



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 36.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, del 25 al 27 de marzo de 2002*

*Punto 8 del orden del día provisional*

SPP36/7 (Esp.)

29 enero 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.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 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 interpaíses 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 Adultas Mayores 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 están preparando la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, que se presentará para su aprobación a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la cual se celebrará en Madrid en abril de 2002. La estrategia responde a las oportunidades y los retos del envejecimiento individual y de la población en los primeros decenios del siglo XXI. En el presente documento se proporciona a los Estados Miembros un análisis de las prioridades para lograr que las personas adultas mayores en toda la Región puedan envejecer con seguridad y dignidad y sigan participando en sus sociedades y familias con pleno derecho de acceso a la asistencia sanitaria de buena calidad. También se presenta el itinerario del proceso de formación de la capacidad de los programas comunitarios para abordar los retos y las oportunidades de la salud y el envejecimiento.

Se solicita al Subcomité de Planificación y Programación: *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 ejecución adecuada de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002.

## 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<br>las personas adultas mayores..... | 5             |
| 2.3 Prevalencia de la discapacidad .....  | 6             |
| 2.4 La carga de la atención en las familias y la sociedad .....                         | 6             |
| 2.5 Acceso a servicios apropiados de salud y de atención a largo plazo.....             | 7             |
| 2.6 La respuesta de la atención primaria de salud 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: .....   | 10            |
| 4. Recursos financieros necesarios .....  | 15            |
| 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.....                            | 18            |
| 6. Intervención del Subcomité de Planificación y Programación .....                     | 19            |

## **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% en esta población durante los dos primeros decenios del siglo XXI hará crecer esa cifra 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 relacionadas con la edad y de la discapacidad. 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. Por consiguiente, la inversión en la promoción de la salud durante el envejecimiento y el aplazamiento de la aparición de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y las discapacidades no solo significará un éxito para la salud pública en la Región, sino que también contribuirá 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 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 *d)* solicitar al Subcomité de Planificación y Programación:

- 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 de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de las Naciones Unidas.

## **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 ancianos 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 ancianos 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.

## **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. Las afecciones crónicas como la diabetes mellitus, las cardiopatías y la hipertensión arterial 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. Si no se tratan, estas enfermedades crónicas pueden conducir a una mengua considerable de la capacidad de funcionar y seguir siendo independiente.

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 ancianos 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 ancianos. La frecuencia de diabetes fue más alta en Bridgetown y México, D.F., pues la padecían 22% de las personas adultas mayores entrevistadas. La prevalencia de accidentes cerebrovasculares fue de 8% en todos los países. 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.

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 pero podían desempeñarse bien y los que no podían desempeñar las actividades en absoluto. Los ancianos que tenían la tasa más baja de discapacidad 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 y las estrategias de rehabilitación con que cuenta cada país. Es más, como los datos obtenidos por la encuesta de SABE se refieren sólo a los ancianos 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 ancianos 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 los datos de SABE, están subutilizados otros tratamientos de la hipertensión: el uso de la dieta para controlar la hipertensión varió de 23% a 45% para las personas que autonotificaron esta enfermedad; la actividad física 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 de oportunidades desaprovechadas para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas adultas mayores con osteoporosis, accidente cerebrovascular y artritis.

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 ancianos 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 que requieren atención en hogares para ancianos 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 los ancianos rara vez incluye la coordinación de la asistencia en todos los centros y niveles.

## **2.6 *Las respuestas de la atención primaria de salud 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.

Los sistemas de asistencia sanitaria en la mayoría de los países de la Región no han implantado una gama integral de servicios necesarios para prestar atención apropiada a las personas adultas mayores en el nivel menos costoso y más eficaz.

Durante el último decenio, los gobiernos de Canadá y los Estados Unidos han apoyado la aplicación de opciones comunitarias más apropiadas y eficaces en función de los costos con respecto a los hogares para ancianos. Esto ha conducido a un aumento del financiamiento para servicios de asistencia domiciliaria y asistencia diurna de la comunidad. Los países que están empezando a experimentar los retos que plantea la atención de las personas adultas mayores discapacitadas necesitan aprender de las equivocaciones de aquellos que han intentado aplicar el enfoque basado en la reclusión en instituciones asistenciales y que ahora están buscando mejores modelos de atención a largo plazo. 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 relacionadas con la edad y la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento en actividad como “el proceso de optimizar las oportunidades para el bienestar físico, social y mental a todo lo largo de la vida, al objeto de prolongar la esperanza de vida, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.

Son cuatro los pilares 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 ancianos 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 las personas adultas mayores. 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 Establecimiento de 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 las personas adultas mayores 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 adultas mayores. Sin embargo, se ha comprobado el valor de estos programas dirigidos a las personas adultas mayores, que se han sometido a prueba y evaluado en entornos diversos.

¿Qué puede hacerse? La educación sanitaria es esencial para la promoción de la salud. Para que la educación sea más eficaz, los programas deben ser específicos para cada comunidad y concentrarse en grupos particulares de ancianos 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 ancianos 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 concentración de los programas de administración de suplementos nutricionales o de subsidios alimentarios en los más necesitados son medios rentables de aunar los recursos múltiples para prevenir un factor de riesgo significativo de enfermedades crónicas y para fortalecer la capacidad de los ancianos de cumplir con las prescripciones y prácticas conducentes a la salud integral. Además, es importante ofrecer una variedad de programas de actividad física para promover la participación de los ancianos en actividades y ejercicios organizados. Esta es una manera económica 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 los ancianos 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 este tratamiento. 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 los ancianos.

¿Qué puede hacerse? El adiestramiento de los trabajadores de salud mental, los consejeros de los grupos de pares y los trabajadores de atención primaria de salud es una manera sencilla de abordar la salud física y mental de los ancianos. El costo del uso inapropiado de los medicamentos y la carga que la depresión impone en el bienestar general de las personas adultas mayores son motivos suficientes para invertir en el cambio de actitudes y de las herramientas usadas por el sistema de asistencia sanitaria para responder a las necesidades de salud mental de los ancianos.

### 3.3.2 *Reorientación de la atención primaria para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y trastornos relacionados con la edad*

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 las personas ancianas, 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 los ancianos debe considerarse una prioridad y habrá de dotarse con recursos. La OPS ha preparado una guía para la atención primaria de salud de las personas adultas mayores, que necesita complementarse con normas y políticas propias del país.

Además, deben elaborarse programas de adiestramiento para enseñar el cuidado o tratamiento por sí mismos a los ancianos 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 los ancianos. Estos recursos deben adaptarse a las necesidades de los ancianos 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 ancianos 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 mayores de 65 años son el resultado de una reacción adversa a medicamentos. Estas hospitalizaciones pueden llegar a costar \$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 adultas mayores es un gran imperativo. Además, hace falta que médicos y farmacéuticos se capaciten para conocer la manera cómo las personas adultas mayores 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 las personas adultas mayores.

### *3.3.3 Integración de los servicios sociales y de asistencia sanitaria para promover una gama de servicios para 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 de la población. 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 ancianos 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 ancianos, 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 ancianos. 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 ancianos 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 las personas adultas mayores. Sin embargo, el Estado debe garantizar un nivel mínimo de atención de calidad para proteger la dignidad y el bienestar de las personas adultas mayores discapacitadas y frágiles.

#### 3.3.4. *Establecimiento de asociaciones de trabajo 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](http://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 está destinando aproximadamente US\$ 110.000 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 que las ganancias de salud pública obtenidas en el último siglo se amplíen a los veinte o treinta últimos años de la vida de las personas. 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 las personas adultas mayores 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 ancianos siendo así que hay tantas otras prioridades de salud pública? Los costos de la atención de los ancianos 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 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 ancianos puede evaluarse en función de las oportunidades desaprovechadas para la promoción de la salud o el tratamiento inadecuado de las enfermedades y trastornos relacionados con el envejecimiento. En el cuadro 1 se ilustran los costos financieros, de productividad y de otro tipo de la atención mal administrada a los ancianos desde la perspectiva de las personas adultas mayores, sus familias, 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 ancianos**

|   | <b>Costos financieros</b>  | <b>Costos de productividad</b>   | <b>Otros costos</b>   |
|---|--|--|---|
| Personas adultas 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 durante la longevidad***

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

Un criterio positivo acerca del envejecimiento es un aspecto integral de la Primera Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (1982) de las Naciones Unidas. 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, que son productivas y que 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 ancianos*

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

Las personas que prestan servicios considerados con los ancianos necesitan adiestramiento en la atención de las personas adultas mayores. También necesitan adquirir experiencia trabajando en equipos multidisciplinarios y deben tener actitudes positivas hacia los ancianos. Un centro de salud considerado con los ancianos 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 adultas mayores y otros sectores en la comunidad para preconizar el acceso equitativo a los alimentos, la vivienda, la educación, el transporte y el trabajo para las personas adultas mayores.

### *5.2.3 Crear coaliciones para la ejecución de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002*

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 de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002 de las Naciones Unidas. Los Estados Miembros se beneficiarán de la colaboración técnica entre los países para elaborar respuestas apropiadas a las estrategias internacionales aprobadas en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, organizada por las Naciones Unidas y que se celebrará 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 de las estrategias internacionales dentro del programa de desarrollo internacional de los asociados que aportan el financiamiento.

## **6. Intervención del Subcomité de Planificación y Programación**

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 Subcomité de Planificación y Programación que tome las siguientes medidas:

- 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 de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, de las Naciones Unidas.