad avanzada. Por ejemplo, en 2002, había 678 hombres por cada 1.000 mujeres mayores de 60 años en Europa. En regiones menos desarrolladas, había 879

hombres por 1.000 mujeres (fig. 12). Las mujeres constituyen, aproximadamente, dos tercios de la población mayor de 75 años en Brasil y Suráfrica. Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, tienen más posibilidades de sufrir violencia doméstica y discriminación a la hora de acceder a la educación, a los ingresos, a la alimentación, a un trabajo gratificante, a la asistencia sanitaria, a las herencias, a las medidas de protección social y al poder político. Este cúmulo de desventajas implica que las mujeres sean más proclives a sufrir la pobreza y la discapacidad en la vejez. Debido a su situación social de inferioridad, la salud de las mujeres ancianas a menudo se descuida o se ignora. Además, muchas mujeres tienen ingresos muy escasos, o carecen de ellos, debido a tantos años dedicados a los papeles de cuidadoras sin remuneración. El cuidado de la familia se consigue, a menudo, en detrimento de la seguridad económica y la buena salud de la cuidadora en su ancianidad.

Las mujeres también tienen más posibilidades que los hombres de llegar a la vejez, período en el que las discapacidades y numerosos problemas de salud son más frecuentes. En el grupo de los mayores de 80 años de edad, el promedio mundial es de menos de 550 hombres por cada 1.000 mujeres. En las regiones más desarrolladas, las mujeres mayores de 80 años sobrepasan en más del doble a los hombres (véase el ejemplo de Japón en la figura 13).

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

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

Desafío 5: la ética y las desigualdades

A medida que las poblaciones envejecen, se perfilan una serie de consideraciones éticas. Están vinculadas con la discriminación en la asignación de los recursos por razones de edad, cuestiones relacionadas con el fin de la vida y una multitud de dilemas asociados con la asistencia de larga duración y los derechos humanos de las personas mayores pobres y con discapacidades. Los avances científicos y la medicina moderna han planteado muchas preguntas éticas relacionadas con la investigación y la manipulación genética, la biotecnología, la investigación con células madres y el uso de la tecnología para mante-

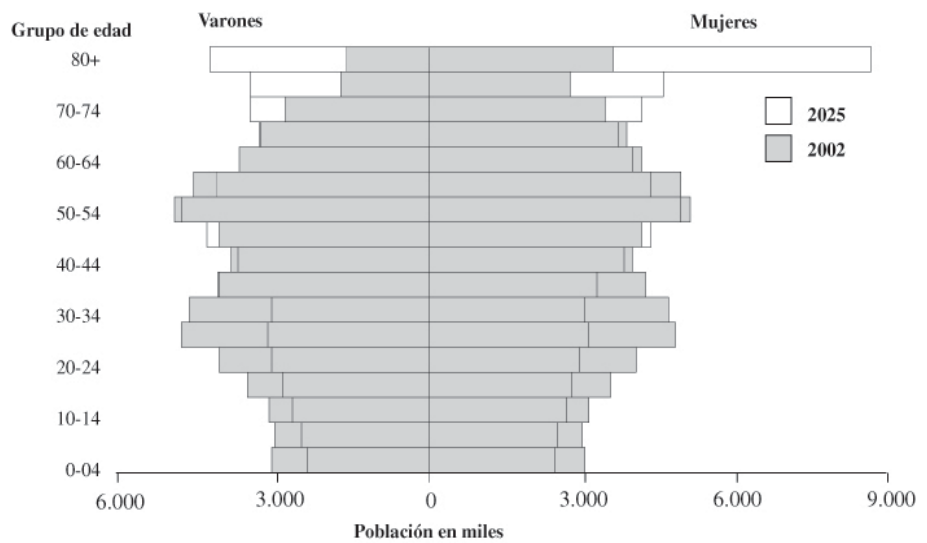


Figura 13. Pirámide de población de Japón en 2002 y 2025. Fuente: NN.UU., 2001. En contraste con la forma de pirámide, la estructura de la población japonesa se va convirtiendo en una forma de cono debido al envejecimiento de la población. Para el año 2025, la forma será similar a una pirámide invertida, con las personas mayores de 80 años convertidas el mayor grupo de población. La feminización de la vejez es muy visible.

ner la vida de una forma que compromete, al mismo tiempo, la calidad de vida. En todas las culturas, los consumidores tienen que ser completamente informados sobre las falsas afirmaciones de productos «anti-envejecimiento» y sobre los programas que resultan ineficaces o dañinos. Necesitan protección frente al marketing y los planes de financiación fraudulentos, sobre todo a medida que envejecen.

Las sociedades que valoran la justicia social deben esforzarse por asegurar que todas las políticas y prácticas mantengan y garanticen los derechos de todas las personas, sin tener en cuenta su edad. El apoyo y la toma de decisiones éticas han de ser estrategias fundamentales en cualquier programa, práctica, política e investigación sobre el envejecimiento.

La edad avanzada exacerba a menudo otras desigualdades preexistentes basadas en la raza, el origen étnico o el sexo. Aunque las mujeres están en desventaja de forma universal en cuanto a pobreza, los hombres tienen una expectativa de vida menor en la mayor parte de los países. La exclusión y el empobrecimiento de los hombres y mujeres ancianas suelen ser fruto de las desigualdades estructurales de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la asistencia sanitaria y la discriminación por motivos de sexo o raza se relacionan de forma crítica con la posición social y el bienestar de la vejez. Para las personas ancianas que son pobres, las consecuencias de estas experiencias tempranas empeoran aún más al verse excluidas posteriormente de la asistencia sanitaria, los sistemas de crédito, las actividades que generan ingresos y la toma de decisiones. Las desigualdades en la asistencia se producen cuando porciones de la población que envejece pequeñas y comparativamente ricas, en particular las de los países en vías de desarrollo, consumen una cantidad desproporcionadamente alta de recursos públicos para su asistencia.

En muchos casos, los medios de los que disponen las personas ancianas para conseguir su dignidad e independencia, para recibir asistencia y participar en los asuntos cívicos son muy limitados. Estas condiciones suelen ser aún peores cuando dichas personas viven en zonas rurales y en situaciones de conflicto o desastres humanitarios.

En todas las regiones del mundo, la riqueza y la pobreza relativas, el sexo, la posesión de bienes, el acceso al trabajo y el control de los recursos son factores fundamentales de la situación socioeconómica. Datos recientes del Banco Mundial ponen de manifiesto que, en muchos países en vías de desarrollo, bastante más de la mitad de la población vive con un poder adquisitivo dos veces menor que la paridad del poder adquisitivo (PPP) en dólares al día (tabla 4).

De todos es conocido que la situación socioeconómica y la salud están estrechamente relacionadas. Con cada

TABLA 4. Porcentaje de población por debajo de los límites internacionales de pobreza en países con una población cercana o superior a los 100 millones en el año 2000

Países	Población (mill.)	% con < 1 dólar/día*	% con < 2 dólares/día*
China	1.275	18,5	53,7
India	1.008	44,2	86,2
Indonesia	212	7,7	55,3
Brasil	170	9,0	25,4
Federación Rusa	145	7,1	25,1
Pakistán	141	31,0	84,7
Bangladesh	137	29,1	77,8
Nigeria	113	70,2	90,8
México	98	12,2	34,8

* Ajustado por poder adquisitivo. Fuente: Banco Mundial, 2001 y NN.UU., 2001.

peldaño de ascenso en la escala socioeconómica, la gente vive más años y su vida es más sana (Wilkinson, 1996). En los últimos años, las distancias entre ricos y pobres y las consiguientes desigualdades en su salud han ido creciendo en todos los lugares del mundo (Lynch et al, 2000). El fracaso al enfrentarse a este problema tendrá graves consecuencias sobre la economía mundial y el orden social, así como sobre cualquier sociedad concreta y las personas de cualquier edad.

Desafío 6: la economía de una población que envejece

Posiblemente lo que más temen los responsables políticos es que el rápido envejecimiento de la población produzca una explosión en la asistencia sanitaria y en los costes de la seguridad social que escape a cualquier control. Aunque no hay ninguna duda de que las poblaciones al envejecer aumentarán sus demandas en estos ámbitos, también existe la evidencia de que la innovación, la cooperación de todos los sectores, la planificación anticipada y basada en evidencias empíricas y las opciones políticas culturalmente apropiadas permitirán a los países gestionar con éxito la economía de una población que envejece.

La investigación en países con poblaciones envejecidas ha demostrado que ese envejecimiento *per se* no es probable que lleve a «costos de atención sanitaria que se muevan en una espiral fuera de control», por dos razones.

En primer lugar, según los datos de la OCDE, las principales causas de una escalada de los costos de la asistencia sanitaria se relacionan con circunstancias que nada tienen que ver con el envejecimiento demográfico de una población determinada. Las ineficacias en la prestación de la asistencia, la construcción de demasiados hospitales, los sistemas de pago que fomentan largas estancias hospitalarias, el excesivo número de intervenciones médicas y el uso inadecuado de tecnologías de alto costo son los factores fundamentales que explican la escalada de costos de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, en los Estados Unidos y en otros países de la OCDE, algunas veces se introdujeron rápidamente nuevas tecnologías y se utilizaron donde ya existían procedimientos alternativos más baratos cuya efectividad marginal era relativamente baja (Jacobzone y Oxley, 2002). Parece existir un margen considerable para que los responsables políticos puedan solucionar estos problemas y mejorar la efectividad de la asistencia sanitaria. En segundo lugar, los costes de la asistencia de larga duración pueden administrarse si las políticas y los programas toman en consideración la prevención y el papel de la asistencia informal. Las políticas y los programas de promoción sanitaria que previenen las enfermedades crónicas y disminuyen el grado de discapacidad entre los ciudadanos de edad les permiten vivir con independencia mucho más tiempo. Otro factor importante es la capacidad y el deseo de las familias de proporcionar asistencia y apoyar a los miembros de edad avanzada de

la familia. Esto dependerá, en gran parte, de los índices de participación de la mujer en el mercado de trabajo y en las políticas públicas y laborales que reconozcan y apoyen el papel del cuidador.

En muchos países, la mayor parte de los gastos se dedica a la medicina curativa. La asistencia de las enfermedades crónicas consigue una mejoría de la calidad de vida; sin embargo, siempre es preferible que esas enfermedades se puedan prevenir o retrasar hasta etapas muy tardías de la vida. Los dirigentes tienen que evaluar si tales resultados pueden lograrse mediante políticas que tomen en consideración los múltiples factores determinantes del envejecimiento activo, como las intervenciones para prevenir lesiones, la mejora de las dietas y la actividad física y el aumento de la alfabetización o del empleo.

Finalmente, el nivel de financiación asignado al sistema de salud es una opción social y política sin respuesta universalmente aplicable. Sin embargo, la OMS sugiere que es mejor pagar por anticipado la mayor parte posible de la asistencia sanitaria, ya sea en forma de seguros, impuestos o seguridad social. El principio de «financiación justa» asegura la equidad a su acceso independientemente de la edad, el sexo o el origen étnico y también asegura que la carga financiera sea compartida de manera justa (OMS, 2000).

Una segunda preocupación importante de los responsables políticos es la demanda que una población puede hacer a los sistemas de la seguridad social a medida que envejece. Los alarmistas señalan la creciente proporción de la población «dependiente» que se ha retirado del mercado de trabajo estructurado. Sin embargo, la idea de que todas las personas mayores de 60 años son dependientes es una suposición falsa. Muchas personas continúan estando en el mercado de trabajo formal en esta época de su vida o elegirían hacerlo si existiera la oportunidad. Muchas otras continúan contribuyendo a la economía a través del trabajo informal y de actividades de voluntariado, así como con intercambios de dinero en efectivo entre generaciones y el apoyo a la familia. Por ejemplo, las personas de edad que cuidan de sus nietos permiten a los adultos más jóvenes participar en el mercado de trabajo.

Una población que envejece proporciona otras ventajas a la economía global. Las naciones en la que están disminuyendo las poblaciones en edad de trabajar podrán utilizar trabajadores de edad experimentados y las industrias podrán crecer a medida que sirven a las necesidades de los consumidores de mayor edad.

El envejecimiento global exige a los gobiernos y al sector privado que aborden los desafíos planteados a los sistemas de la seguridad social y de pensiones. Un enfoque equilibrado de la provisión de protección social y los objetivos económicos indica que las sociedades con voluntad de planificación pueden permitirse envejecer. Las políticas del mercado laboral (por ejemplo, los incentivos para jubilaciones anticipadas y las prácticas de jubilación obligatoria) tienen en realidad un impacto más importante sobre la



Figura 14. *Los tres pilares de un marco político para el envejecimiento activo.*

capacidad de la nación para proporcionar protección social que el envejecimiento demográfico en sí. El objetivo debe consistir en reconocer y aprovechar el talento y la experiencia de las personas mayores y garantizarles un nivel de vida adecuado, a la vez que se fomentan los intercambios armoniosos entre generaciones.

Desafío 7: la forja de un nuevo paradigma

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la jubilación. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma desfasado no reflejan la realidad. No cabe duda de que la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y siguen siendo autónomos, incluso siendo ya muy ancianos. Sobre todo en los países en vías de desarrollo, muchas personas de más de 60 años continúan participando en el mercado de trabajo. Las personas ancianas permanecen activas en el sector del trabajo informal (por ejemplo, el trabajo doméstico y las actividades por cuenta propia, a pequeña escala) aunque esto no se reconoce a menudo en las estadísticas del mercado de trabajo. Las contribuciones no remuneradas de las personas de edad avanzada en el hogar (como el cuidado de los niños y de las personas enfermas) permiten a los miembros más jóvenes de la familia comprometerse en el mercado de trabajo remunerado. En todos los países, las actividades de voluntariado protagonizadas por las personas mayores constituyen una importante contribución a la sociedad.

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

Esto incluye el reconocimiento de las contribuciones de las personas ancianas que están enfermas, son frágiles y vulnerables y la defensa de sus derechos de asistencia y seguridad.

Un paradigma como este asume un enfoque intergeneracional que reconoce la importancia de las relaciones familiares y el apoyo que se prestan entre sí los miembros y las generaciones en una familia. Fortalece la idea de «una sociedad para todas las edades», el principal tema del Año Internacional de las Personas mayores de las Naciones Unidas (1999).

El nuevo paradigma desafía también la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es un asunto de niños y jóvenes, el trabajo de adultos y la jubilación es un problema de la vejez. El nuevo paradigma reclama programas que apoyen el aprendizaje a todas las edades y permita a la gente entrar o salir del mercado laboral para asumir papeles de cuidadores en distintas épocas de su vida. Este enfoque defiende la solidaridad entre las generaciones y proporciona más seguridad a los niños, los padres y las personas mayores.

Los propios ancianos y los medios de comunicación deben tomar la iniciativa para forjar una imagen nueva y más positiva del envejecimiento. El reconocimiento político y social de las contribuciones que las personas de edad hacen y la inclusión de hombres y mujeres de edad en los papeles directivos apoyará esta nueva imagen y ayudará a deshacer los estereotipos negativos. Educar a los jóvenes con respecto al envejecimiento y prestar una cuidadosa atención al mantenimiento de los derechos de las personas de edad ayudará a reducir y eliminar la discriminación y el abuso.

5. LA RESPUESTA POLÍTICA

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales. En un mundo cada vez más intercomunicado, el hecho de no afrontar de manera racional y en cualquier parte del mundo los imperativos demográficos y los rápidos cambios de las pautas de la enfermedad, tendrá consecuencias socioeconómicas y políticas globales.

En última instancia, un enfoque colectivo del envejecimiento y de las personas mayores condicionará la forma en que nosotros, nuestros hijos y nuestros nietos, experimentaremos la vida en los años posteriores.

El marco político para el envejecimiento activo (fig. 14) se guía por los *Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores* (el círculo exterior), que son: independencia, participación, asistencia, realización de los propios deseos y dignidad. Las decisiones se basan en comprender cómo influyen los *determinantes del envejecimiento activo* sobre la manera en que envejecen las personas y las poblaciones.

El marco político requiere la acción sobre tres pilares básicos:

Salud. Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el

declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida. Permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas cuando envejecan. Habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios.

Las personas que necesitan asistencia deben tener acceso a toda la gama de servicios sociales y de salud que abordan las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.

Participación. Las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias.

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

La acción Intersectorial

Para lograr el objetivo de un envejecimiento activo se necesitarán medidas en diversos sectores, además del sanitario y el social, como la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Aunque está claro que el sector de la salud no tiene responsabilidad directa en las políticas de todos los demás sectores, éstas pertenecen en el más amplio sentido al ámbito de la salud pública porque apoyan los objetivos de mejorar la salud a través de la acción intersectorial. Este tipo de enfoque destaca la importancia de los numerosos y diferentes socios de la salud pública y refuerza el papel del sector de la salud como catalizador para la acción (Yach, 1996).

Además, todas las políticas tienen que apoyar la solidaridad intergeneracional e incluir objetivos específicos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y entre los distintos subgrupos dentro de la población de más edad. Es necesario prestar especial atención a los ancianos pobres y marginados y a los que viven en zonas rurales.

El enfoque del envejecimiento activo busca eliminar la discriminación por razón de la edad y reconocer la diversidad de las poblaciones ancianas. Las personas mayores y sus cuidadores necesitan involucrarse activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas,

programas y actividades de desarrollo del conocimiento relacionadas con el envejecimiento activo.

Propuestas políticas fundamentales

Las siguientes propuestas políticas se han diseñado para abordar los tres pilares del envejecimiento activo: salud, participación y seguridad. Algunas son amplias y abarcan todos los grupos de edad, mientras que otras se dirigen específicamente a los grupos que se aproximan a la ancianidad o a los propios ancianos.

1. Salud

1.1. Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.

- *Objetivos y metas.* Establecer objetivos mensurables y específicos para cada sexo para la mejoría de las condiciones sanitarias de los ancianos y reducir las enfermedades crónicas, las discapacidades y la mortalidad prematura.

- *Influencias económicas sobre la salud.* Promulgar políticas y programas que aborden los factores económicos que contribuyen a la aparición de enfermedades y discapacidades en la vejez (por ejemplo, la pobreza, las desigualdades de ingresos y la exclusión social, los bajos niveles de alfabetización y la falta de educación). Dar prioridad a la mejora del estado de salud de los grupos de población pobres y marginados.

- *Prevención y tratamientos eficaces.* Hacer que los servicios de detección selectiva de patologías prevalentes que han demostrado su eficacia, estén disponibles y sean asequibles para mujeres y hombres a medida que envejecen. Aplicar tratamientos eficaces y rentables que reduzcan las discapacidades (como la eliminación de cataratas y las prótesis de cadera) y hacerlos más accesibles para las personas mayores con pocos ingresos.

- *Entornos seguros, respetuosos con los ancianos.* Crear normativas y centros de salud que sean favorables para las personas ancianas y que prevengan las situaciones que dan lugar al empeoramiento de las discapacidades. Evitar las lesiones protegiendo a los peatones ancianos del tráfico, haciendo que el paseo sea una actividad segura, instaurando programas de prevención de caídas, eliminando los peligros en el hogar y proporcionando consejos sobre seguridad. Fortalecer seriamente las normas de higiene en el trabajo dirigidas a proteger de lesiones a los trabajadores mayores. Modificar los ambientes de trabajo formales e informales para que las personas puedan continuar trabajando de forma productiva y segura a medida que van envejeciendo.

- *Audición y visión.* Reducir el deterioro evitable de la audición mediante medidas de prevención apropiadas y el apoyo al acceso a los audífonos para las personas ancianas que padecen pérdidas auditivas. El objetivo es reducir y eliminar la ceguera evitable para el año 2020 (OMS,

1997). Prestar los servicios apropiados a las personas con discapacidades visuales relacionadas con la edad. Reducir las desigualdades en el acceso a las lentes correctoras para las mujeres y los hombres de mayor edad.

- *Vida sin barreras.* Desarrollar las opciones de viviendas sin barreras para las personas con discapacidades que están envejeciendo. Trabajar para lograr que los edificios y los transportes públicos sean accesibles para todas las personas con discapacidades. Proporcionar lavabos accesibles en los lugares públicos y en los centros de trabajo.

- *Calidad de vida.* Promulgar políticas y programas que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidades y enfermedades crónicas. Favorecer la independencia e interdependencia continua de las personas con discapacidades, ayudándoles a adaptar el entorno en el que viven, proporcionándoles servicios de rehabilitación y apoyo comunitario para las familias y mejorando el acceso a dispositivos de apoyo eficaces (por ejemplo, lentes correctoras y andadores).

- *Apoyo social.* Reducir los riesgos de soledad y aislamiento social apoyando a los grupos comunitarios gestionados por personas mayores, a las sociedades tradicionales, a los grupos de ayuda mutua, a la esfera de acción de las personas de la misma edad, a las visitas vecinales, a los programas de ayuda telefónica y a los cuidadores familiares. Apoyar el contacto intergeneracional y proporcionar viviendas en comunidades que fomenten la interacción social diaria y la interdependencia entre los jóvenes y los mayores.

- *VIH y SIDA.* Eliminar el límite de edad para la recopilación de datos sobre el VIH/SIDA. Evaluar y tratar el impacto del VIH/SIDA en las personas ancianas, incluidas las infectadas y las que atienden a familiares infectados o a huérfanos a causa del SIDA.

- *Salud mental.* Promover una salud mental positiva durante todo el ciclo vital proporcionando información y desafiando las creencias estereotipadas sobre los problemas de la salud mental y la enfermedad mental.

- *Medio ambiente limpio.* Aplicar políticas y programas que aseguren el acceso igualitario al agua limpia, a los alimentos sanos y al aire puro. Reducir al mínimo la exposición a la contaminación durante el ciclo vital, particularmente en la niñez y la vejez.

1.2. *Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital.*

- *Tabaco.* Tomar medidas generales en el ámbito local, nacional e internacional para controlar la comercialización y el uso de los productos del tabaco. Proporcionar ayuda a las personas mayores para que dejen de fumar.

- *Actividad física.* Desarrollar directrices e información que resulten adecuadas culturalmente y que estén basadas en la población para la actividad física de los hombres

y las mujeres de edad avanzada. Proporcionar oportunidades accesibles, agradables y asequibles para estar físicamente activos (por ejemplo, zonas de paseo seguras y parques). Apoyar a los líderes y grupos de personas de la misma edad que promuevan una actividad física regular y moderada para las personas mayores. Informar y educar a las personas y a los profesionales sobre la importancia de permanecer activos a medida que se envejece.

- *Nutrición.* Asegurar la adecuada nutrición a lo largo de la vida, particularmente en la niñez y en las mujeres durante sus años reproductivos. Asegurar que las políticas nacionales de nutrición y los planes de acción reconozcan a los ancianos como un grupo potencialmente vulnerable. Incluir medidas especiales para evitar la desnutrición y garantizar alimentos seguros y saludables a medida que las personas envejecen.

- *Alimentación sana.* Desarrollar directrices que sean adecuadas culturalmente y se basen en la población para una alimentación sana de los hombres y las mujeres de edad avanzada. Fomentar la mejoría de las dietas y la obtención de pesos saludables en la vejez, proporcionando información (incluida la que se ocupe específicamente de las necesidades nutricionales de las personas ancianas), educación sobre la nutrición en todas las edades y políticas de alimentación sana que permitan a las mujeres, a los hombres y a las familias elegir alimentos sanos.

- *Salud bucal.* Promover la salud bucal entre las personas de edad avanzada y animar tanto a las mujeres como a los hombres a conservar sus dientes naturales durante el mayor tiempo posible. Fijar metas políticas adecuadas culturalmente para la salud bucal y proporcionar programas apropiados de promoción de la salud bucal y servicios de tratamiento durante todo el ciclo vital.

- *Factores psicológicos.* Fomentar y capacitar a las personas para desarrollar técnicas cognoscitivas autoeficaces, como la resolución de problemas, la conducta prosocial y las técnicas de superación efectivas durante el curso vital. Reconocer y aprovechar la experiencia y las fuerzas de las personas ancianas ayudándolas, al mismo tiempo, a mejorar su bienestar psicológico.

- *Alcohol y fármacos.* Determinar el grado de uso del alcohol y los fármacos por las personas a medida que envejecen y aplicar prácticas y políticas para reducir el abuso y los hábitos de prescripción incorrectos.

- *Medicamentos.* Hacer que las personas mayores que necesiten medicamentos seguros e imprescindibles, pero que no puedan costárselos, puedan acceder a ellos de una forma asequible. Aplicar prácticas y políticas para reducir el abuso y los hábitos de prescripción incorrectos por parte de profesionales y otros asesores de la salud. Informar y educar a las personas sobre el buen uso de los medicamentos.

- *Cumplimiento terapéutico.* Empezar medidas globales para conocer mejor el mal cumplimiento terapéutico de los tratamientos y corregirlo, ya que compromete seria-

mente la efectividad de los mismos, particularmente en relación con las terapias de larga duración.

1.3. *Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respetuoso con la edad, que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo.*

- *Continuidad asistencial durante el ciclo vital.* Proporcionar una continuidad asistencial a las mujeres y los hombres a medida que envejecen tomando en consideración sus opiniones y preferencias. Reorientar los sistemas actuales que se organizan alrededor del cuidado de enfermedades agudas hacia otro sistema que proporcione una continuidad asistencial completa a través de todas las fases de la vida que incluya la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas, la provisión justa del apoyo de la comunidad y la asistencia digna y paliativa de larga duración.

- *Acceso igual y asequible.* Asegurar el acceso equitativo y asequible a una asistencia primaria sanitaria de calidad (tanto de enfermedades agudas como crónicas), así como a los servicios sanitarios de larga duración para todos.

- *Cuidadores informales.* Reconocer y tratar las diferencias de sexo en la carga de la asistencia y hacer un esfuerzo especial para apoyar a los cuidadores, la mayoría de los cuales son mujeres de edad avanzada que cuidan a compañeros, niños, nietos y otras personas enfermas o discapacitadas. Ayudar al sector informal mediante iniciativas tales como la formación, la asistencia temporal por personal eventual, los créditos de pensiones, los subsidios económicos y los servicios de asistencia domiciliaria. Reconocer que los cuidadores ancianos pueden llegar a quedarse socialmente aislados, perjudicados económicamente y enfermos ellos mismos, y ayudarles en sus necesidades.

- *Cuidadores formales.* Proporcionar a los cuidadores remunerados adecuadas condiciones de trabajo y de remuneración, con atención especial a aquellos que carecen de experiencia y tienen una baja condición social y profesional (la mayoría de los cuales son mujeres).

- *Servicios de salud mental.* Proporcionar servicios globales de salud mental para los hombres y las mujeres que están envejeciendo, que abarquen desde la promoción de la salud mental a los servicios de tratamiento para la enfermedad mental, la rehabilitación y la reintegración en la comunidad, cuando sea necesario. Prestar especial atención al aumento de la depresión y a las tendencias suicidas debidas a pérdidas y al aislamiento social. Proporcionar asistencia de calidad a las personas mayores con demencia y otros problemas neurológicos y cognoscitivos en sus hogares y en instalaciones residenciales, cuando sea apropiado. Prestar especial atención a las personas que

están envejeciendo con discapacidades intelectuales de larga duración.

- *Sistemas de asistencia éticos y coordinados.* Suprimir la discriminación por razón de edad en los sistemas sanitarios y sociales. Mejorar la coordinación de los servicios sociales y de salud e integrar tales sistemas cuando sea posible. Establecer y mantener normas apropiadas de asistencia para las personas que envejecen a través de mecanismos reguladores, directrices, educación, consulta y colaboración.

- *Yatrogenia.* Prevenir la yatrogenia (enfermedad y discapacidad que es inducida por el proceso de diagnóstico o tratamiento). Establecer los sistemas adecuados para prevenir reacciones adversas a los fármacos con un enfoque especial en la vejez. Crear una conciencia de los riesgos y los beneficios relativos de las terapias modernas entre los profesionales de la salud y el público en general.

- *Envejecimiento en el hogar y en la comunidad.* Proporcionar políticas, programas y servicios que permitan a las personas permanecer en sus hogares a medida que envejecen, con o sin otros miembros de la familia, de acuerdo con sus circunstancias y preferencias. Apoyar a las familias que tienen en sus hogares personas ancianas que necesitan asistencia. Proporcionar ayuda mediante alimentos y mantenimiento de la casa, así como el apoyo de la enfermería a domicilio cuando sea necesario.

- *Asociaciones y asistencia de calidad.* Proporcionar un enfoque global de la asistencia de larga duración (mediante cuidadores formales e informales) que fomente la colaboración entre los sectores público y privado e implique a todos los niveles al gobierno, a la sociedad civil y a los sectores sin ánimo de lucro. Asegurar normas de gran calidad y entornos estimulantes en las instalaciones residenciales asistidas para los hombres y las mujeres que requieren este cuidado a medida que envejecen.

1.4. *Proporcionar formación y educación a los cuidadores.*

- *Cuidadores informales.* Proporcionar a los miembros de la familia, a los consejeros de la misma edad y a otros cuidadores informales, información y formación sobre la forma de cuidar a las personas a medida que envejecen. Apoyar a los curanderos ancianos que tengan grandes conocimientos sobre las medicinas tradicionales y complementarias, evaluando, al mismo tiempo, sus necesidades de formación.

- *Cuidadores formales.* Educar a los trabajadores sanitarios y sociales para que hagan posible la creación de modelos de asistencia primaria y de asistencia de larga duración que reconozcan los puntos fuertes y las contribuciones de las personas ancianas. Incorporar módulos sobre envejecimiento activo en los planes de estudio médicos y sanitarios a todos los niveles. Proporcionar educación especializada en gerontología y geriatría a los profesionales médicos, sanitarios y de los servicios sociales.

Informar a todos los profesionales de la salud y de los servicios sociales sobre el proceso de envejecimiento y las formas de optimizar el envejecimiento activo entre los individuos, las comunidades y los grupos de población. Proporcionar incentivos y formación a los profesionales de servicios sociales y sanitarios y apoyar el cuidado de la propia salud, aconsejando prácticas de estilo de vida saludable entre los hombres y las mujeres a medida que envejecen. Aumentar la concienciación y la sensibilidad de todos los profesionales de la salud y de los trabajadores comunitarios respecto a la importancia de las redes sociales para el bienestar en la vejez. Formar a los trabajadores de la promoción de la salud en la identificación de las personas mayores con riesgos de soledad y aislamiento social.

2. Participación

2.1. Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital.

- *Educación básica y conocimientos mínimos sobre la salud.* Conseguir que la educación básica esté disponible para todos durante su ciclo vital. Aspirar a lograr la alfabetización para todos. Fomentar los conocimientos mínimos sobre la salud proporcionando educación sanitaria durante el ciclo vital. Enseñar a las personas a cuidar de sí mismas y de los demás a medida que envejecen. Educar a las personas de edad en la utilización y selección eficaz de los servicios de salud y de la comunidad y posibilitarles su utilización y selección.

- *Aprendizaje durante toda la vida.* Habilitar la plena participación de las personas mayores proporcionando políticas y programas de educación y formación que apoyen el aprendizaje a lo largo de la vida para las mujeres y los hombres a medida que envejecen. Proporcionar a las personas mayores oportunidades para desarrollar nuevas técnicas, particularmente en áreas tales como las tecnologías de la información y las nuevas técnicas agrícolas.

2.2. Reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.

- *Reducción de la pobreza y generación de ingresos.* Incluir a las personas mayores en la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de las iniciativas de desarrollo social y en los esfuerzos para reducir la pobreza. Garantizar que las personas ancianas tengan el mismo acceso que las jóvenes a las becas de desarrollo, a los proyectos que generen ingresos y a los programas de crédito.

- *Trabajo formal.* Promulgar políticas y programas del mercado laboral y de empleo que permitan la participación de las personas en trabajos gratificantes a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales (por ejemplo, la eliminación de la discriminación por razón de edad en la con-

tratación y la conservación de trabajadores mayores). Apoyar las reformas de las pensiones que fomenten la productividad, un sistema heterogéneo de planes de pensiones y unas alternativas de jubilación más flexibles (por ejemplo, la jubilación gradual o parcial).

- *Trabajo informal.* Promulgar políticas y programas que reconozcan la contribución de las mujeres y los hombres mayores en los trabajos no remunerados del sector informal y en los cuidados domésticos.

- *Actividades de voluntariado.* Reconocer el valor del voluntariado y ampliar las oportunidades para que las personas mayores participen en actividades de voluntariado que sean gratificantes, sobre todo para quienes desean ser voluntarios pero no pueden serlo por limitaciones de salud o de transporte.

2.3. Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen.

- *Transporte.* Proporcionar servicios de transporte público accesibles y económicos en áreas rurales y urbanas para que las personas ancianas (sobre todo las que tienen dificultades de movilidad) puedan participar totalmente en la vida de la familia y de la comunidad.

- *Liderazgo.* Implicar a las personas mayores en los procesos políticos que afectan a sus derechos. Incluir a las mujeres y a los hombres ancianos en la planificación, aplicación y evaluación de los programas locales de ocio y servicio social y de asistencia sanitaria. Incluir a las personas mayores en los esfuerzos de prevención y educación para reducir la propagación del VIH/SIDA. Implicar a las personas de edad avanzada en los esfuerzos para desarrollar programas de investigación sobre el envejecimiento activo, en calidad tanto de asesores como de investigadores.

- *Una sociedad para todas las edades.* Proporcionar una mayor flexibilidad de los períodos dedicados a la educación, el trabajo y a las responsabilidades de los cuidados durante el ciclo vital. Desarrollar una amplia gama de alternativas de viviendas para las personas mayores que elimine las barreras a la autonomía personal y a la dependencia de los miembros de la familia y favorezca la participación plena en la vida comunitaria y familiar. Proporcionar actividades intergeneracionales en colegios y comunidades. Alentar a las personas mayores a convertirse en los modelos del papel del envejecimiento activo y a ser mentores de las personas más jóvenes. Reconocer y apoyar el importante papel y las responsabilidades de los abuelos. Fomentar la colaboración entre las organizaciones no gubernamentales que trabajan con niños, jóvenes y personas mayores.

- *Una imagen positiva del envejecimiento.* Trabajar con grupos que representan a las personas mayores y a los medios de comunicación para proporcionar imágenes realistas y positivas del envejecimiento activo, así como información educativa sobre el envejecimiento activo. Hacer

LA OMS Y EL ENVEJECIMIENTO

En 1995, cuando la OMS cambió de nombre su «Programa de Salud de las Personas Mayores» por el de «Envejecimiento y Salud», marcó un importante cambio de orientación. En vez de aislar en categorías a las personas mayores, el nuevo nombre consideraba una perspectiva de todo el curso vital: todos envejecemos y la manera mejor de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de personas mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud durante todo el ciclo vital. Por el contrario, sólo puede comprenderse bien la salud de aquellos que actualmente se encuentran en la vejez si se tienen en cuenta los acontecimientos de la vida por los que han pasado.

El objetivo del Programa de Envejecimiento y Salud ha sido desarrollar políticas que aseguren «el logro de la mejor calidad de vida posible, para el mayor número de personas posible». Para conseguir esto, es preciso que la OMS fomente la base de conocimientos sobre gerontología y medicina geriátrica a través de la investigación y los esfuerzos de educación. Es preciso poner el énfasis en fomentar iniciativas interdisciplinarias e intersectoriales, particularmente las dirigidas a los países en vías de desarrollo que se enfrentan a índices de envejecimiento de la población sin precedentes por su rapidez dentro de un contexto de pobreza predominante y con problemas de infraestructura sin resolver. Además, el Programa destaca la importancia de:

- Adoptar estrategias basadas en la comunidad, resaltando a ésta como el ámbito fundamental para las intervenciones.
- Respetar los contextos y las influencias culturales.

- Reconocer la importancia de las diferencias entre hombres y mujeres.
- Fortalecer los vínculos entre las generaciones.
- Respetar y conocer los problemas éticos relacionados con la salud y el bienestar en la vejez.

El «Año Internacional de las Personas de Edad» (1999) marcó un hito en la evolución del trabajo de la OMS sobre el envejecimiento y la salud. Ese año, el tema del Día Mundial de la Salud fue «el envejecimiento activo marca la diferencia» y el Director general de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, puso en marcha el «Movimiento Global para el Envejecimiento Activo». Con tal ocasión, la Dra. Brundtland comentó: *Conservar la salud y la calidad de vida durante toda la vida será una valiosa contribución para lograr vidas plenas, una comunidad intergeneracional armoniosa y una economía dinámica. La OMS se ha comprometido a fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos sus programas de desarrollo.*

En 2000, el nombre del programa de la OMS se volvió a cambiar a «Envejecimiento y Ciclo Vital» para reflejar la importancia de una perspectiva que abarque todas las fases de la vida. Se ha mantenido el enfoque múltiple del programa anterior y el énfasis puesto en el desarrollo de actividades con numerosos socios de todos los sectores y disciplinas diferentes. Se ha agregado una mejora ulterior al concepto de «envejecimiento activo» y se ha trasladado a todas las actividades del programa, entre las que se incluyen la investigación y la formación, la diseminación de la información, la defensa y el desarrollo de las políticas.

frente a los estereotipos negativos y a la discriminación por causa de la edad.

- *Reducir las desigualdades en la participación de las mujeres.* Reconocer y apoyar la importante contribución de las mujeres y de los hombres mayores en las familias y comunidades mediante el cuidado y la participación en la economía del sector informal. Permitir la plena participación de las mujeres en la vida política y en los lugares de toma de decisiones a medida que envejecen. Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante toda la vida a las mujeres, de la misma forma que se proporciona a los hombres.

- *Apoyar a las organizaciones que representan a las personas mayores.* Proporcionar ayuda financiera y material, así como formación, a los miembros de estas organizaciones para que puedan defender, promover y mejorar la salud, la seguridad y la plena participación de las mujeres y los hombres mayores en todos los aspectos de la vida de la comunidad.

3. Seguridad

3.1. *Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas ancianas abordando los derechos y las*

necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen.

- *Seguridad social.* Apoyar la provisión de una red de seguridad social para las personas mayores pobres que estén solas, así como iniciativas de protección social que proporcionen ingresos fijos y adecuados durante la vejez. Alentar a los adultos jóvenes a prepararse para la vejez en sus prácticas de salud, sociales y financieras.

- *VIH/SIDA.* Apoyar el bienestar social, económico y psicológico de las personas mayores que cuidan a personas con VIH/SIDA y asumen papeles de paternidad con huérfanos del SIDA. Proporcionar ayuda material, atención sanitaria y préstamos económicamente asequibles a las personas mayores para ayudarles a satisfacer las necesidades de niños y nietos afectados por el VIH/SIDA.

- *Protección del consumidor.* Proteger a los consumidores de las medicaciones y los tratamientos inseguros, así como de prácticas de propaganda poco escrupulosas, particularmente en la vejez.

- *Justicia social.* Asegurar que las decisiones tomadas en relación con la asistencia a la vejez se basan en los derechos de las personas mayores y se guían por los Principios

pios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores. Defender el derecho de los mayores a mantener su independencia y autonomía durante el mayor período de tiempo posible.

- *Refugio.* Reconocer explícitamente el derecho y la necesidad de las personas ancianas a tener un refugio seguro y apropiado, sobre todo en tiempos de conflictos y crisis. Proporcionar cuando sea necesario ayuda para vivienda a las personas mayores (prestando especial atención a las que viven solas) a través de subsidios de alquiler, iniciativas de viviendas en cooperativa, ayudas para renovar la vivienda, etc.

- *Crisis.* Defender el derecho de los ancianos durante los conflictos. Reconocer específicamente la necesidad de proteger a las personas de edad avanzada en situaciones de emergencia (por ejemplo, proporcionando el transporte a los centros de ayuda a quienes no puedan caminar hasta ellos). Reconocer la contribución que pueden hacer las personas ancianas para recuperarse de las secuelas de una situación de emergencia e incluirles en las iniciativas de recuperación.

- *Abuso contra las personas de edad.* Reconocer el abuso contra los ancianos (físico, sexual, psicológico, económico y de desprecio) e instar al procesamiento de los acusados. Formar a los encargados de aplicar las leyes, a los profesionales sanitarios y sociales, a los líderes espirituales, a las organizaciones de defensa y a los grupos de personas mayores para que reconozcan esta forma de abuso y se ocupen de ella. Aumentar la toma de conciencia de lo injusto que es abusar de los ancianos mediante campañas de información pública y de concienciación. Involucrar a los medios de información y a los jóvenes, así como a las personas mayores, en estos esfuerzos.

3.2. Reducir las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres mayores.

- Promulgar y aplicar leyes que protejan a las viudas del robo de sus propiedades y posesiones y de prácticas dañinas como los rituales de enterramiento o prácticas de brujería que ponen en peligro su salud.

- Promulgar legislación y aplicar las leyes que protegen a las mujeres de la violencia doméstica y de otras formas de violencia a medida que envejecen.

- Proporcionar seguridad social (apoyo económico) a las mujeres mayores que no tienen ninguna pensión o cuyos ingresos de jubilación son mínimos porque toda su vida, o la mayor parte de ella, han trabajado en el hogar o en el sector informal.

La colaboración internacional

Con el lanzamiento del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento del año 2002 marca un punto de inflexión en la toma de conciencia de los de-

safíos y en la celebración de los triunfos de un mundo que envejece. A medida que nos embarcamos en la fase de aplicación, serán críticas la participación en opciones de investigación y de políticas entre las naciones, las regiones y el mundo entero. Cada vez se pedirá más a los estados miembros, a las organizaciones no gubernamentales, a las instituciones académicas y al sector privado que desarrollen soluciones que tengan en cuenta el envejecimiento frente a los desafíos de un mundo que envejece. Tendrán que tener en cuenta las consecuencias de la transición epidemiológica, los cambios rápidos en el sector de la salud, la globalización, la urbanización, los modelos cambiantes de la familia y la degradación medioambiental, así como las persistentes desigualdades y la pobreza, especialmente en los países en vías de desarrollo donde ya viven la mayoría de las personas mayores.

Para fomentar el movimiento del envejecimiento activo, todas las partes interesadas tendrán que clarificar y popularizar el término de «envejecimiento activo» a través del diálogo, la discusión y el debate en la arena política, el sector de la educación, los foros públicos y los medios de comunicación como la radio y los programas de televisión.

Es preciso apoyar la acción sobre los tres pilares del envejecimiento en las actividades de desarrollo del conocimiento, incluyendo la evaluación, la investigación y la vigilancia, y la diseminación de los resultados de la investigación. Los resultados de la investigación tienen que compartirse en un lenguaje claro y en formatos accesibles y prácticos con los responsables de la política, las organizaciones no gubernamentales que representan a las personas mayores, el sector privado y el público en general.

Las agencias internacionales, los países y las regiones tendrán que trabajar en colaboración para desarrollar un importante programa de investigación para el envejecimiento activo.

La OMS se ha comprometido a trabajar en colaboración con otras organizaciones intergubernamentales, las ONG y el sector académico para el desarrollo de un marco global de investigación sobre el envejecimiento. Tal marco debe reflejar las prioridades expresadas tanto en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento del año 2002 como en este documento.

Conclusiones

En este documento, la OMS ofrece un marco de acción para los responsables políticos. Junto con el Plan de Acción sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, recientemente adoptado, este marco proporciona una base para diseñar políticas multisectoriales sobre el envejecimiento activo que mejorarán la salud y la participación de las poblaciones que están envejeciendo, asegurando, al mismo tiempo, que los ancianos tienen la adecuada seguridad, protección y cuidado cuando requieran asistencia.

La OMS reconoce que la salud pública implica una amplia gama de acciones para mejorar la salud de la población y que la salud va más allá de la provisión de servicios sanitarios básicos. Por consiguiente, se compromete a trabajar en colaboración con otras agencias internacionales y las mismas Naciones Unidas para alentar la puesta en práctica de políticas de envejecimiento activo a escala global, regional y nacional. Debido a la naturaleza especial de su trabajo, la OMS proporcionará asesoramiento técnico y desempeñará un papel catalizador para el desarrollo de la salud. Sin embargo, esto sólo puede conseguirse con un esfuerzo común. Todos juntos, debemos proporcionar las pruebas y demostrar la eficacia de los diferentes cursos de acción propuestos. Por último, sin embargo, dependerá de las comunidades nacionales y locales desarrollar metas y objetivos culturalmente sensibles, específicos para cada género y realistas para aplicar políticas y programas adaptados a sus circunstancias únicas.

El enfoque del envejecimiento activo proporciona un marco para el desarrollo de estrategias globales, nacionales y locales sobre el envejecimiento de la población. Poniendo juntos los tres pilares para la acción de la salud, la participación y la seguridad, se dispone de una plataforma para llegar a un consenso que aborde las preocupaciones de múltiples sectores y de todas las regiones. Las propuestas y las recomendaciones políticas son de poca utilidad a menos que se pongan en práctica acciones de seguimiento. Ha llegado el momento de actuar.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach D. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Acción sobre el Abuso contra las Personas de Edad (AEA) Boletín (11) Mayo-junio. Londres, 1995.
- Botev N. Older persons in countries with economies in transitions; 1999.
- El envejecimiento de la población: desafíos para las políticas y los programas en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Centro de Estudios CBGS de la Población y la Familia. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Cutler D. Declining Disability Among The Elderly. *Health Affairs* 2001;20:11-27.
- Dipollina L, Sabate E. Medication adherence to long term treatments in the elderly. En: Sabate E, editor. WHO Adherence Report: A review of the evidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (en preparación); 2002.
- Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1999;3:90-9.
- Gironda M, Lubben J. Preventing loneliness y isolation in older adulthood. En: Gullotta T, Bloom M, editores. *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers (en prensa).
- Gray MJA. Preventive Medicine. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in Old Edad*. Londres: BMJ Publishing Group; 1996.
- Guralnick JM, Kaplan G. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 1989;79:703-8.
- Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relationship between aging y adverse drug reactions. *Annals of Internal Medicine* 1991;114:956-66.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Income security and social protection in a changing world. Informe de Trabajo Mundial. Ginebra: OIT; 2000.
- Jacobzone S, Oxley H. Ageing and Health Care Costs. *International Politics and Society* (1); (2002). http://www.fes.de/ipg/ONLINE2_2002/INDEXE.HTM
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S. Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2000;78:491.
- Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. *Science Progress* 2000;83:33-54.
- Kalachea A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997;4-5.
- Kirkwood T. Mechanisms of Ageing. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group; 1996.
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions. *British Medical Journal* 2000;320:1200-4.
- Manton K, Gu X. AChanges in the prevalence of chronic disability in the United States, black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2001;22:6354-9.
- Merz CN, Forrester JS. The secondary prevention of coronary heart disease. *American Journal of Medicine* 1997;102:573-80.
- Murray C, López A. *The Global Burden of Disease*. Oxford University Press; 1996.
- OCDE. *Maintaining Prosperity in an Envejecimiento Sociedad*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 1998.
- Pal J, et al. Deafness among the urban community B an epidemiological survey at Lucknow (UP). *Indian J Med Res* 1974;62:857-68.
- Singer B, Manton K. The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1998;23:321-35.
- Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American Journal Epidemiology* 1999;150:978-86.
- Sugiswawa S, Liang J, Liu X. Social networks, social support and mortality among older people in Japan. *Journals of Gerontology* 1994;49:S3-13.
- Naciones Unidas (NN.UU.). *World Population Prospects: The 2000 Revision*; 2001.
- Centros para el Control de las Enfermedades de los EE.UU. Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity. Atlanta: CDC. 1999. Véase <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. An Ounce of Prevention... What Are the Returns? Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; 1999.
- Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU. *Guide to Clinical Preventive Services*, 20 edición. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
- OMS. Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. Publicado en el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS 1998. OMS/HPR/HEP/ 98,1 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.
- OMS. Global Elimination of Avoidable Blindness. OMS/PBL/97,61 Rev. 2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1997.
- OMS. Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Preparado por Heikkinen RL. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- OMS. *Life in the 21st Century: A Vision for All (World Health Report)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998a.
- OMS. *World Health Report, Database*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.

- OMS. Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- OMS. Health Systems: Improving Performance (World Health Report). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000a.
- OMS. Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000b.
- OMS. Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review. OMS/NMH/CCL/00.2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000c.
- OMS. Innovative Care for Chronic Conditions. Informe de la Reunión, 30-31 mayo 2001, OMS/MNC/CCH/ 01.01. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- OMS. Mental Health: New Understanding, New Hope (World Health Report). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001a.
- OMS. Developing y validating a methodology to examine the impact of HIV/AIDS on older caregivers B Zimbabwe case study. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (en prensa).
- OMS. Global Burden of Disease. Review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002a (en preparación).
- OMS/INPEA. Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse. OMS/NMH/NPH/02.2 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Wilkinson RG. Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality. Londres: Routledge; 1996.
- Wilson DH, et al. The epidemiology of hearing impairment in the Australian adult population. Int J Epidemiol 1999;28:247-52.
- Wolf DA. Population change: friend or foe of the chronic care system. Health Affairs 2001;Vol. 20:28-42.
- Banco Mundial. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington: Banco Mundial; 1999.
- Banco Mundial. World Development Indicator Database, Washington: Banco Mundial; 2001. http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_6.pdf
- Yach D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. Current Issues in Public Health 1996;2:247-52.