



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junio de 2002

Punto 4.8 del orden del día provisional

CE130/15 (Esp.)

24 abril 2002

ORIGINAL: INGLÉS

LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población en la Región de las Américas tiene tres características esenciales: todas las naciones lo están experimentando; el rápido crecimiento de la población que está envejeciendo plantea enormes retos a la capacidad y la voluntad de los sectores social y de la salud para que proporcionen sistemas coordinados de atención; y la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para las personas adultas mayores es posible sólo si los gobiernos prestan el apoyo adecuado.

Desde la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (1998), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha instado a los Estados Miembros a que establezcan políticas, planes, programas y servicios nacionales para las personas adultas mayores, haciendo hincapié en los servicios de promoción de la salud y atención primaria. Durante los cuatro últimos años, se adelantó considerablemente en la obtención de datos transnacionales sobre el envejecimiento para que los formuladores de políticas pudiesen elaborar políticas y programas bien dirigidos. Como parte de la celebración del Año Internacional de las Personas de Edad y del Día Mundial de la Salud en 1999, la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyaron el enfoque de promoción de la salud para envejecer satisfactoriamente y pusieron de relieve el valor de la actividad física para prevenir las enfermedades crónicas y la discapacidad en la vejez. Las Naciones Unidas aprobaron el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en abril de 2002. El plan responde a las oportunidades y los retos del envejecimiento individual y de la población. La ejecución del Plan de Acción incumbe a los gobiernos, con el apoyo de instituciones colaboradoras regionales e internacionales y de la sociedad civil. En el presente documento se proporciona a los Estados Miembros un análisis de las prioridades para promover la salud y el bienestar en la vejez. También se presenta un itinerario para la adopción de las medidas necesarias a fin de garantizar la equidad en la salud para las personas adultas mayores en el marco del Plan Internacional de Madrid.

Se solicita al Comité Ejecutivo: *a)* que analice posibles maneras en que la política y el marco de acción de la estrategia regional para la colaboración técnica en materia de envejecimiento y salud puedan mejorarse, y que examine los enfoques futuros para la promoción de la salud y el envejecimiento; *b)* que discuta y respalde las estrategias necesarias para cerrar la brecha de equidad en el ámbito del envejecimiento y la salud; y *c)* que preste apoyo a la movilización de los recursos nacionales e internacionales que permitan la consecución adecuada de las prioridades sanitarias establecidas en el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de las Naciones Unidas.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. Situación actual de las personas adultas mayores en las Américas.....	4
2.1 El estado de salud y la equidad	4
2.2 Prevalencia de las enfermedades crónicas entre las personas adultas mayores	5
2.3 Prevalencia de la discapacidad.....	6
2.4 La carga de la atención para las familias y la sociedad	7
2.5 Acceso a servicios apropiados de salud y de atención a largo plazo	7
2.6 Las respuestas de la salud pública al envejecimiento	8
3. Un sistema de atención integral y coordinado.....	9
3.1 Visión	9
3.2 Principios	10
3.3 Estrategias para la acción	11
4. Recursos financieros necesarios	16
5. Temas clave para el debate.....	16
5.1 Invertir en las personas adultas mayores.....	16
5.2 Prioridades para promover la salud en la longevidad	19
6. Intervención del Comité Ejecutivo.....	20
Referencias	

La salud de las personas adultas mayores: hay que dar los siguientes pasos

1. Introducción

La población de la Región de las Américas está envejeciendo a un ritmo acelerado. Las tasas de fecundidad decrecientes, combinadas con las mejoras constantes en la esperanza de vida acaecidas en la segunda mitad del siglo XX, dieron lugar a un notable aumento del envejecimiento de la población. El número de personas de 60 años de edad y mayores en la Región es actualmente de 91 millones. Una tasa prevista de crecimiento de 3,5% al año en esta población durante los dos primeros decenios del siglo XXI hará crecer el total de personas mayores de 60 años a 194 millones, y alcanzará los 292 millones a mediados del siglo. Actualmente, las personas adultas mayores representan 8% de la población total en América Latina y el Caribe, y 16% en Canadá y los Estados Unidos. Para el año 2025, 14% de la población de América Latina y el Caribe tendrá 60 años de edad o más. Esta tendencia tiene consecuencias inmensas para la salud pública debido a la posibilidad de que sobrecargue los servicios existentes y de que con ello se establezca una competencia intergeneracional por los recursos escasos. Sin embargo, los Estados Miembros todavía están a tiempo de actuar y prepararse para afrontar esta situación si ponen en práctica políticas específicas para que la atención primaria de salud se reoriente hacia la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades y la discapacidad que dependen del envejecimiento. Además, como el envejecimiento de la población está ocurriendo en diferentes etapas en la Región, hay grandes oportunidades para que los Estados Miembros aprendan mutuamente de sus experiencias. El aprovechamiento de estas oportunidades requiere información para formular políticas, planes y programas; modelos para crear una gama de servicios coordinados que presten atención comunitaria; y coordinación regional para facilitar la planificación y evaluación entre países.

El envejecimiento de la población no tiene que verse como una crisis, ya que las personas adultas mayores sanas contribuyen de muchas maneras al desarrollo de su familia y su comunidad. Sin embargo, el envejecimiento de la población y el bienestar de las personas mayores son inseparables de procesos más amplios de desarrollo. La inversión en la promoción de la salud durante el envejecimiento y el aplazamiento de la aparición de las enfermedades y discapacidades que dependen del envejecimiento no solo significará un éxito para la salud pública en la Región, sino que también contribuirá al desarrollo del país y al bienestar de todas las generaciones.

En 1998, la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP25.R6 por la cual se adopta un nuevo paradigma del envejecimiento activo y sano y se pide a los Estados Miembros que hagan planes para una sociedad que está envejeciendo con un

criterio intersectorial, guiados por recursos humanos competentes y haciendo hincapié en la atención primaria de salud y las opciones que la comunidad ofrece frente a la reclusión en establecimientos asistenciales.

En el presente documento, se propone que la inversión en la salud de las personas adultas mayores en toda la Región de las Américas es una inversión en el desarrollo. Lo que es más, se demuestra que la aplicación de las estrategias de salud pública basadas en pruebas puede promover el envejecimiento en actividad y reducir considerablemente la tasa de discapacidad prematura en la edad mayor.

Los objetivos del presente documento son: *a)* examinar la situación de las personas adultas mayores en la Región; *b)* analizar los obstáculos principales que entorpecen la formulación y la ejecución de una política de salud pública sobre el envejecimiento en la Región; *c)* estimular el debate sobre las medidas que los Estados de Miembros pueden tomar para superar esos obstáculos y poner en práctica el Plan Internacional de Acción de Madrid; y *d)* solicitar al Comité Ejecutivo:

- que examine posibles maneras de mejorar la política y el marco de acción de la estrategia regional para la colaboración técnica en materia de envejecimiento y salud, y que considere enfoques futuros para la promoción de la salud y el envejecimiento;
- que discuta y respalde las estrategias necesarias para cerrar la brecha de equidad en el ámbito del envejecimiento y la salud, y
- que preste su apoyo decisivo a la movilización de los recursos nacionales e internacionales que permitirán la ejecución apropiada del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de Madrid.

2. Situación actual de las personas adultas mayores en las Américas

2.1 *El estado de salud y la equidad*

En 1998, la OPS coordinó el Estudio Multicéntrico sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en siete ciudades principales de América Latina y el Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, La Habana, México, D.F., Montevideo, Santiago y São Paulo). Se llevaron a cabo 10.600 entrevistas estadísticamente seleccionadas de personas de 60 años de edad o mayores, con un promedio de 1.500 entrevistas por ciudad. El SABE pudo efectuarse gracias a las contribuciones de varios asociados que aportaron financiamiento, de centros colaboradores y de universidades en toda la Región. Por primera vez, fue posible recopilar datos comparables sobre los mayores para estudiar su estado de salud y los factores determinantes de esta.

Los diferenciales y otras inequidades de salud en la Región son complejos y de gran alcance. Proviene de causas tan diversas como las diferencias por razón de género, la discriminación y el estado socioeconómico a lo largo de toda la vida. Estos diferenciales se expresan por diferentes tasas de morbilidad así como en el bienestar y la discapacidad. En Canadá y Estados Unidos, más de 76% de las personas de 65 años y mayores declaran que tienen una salud buena o excelente, mientras que en la encuesta de SABE menos de 50% de los adultos mayores de todas las ciudades, excepto Buenos Aires (63%) y Montevideo (61%), consideraron que su salud era buena o excelente. Uniformemente en toda la Región, los hombres informan tener buena salud con mayor frecuencia que las mujeres, y los que tienen siete o más años de escolaridad afirman que tienen buena salud más a menudo que los que tienen menos de seis años de escolaridad. Para las personas adultas mayores que son pobres, las consecuencias de la experiencia de los años anteriores de su vida son peores, debido a que se las excluye también de las prioridades del sistema de salud. Por lo tanto, al ejecutar el Plan Internacional de Acción de Madrid en los Estados Miembros hay que superar la discriminación basada en la edad en la asignación de recursos.

2.2 Prevalencia de las enfermedades crónicas entre las personas adultas mayores

Las enfermedades crónicas pueden convertirse en una carga sanitaria y financiera onerosa para la persona mayor, su familia y el sistema de atención de salud. En el caso de muchos adultos que no son tan mayores, ciertas afecciones crónicas como la diabetes mellitus, las cardiopatías y la hipertensión arterial todavía son prevenibles, y se ha comprobado que existen intervenciones sumamente eficaces que pueden producir ahorros considerables al sistema de asistencia sanitaria y a la sociedad en general. Además, la falta de prevención secundaria de estas enfermedades crónicas puede conducir a una mengua considerable de la capacidad funcional y de la posibilidad de seguir siendo independiente, así como a considerables gastos evitables en atención de salud.

La prevalencia de las enfermedades crónicas varía en la Región. En la encuesta de SABE, la hipertensión arterial fue notificada por una de cada dos *personas de 60 años de edad o mayores*; el porcentaje más bajo se informó en México, D.F., (43%) y el más alto en São Paulo (53%). Una de cada cinco personas informó padecer alguna cardiopatía, con la excepción de los mayores en Bridgetown (12%) y en México, D.F., (10%), donde las cardiopatías se informaron con menor frecuencia. En la mayoría de las ciudades, al menos una de cada tres personas adultas mayores informó tener artritis. Sin embargo, la artritis pareció ser muy importante en Montevideo (48%), Buenos Aires (53%) y La Habana (56%), donde la proporción estuvo más cercana a uno de cada dos personas de edad. La frecuencia de diabetes fue más alta en Bridgetown y México, D.F., pues la padecían 22% de las personas adultas mayores entrevistadas. El porcentaje de personas que dijeron que habían tenido un accidente cerebrovascular fue de 8%. Los hombres

mayores tenían menores probabilidades de padecer artritis e hipertensión, pero tenían las mismas probabilidades que las mujeres de padecer cardiopatías y diabetes.

En los Estados Unidos, un estudio de una población mucho mayor encontró que cerca de 45% de las personas de *70 años de edad o mayores* presentaban hipertensión, 21% cardiopatía, 58% artritis y 12% diabetes. La prevalencia de accidentes cerebrovasculares en este grupo de edad fue de 9%. En Canadá, 33% de las personas de *65 años de edad y mayores* informaron padecer hipertensión, 16% cardiopatía, 47% artritis y 10% diabetes.

2.3 Prevalencia de la discapacidad

La capacidad de funcionar puede disminuir si algún trastorno, enfermedad crónica o lesión limita las aptitudes físicas o mentales. En las personas adultas mayores, dicha mengua tiene consecuencias importantes para el trabajo, la jubilación, la salud y las necesidades de atención a largo plazo, así como para el bienestar general. Por consiguiente, la meta de las políticas públicas sobre el envejecimiento debe ser concentrarse en las intervenciones que pueden aumentar la esperanza de vida sin discapacidad. La experiencia de los países con un envejecimiento avanzado de la población, como Canadá, Estados Unidos y los de Europa occidental, revela que es posible disminuir la tasa de prevalencia de discapacidades en las personas adultas mayores. Hay importantes enseñanzas para la salud pública que pueden extraerse de estudios transnacionales de los factores determinantes de la salud en el envejecimiento.

La encuesta de SABE encontró que aproximadamente una de cada cinco personas de 60 años de edad y mayores, en la muestra combinada, informó tener alguna dificultad con las actividades cotidianas básicas (bañarse, vestirse, usar el inodoro, comer, meterse en la cama y salir de ella, y caminar por una habitación). En este número se incluyeron los que necesitaban asistencia para realizar una actividad y los que no podían desempeñar las actividades en absoluto. Los adultos mayores que tenían la tasa más baja de deficiencias fueron los de Bridgetown (15%), Buenos Aires (17%) y Montevideo (15%). Sin embargo, en Santiago, casi 30% informaron tener dificultades con al menos una actividad cotidiana. La limitación más común de los hombres y las mujeres de 60 años de edad y mayores fue caminar por la habitación. La variabilidad del estado funcional está relacionada con varios factores, incluidos los perfiles de morbilidad, las estrategias de rehabilitación y las modificaciones del entorno con que cuenta cada país. Es más, como los datos obtenidos por la encuesta de SABE se refieren sólo a los mayores que viven en casa, es difícil calcular los niveles verdaderos de la discapacidad al no contar con datos semejantes obtenidos en los establecimientos de atención a largo plazo o de hogares colectivos.

2.4 *La carga de la atención para las familias y la sociedad*

Las familias en todos los países de la Región son los prestadores primarios de asistencia para las personas adultas mayores con discapacidad. La atención familiar representa un ahorro importante para el Estado, y, si este trabajo pudiera cuantificarse, representaría un rubro destacado en cualquier presupuesto estatal. Algunos estudios realizados en Estados Unidos revelan que los prestadores de asistencia dedican un promedio de 20 horas por semana a la atención de las personas adultas mayores, y aún más tiempo cuando la persona mayor tiene discapacidades múltiples. El cuidado de una persona mayor con discapacidad puede ser físicamente exigente, en particular para los prestadores de asistencia que son mayores ellos mismos. Además, los prestadores de asistencia que carecen de otro apoyo tienen mayores probabilidades de sufrir depresión y otros problemas de salud mental. En la mayoría de los casos, los prestadores de asistencia necesitan equilibrar el empleo, otras responsabilidades familiares y las responsabilidades de atender a la persona anciana. La mayoría de los prestadores de asistencia son mujeres de edad madura que han dejado en suspenso sus necesidades personales para cuidar de los padres o abuelos. Sin embargo, la disponibilidad de estos prestadores de asistencia está disminuyendo y la carga financiera de cuidar a los padres de edad quizá sea demasiado alta para muchas familias de menores ingresos, en las que el trabajo remunerado de todos los miembros se considera esencial para el bienestar del grupo familiar. Aunque la idea de la solidaridad familiar todavía está muy arraigada en la Región, hay indicios de un aumento del maltrato y descuido de las personas adultas mayores que ya no son productivas y dependen de otros para sus necesidades básicas. En la encuesta de SABE, sólo la mitad de los informantes que tenían dificultades con una actividad cotidiana básica o una actividad cotidiana imprescindible (como ir de compras, transportarse, cocinar y hacer las tareas domésticas) dijeron recibir alguna ayuda de la familia o la comunidad.

2.5 *Acceso a servicios apropiados de salud y de atención a largo plazo*

La mayoría de las personas adultas mayores tiene acceso a un servicio de atención primaria de salud. Más de 80% de los entrevistados en la encuesta de SABE informaron de que habían visitado a un proveedor de asistencia sanitaria en los 12 meses anteriores. Sin embargo, el porcentaje de personas que afirmaron necesitar un medicamento que no tenían fue de más de 20%. La encuesta ofrece un esbozo de las oportunidades desaprovechadas por el sistema de salud para prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades crónicas y relacionadas con el envejecimiento.

Por ejemplo, los datos de SABE muestran que, si a una persona se le diagnostica hipertensión arterial, no siempre se le receta el medicamento adecuado o este no se puede

conseguir. Es más, según esos datos, están subutilizados otros tratamientos de la hipertensión: la pérdida de peso para controlar la hipertensión varió de 23% a 45% para las personas que autonotificaron esta enfermedad; la actividad física rigurosa entre las personas hipertensas varió desde un mínimo de 11% hasta un máximo de 40%; y cerca de un tercio de estas personas siguieron fumando. Hay otros ejemplos, en los datos de SABE, de oportunidades desaprovechadas para la prevención secundaria, el tratamiento y la rehabilitación de las personas adultas mayores.

Hay ciertos indicios de que el número de opciones de atención a largo plazo en América Latina y el Caribe está aumentando con igual rapidez que el envejecimiento de la población. En unos pocos países, el porcentaje de personas internadas en asilos o residencias para mayores está ya cerca de 4% y hasta 5% de la población de 60 años de edad y mayores. En los Estados Unidos, el porcentaje de personas mayores que requieren atención en hogares especializados se ha mantenido constante en aproximadamente 5% de las personas de 65 años de edad y mayores.

La mayoría de los países carecen de normas y reglamentos para vigilar la calidad de la atención. La organización del cuidado de las personas de edad rara vez incluye la coordinación de la asistencia en todos los centros y niveles.

2.6 *Las respuestas de la salud pública al envejecimiento*

La solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores requiere algo más que el simple acceso a un médico. Exige un cambio en la cultura sanitaria y un enfoque de salud pública a la educación sanitaria, la promoción de la salud, la detección temprana de los problemas y la asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria. Se necesitan recursos humanos adiestrados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo. Los sistemas deben ser flexibles y prestar servicios coordinados que se organicen según las necesidades de la población y los recursos de la comunidad.

Los sistemas de asistencia sanitaria siguen concentrándose en atender las enfermedades agudas, y carecen de una orientación de salud comunitaria basada en la población y encauzada a mejorar la capacidad del individuo y la comunidad para mejorar la salud, detectar problemas en fase temprana y tratarlos con los métodos menos costosos y más eficaces.

La salud pública en la mayoría de los países de la Región no ha implantado un enfoque comunitario integral para promover la salud y el bienestar de los adultos mayores. Gran parte del trabajo que hay que hacer exige una colaboración multisectorial

a fin de aliviar la pobreza y promover una alimentación sana y la actividad física y social, así como un sistema de atención coordinado para las personas mayores.

Los países están empezando a experimentar los retos que plantea la atención de las personas adultas mayores en estado delicado y necesitan aprender de las equivocaciones de aquellos que, en el pasado, han dado prioridad al enfoque basado en la reclusión en instituciones asistenciales y ahora están buscando mejores modelos de atención a largo plazo en la comunidad. Durante el último decenio, los gobiernos de Canadá y Estados Unidos han explorado la aplicación de opciones comunitarias más apropiadas y eficaces en función de los costos con respecto a los hogares para mayores. Esto ha conducido a un aumento del financiamiento para servicios de asistencia domiciliaria y asistencia diurna en la comunidad y ha limitado la proliferación de hogares para mayores. En los próximos diez años, el tema de los costos relacionados con la atención a largo plazo y los cuidados paliativos cobrará importancia en la mayoría de los países de la Región. La capacidad de previsión, expresada mediante la elaboración de modelos comunitarios apropiados mientras la demanda aún es relativamente baja, evitará importantes problemas durante los próximos dos decenios, cuando la demanda podría llegar a saturar el sistema.

3. Un sistema de atención integral y coordinado

3.1 *Visión*

Se debe promover un sistema integral de apoyo para promover el envejecimiento en actividad a fin de optimizar la calidad de vida y retardar las enfermedades y la discapacidad que dependen del envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento en actividad como “el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que la gente va envejeciendo”.

En la “Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para promover el envejecimiento activo”, producto de la colaboración entre México y Canadá, se señalan cuatro factores importantes en la promoción del envejecimiento en actividad: el individuo, la familia y los amigos, los servicios comunitarios y el Estado.

La persona mayor desempeña una función vital en su propio “envejecimiento en actividad”. La buena salud física, el trabajo y las aptitudes de adaptación al estrés, los recursos financieros, los entornos apropiados para vivir y las relaciones sociales mutuamente beneficiosas deben ser cultivados por el individuo en sus años de madurez tanto como cuando se es más joven. Las personas deben buscar y usar la información para elegir entre las distintas opciones, adaptar su comportamiento para satisfacer las

demandas de las circunstancias y capacidades que cambian, y mantenerse ocupados de una manera personalmente significativa. No obstante, la responsabilidad individual de optimizar la calidad de vida sólo puede asumirse cuando se brindan las oportunidades, los recursos y las opciones, y cuando las personas están habilitadas para el autocuidado (por ejemplo, mediante el alfabetismo básico y la educación sanitaria).

La familia y los amigos prestan la mayor parte del apoyo recibido por los mayores para mantener su independencia y calidad de vida. Pero puede ocurrir que los familiares y los amigos no tengan los recursos, el tiempo ni los conocimientos necesarios para prestar el tipo de atención que necesitan estas personas. Los prestadores de asistencia familiares también necesitan apoyo y períodos de descanso de estas tareas.

La comunidad en su conjunto tiene la responsabilidad de crear un entorno considerado y propicio que ayude a los individuos y las familias a cumplir sus obligaciones consigo mismos y de uno con otro. Los servicios comunitarios comprenden una gama amplia de entidades no gubernamentales y benéficas o asociaciones, instituciones educativas, centros culturales, organismos de servicio social y servicios ofrecidos por las iglesias.

La familia y los amigos, los grupos de voluntarios y sin fines de lucro y los sectores público y privado desempeñan una función crucial en el cometido de lograr que las personas adultas mayores tengan oportunidades para tomar medidas que les permitan envejecer activamente. El sector público se considera el agente más importante de apoyo. Por medio de la legislación, las políticas de salud pública, los programas y servicios de asistencia sanitaria, las políticas laborales y de pensiones, los mecanismos de financiamiento de las comunidades y la educación pública, el Estado permite que otros sectores y grupos apoyen y promuevan el envejecimiento en actividad.

3.2 Principios

Son seis los principios básicos que deben guiar el establecimiento de un sistema integral y considerado de apoyo al envejecimiento en actividad: la accesibilidad, el carácter central de la persona mayor, una gama coordinada de servicios, la responsabilidad compartida, la equidad y la sostenibilidad, y la calidad.

Aún más, un sistema integral de apoyo que promoviese el envejecimiento en actividad permitiría que los servicios para las personas adultas mayores se basaran en el conocimiento actual de prácticas eficaces que dan resultados positivos, y ampliarían la competencia de los prestadores de servicios. Requeriría investigación continua para fundamentar la elaboración y evaluación de programas. La investigación y las encuestas formarían la base para la toma de decisiones y la evaluación.

3.3 Estrategias para la acción

3.3.1 Establecer metas de promoción de la salud para las personas adultas mayores

El estudio de los factores determinantes de la salud revela que hay una gama amplia de factores que contribuyen a mejorar la salud de las personas adultas mayores o las ponen en situaciones de riesgo. Estos factores determinantes rara vez existen por separado y, por lo tanto, es raro que respondan a soluciones unidimensionales. Por consiguiente, varios sectores y asociados deben colaborar para abordar los factores de riesgo interrelacionados y para proteger los factores que promueven el envejecimiento en actividad. Los factores de riesgo centrales son: el aislamiento social y la pobreza; la malnutrición y la vida sedentaria; y el estrés, la ansiedad y la depresión.

Aislamiento social y pobreza. Estos factores contribuyen a causar problemas de salud y reducen la capacidad de las personas adultas mayores de obtener acceso a la información y la asistencia que necesitan. El aislamiento social de estas personas está vinculado no sólo a la pobreza, sino también a los estereotipos negativos que los describen como seres marginales, infravalorados y que representan una carga. Muchos de los programas elaborados para abordar la integración social de los grupos de edad más joven (como programas de alfabetismo, readiestramiento y adiestramiento para trabajos remunerados o no) rara vez se consideran apropiados o eficaces en función de los costos para las personas de edad. Sin embargo, se ha comprobado el valor de estos programas dirigidos a este grupo etario, que se han sometido a prueba y evaluado en entornos diversos.

¿Qué puede hacerse? El Estado debe dar prioridad a enfoques multisectoriales para aliviar la pobreza de las personas adultas mayores, educarlas para que comprendan sus derechos como ciudadanos y promover programas de educación básica para la salud orientados a ellas. Para que la educación sea más eficaz, los programas deben ser específicos para cada comunidad y concentrarse en grupos particulares de personas mayores a fin de aumentar la pertinencia del programa y alentar la formación de redes de grupos similares. La educación de los medios de difusión y la comunidad en general es esencial para la creación de una cultura que acoja y promueva la participación de los mayores como asociados en el desarrollo sanitario y de la comunidad.

Malnutrición y vida sedentaria. Cada vez hay más pruebas de la importancia de la vida activa y de la nutrición adecuada para ayudar a prevenir las enfermedades y padecimientos crónicos, reforzar los efectos positivos de la rehabilitación, disminuir la posibilidad de caídas y lesiones, y ayudar a combatir otros factores de riesgo. Se ha comprobado que el régimen alimentario y el ejercicio desempeñan una función positiva para mantener las funciones y prevenir la discapacidad.

¿Qué puede hacerse? La detección de la malnutrición y la respuesta a las necesidades nutricionales indicadas con diversas intervenciones comunitarias, tales como programas de comidas para personas adultas mayores y programas de administración de suplementos nutricionales o de subsidios alimentarios para los más necesitados, son medios eficaces en función del costo para prevenir un factor de riesgo significativo de enfermedades crónicas y fortalecer la capacidad de los mayores de cumplir con las prescripciones y prácticas conducentes a la salud integral. Además, es indispensable ofrecer una variedad de programas para promover la participación de los mayores en actividades físicas y ejercicios organizados. Es necesario forjar alianzas con programas comunitarios de planificación, transporte, cultura y recreación a fin de promover la actividad física y social. Estas son formas económicas de mejorar y mantener la salud y reducir el aislamiento social que contribuye al deterioro físico y mental.

Estrés, ansiedad y depresión. La depresión es una epidemia silenciosa en la vejez. La prevalencia de problemas de salud mental entre las personas mayores contribuye al mal uso de los medicamentos, el abuso del alcohol y el comportamiento autodestructivo; además, reduce la capacidad del individuo para atender y tratar los problemas de salud antes de que causen discapacidad o pongan la vida en peligro. Se han realizado considerables mejoras en el tratamiento de los problemas de salud mental de las personas adultas mayores, pero hay una gran laguna en los conocimientos del personal de salud mental en cuanto a estos tratamientos. Además, la falta de coordinación de los servicios comunitarios de atención primaria y de salud mental da por resultado una situación donde a menudo no se satisfacen las necesidades de salud mental de la mayoría de las personas de edad.

¿Qué puede hacerse?

- Adoptar estrategias locales para detectar y tratar oportunamente la depresión, la ansiedad y la demencia en personas adultas mayores.
- Recurrir a trabajadores de salud mental y de atención primaria de salud, así como a consejeros de grupos de pares, para abordar las necesidades de los mayores en materia de salud mental.
- Evitar el costo del uso inapropiado de los medicamentos y facilitar el acceso a tratamientos apropiados.

La carga que la depresión impone en el bienestar general de las personas adultas mayores justifica una inversión en el cambio de actitudes y en la búsqueda de mejores herramientas que el sistema de asistencia sanitaria pueda usar para responder a las necesidades de salud mental de estas personas.

3.3.2 *Reorientar la atención primaria para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y trastornos que dependen del envejecimiento*

Los sistemas de atención primaria de salud necesitan herramientas y recursos para reorientar o reorganizar los servicios a fin de satisfacer las complejas necesidades de salud de las personas adultas mayores. El método actual de organización y financiamiento de la atención primaria con los recursos humanos existentes no puede responder a las necesidades de salud de estas personas, aunque se agreguen más recursos a los servicios.

La atención primaria de salud necesita un enfoque basado en la población que incluya la prevención, la detección temprana y el empoderamiento de los pacientes para que sepan cómo deben tratarse las enfermedades crónicas. Necesita establecer redes con recursos de la comunidad y otras disciplinas. Este enfoque requiere recursos humanos capaces de ir más allá de curar los episodios agudos para comprender la necesidad de un proceso colaborativo que incluye al médico tratante, a otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, al paciente y a otros aliados en el tratamiento de los problemas de salud complejos. La atención eficaz también exige la vigilancia eficaz del cumplimiento del tratamiento y la educación de los pacientes.

¿Qué puede hacerse? El adiestramiento de los equipos de atención primaria de salud para la asistencia de las personas de edad debe considerarse una prioridad y habrá de dotarse con recursos. La OPS ha preparado la “Guía clínica para la atención primaria de salud de las personas adultas mayores”, que es necesario adaptar a cada país y complementar con normas y políticas propias del país.

Además, deben elaborarse programas de adiestramiento para enseñar el cuidado o tratamiento por sí mismos a los mayores y las familias que deben lidiar con enfermedades crónicas o problemas de salud complejos. Hay programas educativos de eficacia comprobada que enseñan las aptitudes necesarias para el autocuidado y proporcionan modelos para el apoyo psicológico a las personas de edad. Estos recursos deben adaptarse a las necesidades de las personas de edad que son muy pobres y que tienen bajos niveles de instrucción.

La atención primaria de salud necesita medicamentos esenciales básicos que se hayan probado en personas mayores y cuenten con normas para la dosificación y el uso. En los Estados Unidos, se calcula que hasta 35% de las personas de más de 65 años de edad experimentan reacciones adversas a los medicamentos cada año, y 17% de los ingresos hospitalarios de las personas de este grupo etario son el resultado de una reacción adversa a medicamentos. Estas hospitalizaciones pueden llegar a costar US\$ 20.000 millones al año y son evitables. En América Latina y el Caribe, la calidad y la accesibilidad de los medicamentos para las personas mayores es un gran imperativo.

Además, hace falta que médicos y farmacéuticos se capaciten para conocer la manera como estas personas responden a determinados medicamentos.

¿Qué puede hacerse? Es necesario reexaminar las políticas nacionales sobre medicamentos esenciales, prestando especial atención a los medicamentos más apropiados que necesita una población que está envejeciendo; también, debe realizarse un esfuerzo coordinado entre diferentes agentes del sector de la salud para proporcionarles medicamentos a las personas adultas mayores más necesitadas. Todos los médicos y farmacéuticos deben capacitarse en la atención básica de estas personas.

3.3.3 *Integrar los servicios sociales y de asistencia sanitaria para promover una gama de servicios a fin de apoyar a las personas adultas mayores en peligro de perder su autonomía*

El rendimiento de la atención primaria de salud puede mejorarse si se establecen vínculos con los recursos de la comunidad relativos a la promoción de la salud; la prevención, el tratamiento, el manejo y la rehabilitación de enfermedades; la atención a largo plazo; y los cuidados paliativos. El logro de una variedad adecuada de servicios coordinados exige tener una entidad central a nivel local:

- que evalúe las necesidades de las personas mayores para proporcionarles la clase y el nivel apropiados de servicios especialmente dirigidos a quienes más los necesitan;
- que integre administrativamente los servicios y establezca un ambiente que ofrezca incentivos para la colaboración de la comunidad;
- que coordine el acceso a los recursos proporcionados por otros sectores, como vivienda, transporte, servicios sociales, deportes y recreación, y abogue por la satisfacción de las necesidades no atendidas de los mayores más vulnerables en la comunidad;
- que establezca mecanismos eficaces de intercambio de información sobre los temas de atención de las personas adultas mayores entre los proveedores de servicios de distintas disciplinas y sectores para facilitar el uso innovador y eficaz de los recursos humanos y tecnológicos;
- que establezca normas de actuación para los programas comunitarios de asistencia, los programas de asistencia domiciliaria, los programas residenciales que prestan asistencia personal, los hogares colectivos y los hogares para mayores, y

- que se dedique al mejoramiento constante de la calidad y la evaluación continua de los resultados clínicos.

¿Qué puede hacerse? Hay que preparar o adaptar normas y protocolos explícitos para someter a tamizaje y evaluar la salud física, funcional, emocional y cognoscitiva de los mayores. Se deben crear foros subregionales para intercambiar experiencias entre los países y para formular un programa común para el fortalecimiento de los recursos de atención primaria dedicados a la asistencia de las personas adultas mayores.

Al nivel local, se necesita coordinar los servicios mediante redes informales de proveedores que compartan sistemas de información y de remisión de pacientes. Debe señalarse que estas redes logran máxima eficacia cuando se crean mecanismos formales de colaboración, se comparte la información en forma sistemática y existe un acuerdo con relación a la planificación y la responsabilización del uso de los recursos para satisfacer las necesidades de grupos de personas de edad en la comunidad. Estas asociaciones deben incluir organizaciones de personas adultas mayores, organizaciones no gubernamentales (ONG), iglesias y otras organizaciones de voluntarios.

Es necesario formular y aplicar normas y procedimientos para los programas comunitarios, tales como los servicios de asistencia diurna de adultos, la asistencia domiciliaria, los hogares adoptivos para adultos y los establecimientos de residencia asistida. El sector público, las ONG y el sector privado necesitan forjar alianzas para el desarrollo de servicios de la comunidad que sean considerados con los mayores. Sin embargo, el Estado debe garantizar un nivel mínimo de atención de calidad para proteger la dignidad y el bienestar de los mayores discapacitados y frágiles.

3.3.4. *Establecer alianzas para el intercambio de información, la colaboración técnica y el apoyo*

Los países desarrollados y en desarrollo de la Región están experimentando las repercusiones de la transición demográfica. Compartir la información sobre la salud y el envejecimiento y aprender de las experiencias de los que han avanzado más en dicha transición son elementos fundamentales para apoyar el trabajo de la colaboración técnica. Por lo tanto, es importante proporcionar mecanismos nuevos para intercambiar recursos educativos, de adiestramiento y de elaboración de programas.

¿Qué puede hacerse? La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de la OPS (www.bireme.org) proporciona un vehículo excelente para mantener y distribuir información a los encargados de adoptar las decisiones, los investigadores, los instructores, los estudiantes y los defensores de la causa. El portal “Salud y envejecimiento”, en la BVS, será un recurso para todos los Estados Miembros, y, si se consiguen los recursos, se convertirá en un punto focal para compartir datos de

investigación, adiestramiento e ideas de programas entre todos los asociados en la Región.

4. Recursos financieros necesarios

La OPS destina aproximadamente \$110.000 en fondos ordinarios para el bienio 2002-2003 al objeto de prestar cooperación técnica para la salud y el envejecimiento en la Región de las Américas. Anteriormente, el programa pudo obtener recursos adicionales del Instituto Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos y de la Fundación Novartis. La colaboración de estos socios y el compromiso de nuestros homólogos en los países permitieron alcanzar el éxito en los cuatro años pasados. Sin embargo, el envejecimiento de la población está ocurriendo en la Región con una rapidez sin precedentes, y necesitamos prestar cooperación técnica en una variedad de áreas especializadas para permitir a los países prepararse y responder a los retos y las oportunidades que plantea el envejecimiento. Por este motivo, se necesitan esfuerzos y recursos adicionales en el ámbito regional y en el nacional.

La OPS celebra 100 años de salud, y en ese lapso ha concentrado su experiencia en las necesidades de salud pública de los niños y las madres, la lucha contra las enfermedades infecciosas y la prevención de las enfermedades crónicas en los grupos de edad más jóvenes. Estos 100 años de salud han traído como consecuencia una esperanza de vida más larga y un mayor número de personas adultas mayores. Por primera vez, los retos del envejecimiento de la población están convirtiéndose en motivo de preocupación, y la preparación de la base de experiencia y conocimientos acerca de la longevidad requiere nuevas inversiones. Dependemos del liderazgo de los Estados Miembros para que aboguen por políticas, planes y programas dirigidos a extender los avances de la salud pública realizados en el último siglo a avances en una esperanza de vida sin discapacidad durante los años que hemos añadido a la vida, especialmente para las personas de edad más pobres. La OPS/OMS puede desempeñar una función sobresaliente, si cuenta con los recursos necesarios, en la promoción de la equidad en materia de salud para las generaciones presentes y futuras de estas personas en la Región.

5. Temas clave para el debate

5.1 *Invertir en las personas adultas mayores*

¿Podemos pagar el costo de la atención de los adultos mayores, siendo así que hay tantas otras prioridades de salud pública? Los costos de la atención de estas personas deben considerarse comparando el costo de la prevención con el costo del tratamiento y la atención a largo plazo, y teniendo en cuenta el costo del tratamiento deficiente en el plano de la atención primaria de salud. La eficacia en función de los costos de la prevención primaria y secundaria de las enfermedades crónicas, por ejemplo, ya se ha

comprobado en los Estados Unidos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han comprobado:

- que cada dólar invertido en la educación de los diabéticos ambulatorios ahorra entre \$2 y \$3 en la hospitalización, y
- que los enfermos de artritis que participaron en un curso de autoayuda experimentaron una reducción de 18% en el dolor y un ahorro por persona de \$267 en los costos del sistema de asistencia sanitaria a lo largo de 4 años.

Por otra parte, el costo de la atención de los mayores puede evaluarse en función de las oportunidades desaprovechadas para la promoción de la salud o el tratamiento inadecuado de las enfermedades y trastornos que dependen del envejecimiento. En el cuadro 1 se ilustran los costos financieros, de productividad y de otro tipo de la atención mal administrada a los mayores desde la perspectiva de ellos mismos, su familia, los proveedores de servicios de salud locales y el sistema de asistencia sanitaria.

Cuadro 1. Costo de las oportunidades desaprovechadas o de la atención mal administrada de los mayores

	Costos financieros	Costos de productividad	Otros costos
Adultos mayores	Honorarios por servicios (si corresponde)	Productividad perdida en el trabajo o en casa	Malos resultados de salud; menor calidad de vida
Prestadores de asistencia familiares	Pérdida de ingresos debido a las necesidades de asistencia	Productividad perdida en el trabajo o en casa	Menor calidad de vida
Proveedores de servicios de salud locales	Problemas yatrógenos y recursos dedicados a la atención inapropiada	Productividad reducida debido al tiempo destinado al cuidado de enfermedades mal controladas	Frustración y menor satisfacción en el trabajo
Sistema de asistencia sanitaria	Costo relacionado con el uso deficiente de la atención de urgencias	Uso improductivo de los recursos, aumento de otras necesidades sin satisfacer	Sistema saturado por las necesidades sin satisfacer
Resultados globales:	Los recursos públicos o privados se invierten para “compensar” y en el “tratamiento” más costoso, en lugar de en la promoción, la prevención y la rehabilitación	Aumento de la discapacidad y disminución de la esperanza de vida sana	Ineficiencia del sistema; oportunidades desaprovechadas de aplazar las enfermedades y discapacidades relacionadas con el envejecimiento

5.2 *Prioridades para promover la salud en la longevidad*

5.2.1 *Reconocer el valor positivo de las personas adultas mayores para la familia y la comunidad*

Un enfoque positivo del envejecimiento es un aspecto integral de la Primera Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (1982) de las Naciones Unidas y continúa ocupando un lugar importante en el Plan Internacional de Acción, 2002, de Madrid. Colaborar con los medios de difusión para disipar los mitos del envejecimiento es esencial para promover una imagen de las personas adultas mayores que cuidan de sí mismas, son productivas y contribuyen de diversas maneras al desarrollo de la familia y la sociedad. La sociedad invierte en lo que valora, y lo cuida. La longevidad debe convertirse en un valor y un compromiso compartidos.

5.2.2 *Reestructurar los servicios de salud primarios para prestar servicios que son considerados con los mayores*

Los centros de salud que son considerados con los mayores pueden establecerse como proyectos de demostración y como sitios de capacitación de la comunidad. Es importante comenzar a crear modelos de servicios de este tipo dentro del contexto de la reforma de la asistencia sanitaria.

Quienes prestan servicios considerados con los mayores necesitan adiestramiento en la atención de estas personas. También necesitan adquirir experiencia trabajando en equipos multidisciplinarios y deben tener actitudes positivas hacia los mayores. Un centro de salud considerado con los mayores promueve el envejecimiento en actividad y vigila indicadores de la calidad, la seguridad, la accesibilidad, la eficiencia y la continuidad de la atención. También colabora con organizaciones de personas de edad y otros sectores en la comunidad para preconizar el acceso equitativo a los alimentos, la vivienda, la educación, el transporte y el trabajo para este grupo etario

5.2.3 *Crear coaliciones para la ejecución del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de Madrid*

El aumento de la cooperación panamericana será esencial para apoyar los preparativos para afrontar los retos de las sociedades que están envejeciendo y para ayudar en la ejecución del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de Madrid. Los Estados Miembros se beneficiarán de la colaboración técnica entre los países para elaborar respuestas apropiadas a dicho plan, aprobado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, organizada por las Naciones Unidas en Madrid en abril de 2002. Un temario panamericano de investigaciones sentará las bases para la respuesta de política al envejecimiento y para el éxito operativo de la elaboración

de programas. Además, la Región necesita colocar la ejecución del Plan Internacional dentro del programa de desarrollo internacional de los asociados que aportan el financiamiento.

6. Intervención del Comité Ejecutivo

Sobre la base de la información presentada en este documento con respecto a la situación actual de la salud de las personas adultas mayores en la Región de las Américas, se solicita al Comité Ejecutivo:

- que analice posibles maneras en que la política y el marco de acción de la estrategia regional para la colaboración técnica en materia de envejecimiento y salud pueden mejorarse, y examinar los enfoques futuros de la promoción de la salud y el envejecimiento;
- que discuta y respalde las estrategias necesarias para cerrar la brecha de equidad en el ámbito del envejecimiento y la salud, y
- que apoye la movilización de los recursos nacionales e internacionales que permitan la ejecución apropiada del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de Madrid.

Referencias

REFERENCIAS

Bodenheimer T. Disease management in the American market. *British Medical Journal*. British Medical Association; 2000; 320:563-566.

Cerubini A, Lowenthal DT y Williams LS. Physical activity and cardiovascular health in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. Italia: Kurtis Publication; 2000; 10:13-25.

Manton, G, Corber LS y Stallard E. Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the US elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1993; 48:S153-166.

National Academy on an Aging Society. *Caregiving: helping the elderly with activity limitations*, Challenges for the 21st Century: Chronic and Disabling Conditions, No. 7. Washington, DC: National Academy on an Aging Society; 2000. (Se puede conseguir en: www.agingsociety.org).

Pan American Health Organization, Family Health and Population Program. A survey of aging, health and well-being in seven Latin American and Caribbean cities (SABE). Washington, DC: PAHO; 2000. (Todas las referencias a la encuesta SABE son de esta fuente.)

Pan American Health Organization, Family Health and Population Program. *A guide for the development of a comprehensive system of support to promote active ageing*. Preparado por Salud Canadá y la Secretaría de Salud de México. Washington, DC: OPS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud. La salud de las personas adultas mayores: un cambio de paradigma. (Con referencia a las resoluciones CSP25.R12, de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y CE122.R13 el 22o Período de Sesiones del 'Comité Ejecutivo'). Washington, DC: OPS; 1998.

World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*. Ginebra: OMS; 2002. (WHO/NMH/NPH/02.8).

World Health Organization. Innovative care for chronic conditions (meeting report). Ginebra: OMS; 30-31 de mayo de 2001. (WHO/MNC/CCH/01.01).

Statistics Canada, Division of Aging and Seniors of Health Canada. Statistical snapshots of Canada's seniors. (Se puede conseguir en: www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/).

The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. Low health literacy skills contribute to higher utilization of health care services. United States. (Se puede conseguir en: www.agingsociety.org/healthlit.htm).

United Nations. International plan of action on ageing, 2002. Nueva York: Naciones Unidas, abril de 2002. (Se puede conseguir en: www.un.org/ageing/documents.htm).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Population ageing, 1950-2050. Nueva York: Naciones Unidas; 2002.

United States of America, Federal Interagency Forum on Aging – Related Statistics. Older Americans 2000: key indicators of well-being. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000. (Se puede conseguir en: www.agingstats.gov/chartbook2000).

United Nations Research Institute for Social Development. Public meeting on ageing, development and social protection (Second World Assembly on Ageing). Ginebra: UNRISD, 2002. (Se puede conseguir en: www.unrisd.org).

United States of America, Centers for Disease Control and Prevention. Healthy aging: Preventing disease and improving quality of life among older Americans. Atlanta: CDC; 2001. (Se puede conseguir en: www.cdc.gov/nccdphp).