



Organización
Mundial de la Salud

RESUMEN

INFORME
MUNDIAL
SOBRE

**EL
ENVEJECIMIENTO
Y LA
SALUD**



Organización
Mundial de la Salud

RESUMEN

INFORME
MUNDIAL
SOBRE

**EL
ENVEJECIMIENTO
Y LA
SALUD**

© Organización Mundial de la Salud, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS —ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales— deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

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

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

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

Portada: La pintura que ilustra la portada del Informe es PV Windows and Floorboards (Ventanas fotovoltaicas y pisos de tablonés), de Rose Wiley. A los 81 años, Rose Wiley tiene un estilo fresco, impredecible y vanguardista. Este cuadro obtuvo en 2014 el Premio de Pintura John Moores, entre más de 2.500 obras participantes. Con el doble de edad que los ganadores anteriores, Rose Wiley demostró que la edad avanzada no tiene por qué ser un obstáculo para el éxito. El Premio de Pintura John Moores, a diferencia de muchos otros prestigiosos galardones artísticos, no pone límites de edad para presentar obras contemporáneas. Los derechos de autor sobre esta pintura pertenecen a la artista.

Prefacio

En tiempos de retos impredecibles para la salud, ya sea a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas o de la próxima bacteria que se haga resistente a los antibióticos, una tendencia es segura: el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto.



El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* responde a estos desafíos recomendando cambios igualmente profundos en la manera de formular las políticas para las poblaciones que envejecen y de prestarles servicios. Estas recomendaciones se basan en un examen de los datos más recientes sobre el proceso de envejecimiento. Muchas percepciones y suposiciones comunes acerca de las personas mayores se basan en estereotipos obsoletos, señala el informe.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. No existe una persona mayor “típica”. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida. Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.

Guiado por estos datos, el informe pretende trasladar a un territorio nuevo y mucho más amplio el debate acerca de cuál es la respuesta de salud pública más apropiada al envejecimiento de la población. El mensaje general es optimista: con las políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades. El marco resultante para adoptar medidas de salud pública ofrece

una serie de acciones concretas que pueden adaptarse para usar en países de todos los niveles de desarrollo económico.

Al esbozar este marco, el informe hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores.

Las recomendaciones del informe se basan en pruebas completas y prospectivas, pero eminentemente prácticas. A lo largo del informe se utilizan ejemplos de experiencias de diferentes países para ejemplificar cómo se puede dar respuesta a problemas específicos por medio de soluciones innovadoras. Los temas explorados varían desde estrategias para prestar a las poblaciones de edad servicios integrales y centrados en la persona hasta políticas que permitan a los adultos mayores vivir cómodos y seguros y formas de corregir los problemas y las injusticias inherentes a los sistemas actuales, tendiendo a la atención a largo plazo.

Considero que el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* puede transformar la forma en que los encargados de formular políticas y los prestadores de servicios perciben el envejecimiento de la población, además de ayudarlos a hacer planes para sacarle el máximo provecho.



Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

Introducción

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más (1). La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo.

Estos cambios son imponentes y las implicaciones son enormes. Un niño nacido en Brasil o en Myanmar en 2015 puede aspirar a vivir 20 años más que uno nacido hace apenas 50 años. En la República Islámica de Irán, en 2015, tan solo un habitante de cada diez es mayor de 60 años. En apenas 35 años, esta cifra habrá aumentado a uno de cada tres. Y el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado.

Una vida más larga es un recurso extremadamente valioso (2). Otorga la oportunidad de repensar no solo cómo vivir la vejez, sino cómo podría desarrollarse toda nuestra vida. Por ejemplo, en muchas partes del mundo, el curso de la vida se circunscribe a un conjunto rígido de etapas: la primera infancia, los años de estudio, un período definido de años de trabajo y, después, la jubilación. Desde esta perspectiva, a menudo se da por sentado que los años adicionales simplemente se añaden al final de la vida y permiten una jubilación más prolongada. Sin embargo, existen pruebas de que muchas personas están reconsiderando este encuadre de sus vidas, a medida que más y más personas viven hasta una edad avanzada. Piensan, en cambio, en pasar los años adicionales de otra manera, tal vez en continuar sus estudios, hacer una nueva carrera o dedicarse a una afición desatendida durante mucho tiempo. Además, dado que las personas más jóvenes comienzan a contar con vivir más tiempo, también pueden planificar las cosas de manera diferente; por ejemplo, pueden dedicar más tiempo a formar una familia primero e iniciar sus carreras después.

Sin embargo, el alcance de las oportunidades de una mayor longevidad dependerá, en gran medida, de un factor clave: la salud. Si las personas viven esos años adicionales en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran será apenas diferente a la de una persona más joven. Pero si esos años adicionales se caracterizan por disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

Pese a que a menudo se supone que el aumento de la longevidad viene acompañado de un período prolongado de buena salud, lamentablemente, hay pocas

pruebas de que las personas mayores de la actualidad gocen de mejor salud que sus padres a la misma edad.

Sin embargo, la mala salud no tiene que ser una característica predominante de la edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las personas mayores están asociados con enfermedades crónicas, en particular enfermedades no transmisibles. Muchas de estas pueden prevenirse o retrasarse con la adopción de hábitos saludables. Otros problemas de salud pueden tratarse con eficacia, sobre todo si se los detecta a tiempo. E incluso las personas con disminución de la capacidad pueden vivir una vida digna y de permanente crecimiento personal en los entornos favorables adecuados. Sin embargo, el mundo está muy lejos de estos ideales.

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. No obstante, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esta respuesta implicaría, y hay pocos datos empíricos acerca de lo que podría hacerse (3, 4). Pero esto no significa que no se pueda hacer nada por ahora. De hecho, es urgente pasar a la acción. Este informe presenta en detalle lo que sabemos acerca de la salud y el envejecimiento, y construye un marco estratégico para la acción en materia de salud pública, con opciones de próximas medidas prácticas que pueden adaptarse para usar en países de todos los niveles de desarrollo económico.

Además, el informe aborda los cambios asociados con el envejecimiento a lo largo de toda la vida. Sin embargo, dados los problemas específicos que plantea la edad avanzada y la escasa atención que este período ha recibido tradicionalmente, el informe se centra en la segunda mitad de la vida.

Cambiar las percepciones acerca de la salud y el envejecimiento

Uno de los retos para formular una respuesta integral al envejecimiento de la población es que muchas percepciones y supuestos comunes sobre las personas mayores se basan en estereotipos anticuados. Esto limita la forma en la que conceptualizamos los problemas, las preguntas que hacemos y nuestra capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras (5). La experiencia indica que se necesitan nuevas perspectivas.

No existe una persona mayor típica

Las poblaciones mayores se caracterizan por una gran diversidad. Por ejemplo, algunas personas de 80 años tienen niveles de capacidad física y mental comparables a los de muchos jóvenes de 20 años. Las políticas deben estar formuladas de manera tal de permitir que tantas personas como sea posible logren estas trayectorias positivas de envejecimiento. Y deben servir para derribar la gran cantidad de barreras que limitan la participación social y las contribuciones permanentes de los adultos mayores. Es preciso tener en cuenta que otras personas, en cambio, presentan una disminución considerable de sus capacidades a edades mucho menores. Por ejemplo, algunas personas en el entorno de los 60 años de edad pueden requerir

la ayuda de terceros para llevar a cabo actividades incluso básicas. Una respuesta integral de salud pública al envejecimiento de la población también debe ocuparse de sus necesidades.

Fomentar las capacidades y satisfacer las necesidades de poblaciones tan diversas puede dar lugar a políticas que parecen inconexas y que incluso pueden administrarse a través de ramas diferentes y contrapuestas de los gobiernos. En cambio, resulta más conveniente considerar las diversas necesidades de las personas mayores como un espectro de grados de funcionamiento, por lo que una respuesta de políticas integrales debe ser capaz de conciliar estos diferentes matices en una descripción coherente del envejecimiento.

La diversidad en la edad avanzada no es casual

Aunque parte de la diversidad observada en la edad avanzada responde a nuestra herencia genética (6), la mayor parte se debe a los entornos físicos y sociales en los que habitamos. Estos entornos incluyen nuestro hogar, nuestro vecindario y nuestra comunidad, y pueden afectar la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que repercuten en nuestras oportunidades, decisiones y comportamientos.

Pero la relación que tenemos con nuestro entorno depende de varias características personales, incluida la familia en la que nacimos, nuestro sexo y nuestro origen étnico. La influencia del entorno a menudo se ve alterada esencialmente por estas características, lo que produce desigualdades en materia de salud, y cuando estas son injustas y evitables, se generan inequidades en salud (7). De hecho, una parte importante de la gran diversidad en la capacidad y en las circunstancias que se observan en la edad avanzada probablemente se deba al efecto acumulativo de estas inequidades en salud a largo de toda la vida (8).

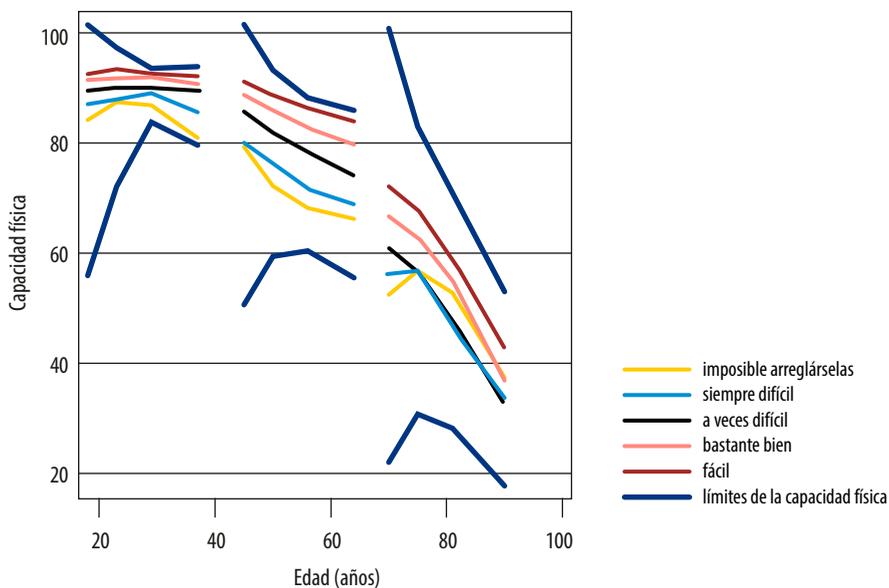
Estas tendencias pueden verse en la [figura 1](#), que presenta trayectorias de capacidad física a lo largo de la vida a partir de datos del *Estudio longitudinal australiano sobre la salud de las mujeres* (9). Se observa el amplio espectro de capacidades físicas (indicado por las líneas oscuras en las partes superior e inferior de la figura) en la edad avanzada. Pero la figura también divide la cohorte en quintiles según la adecuación de los ingresos. Cuanto más alto es el nivel de adecuación de los ingresos, más alto es el máximo de capacidad física media en la edad adulta temprana. Y esta disparidad suele persistir a lo largo de toda la vida.

Estas tendencias tienen importantes implicaciones para las políticas, porque las personas con las mayores necesidades de salud en algún momento de sus vidas también pueden ser las que tengan menos recursos para afrontarlas. Las políticas de respuesta deben ser elaboradas de manera tal de superar, en lugar de reforzar, esas inequidades.

La edad avanzada no implica dependencia

Aunque no hay una persona mayor típica, la sociedad a menudo ve a las personas mayores de una forma estereotipada que puede inducir a discriminar a personas

Figura 1. Capacidad física en el curso de la vida, estratificada de acuerdo con la capacidad para vivir con el ingreso actual



Fuente: G. Peeters, J. Beard, D. Deeg, L. Tooth, W. J. Brown, A. Dobson; análisis inédito sobre el *Estudio longitudinal australiano sobre la salud de la mujer*.

o grupos, simplemente por su edad. A esto se llama *discriminación por motivos de edad*, y es posible que actualmente sea una forma aún más generalizada de discriminación que el sexismo o el racismo (10, 11). Un estereotipo generalizado relacionado con la vejez es que las personas mayores son dependientes o representan una carga. Esto puede dar lugar a que, al formular las políticas, se suponga que el gasto en las personas mayores es solo una sangría para las economías y se ponga énfasis en la contención del gasto.

Las suposiciones acerca de la dependencia debido a la edad ignoran las numerosas contribuciones que las personas mayores hacen a la economía. Por ejemplo, una investigación en el Reino Unido, en 2011, calculó que, después de compensar los costos de pensiones, bienestar social y salud con las contribuciones realizadas a través de impuestos, gastos de consumo y otras actividades de valor económico, los adultos mayores hacían un aporte neto a la sociedad de casi 40 000 millones de libras, una cifra que será de 77 000 millones de libras en 2030 (12).

Aunque no hay tantos datos disponibles de los países de ingresos bajos y medianos, el aporte de las personas mayores en estos contextos también es significativo. En Kenya, por ejemplo, el promedio de edad de los pequeños agricultores supera los 60 años. Las personas mayores pueden, por lo tanto, ser fundamentales para mantener la seguridad alimentaria en Kenya y en otras partes del África Subsahariana (13). También cumplen una función crucial en apoyar a otras generaciones. En Zambia, por ejemplo, alrededor de un tercio de las mujeres de edad son las prin-

cipales proveedoras y cuidadoras de niños cuyos padres fallecieron por la epidemia de VIH o emigraron para trabajar.

Asimismo, en todos los entornos, sin importar el nivel de recursos, las personas mayores contribuyen de diversas maneras que son menos tangibles económicamente, por ejemplo, al prestar apoyo emocional en momentos de estrés o aconsejar sobre problemas difíciles. Las políticas deben estar diseñadas de manera tal de fomentar la capacidad de las personas mayores para hacer estas múltiples contribuciones.

El envejecimiento de la población aumentará el gasto en salud, pero no tanto como se pensaba

Otra suposición común es que las necesidades crecientes del envejecimiento de las poblaciones darán lugar a un aumento insostenible del gasto en salud. En realidad, el panorama no está tan claro.

Aunque la edad avanzada se asocia generalmente con mayores necesidades de asistencia sanitaria, la relación entre la utilización del sistema de salud y el gasto en salud es variable (14–17). De hecho, en algunos países de ingresos altos, el gasto en salud por persona en realidad se reduce de manera considerable después de los 75 años de edad aproximadamente (mientras que aumenta el gasto en atención a largo plazo) (18–20). Debido a que cada vez más personas llegan a edades avanzadas, permitir que las personas lleven una vida larga y saludable, en realidad, puede aliviar las presiones inflacionarias en el gasto en salud.

El propio sistema sanitario influye en gran medida en la relación entre la edad y el gasto en salud (21). Probablemente en esa influencia se reflejen las diferencias en los sistemas, los incentivos, los enfoques de las intervenciones de los proveedores con respecto a las personas mayores con salud delicada y las normas culturales, sobre todo cerca del momento de la muerte.

En efecto, sin importar la edad que se tenga, el período de la vida relacionado con los mayores gastos en salud corresponde al último año o los dos últimos años de vida (22). Pero esta relación, también, varía considerablemente entre los países. Por ejemplo, alrededor del 10 % de todo el gasto en salud en Australia y los Países Bajos, y alrededor del 22 % en Estados Unidos, se debe a la atención de personas en el último año de su vida (23–25). Asimismo, el aumento del gasto asociado con los últimos años de la vida parece ser menor en los grupos de edad más avanzada que en los grupos de menor edad.

Aunque se necesitan muchos más datos, predecir los gastos en salud futuros a partir de la edad de la población tiene, por lo tanto, un valor cuestionable. Algunos análisis históricos se suman a este cuestionamiento al indicar que el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en salud que otros factores. Por ejemplo, en Estados Unidos entre 1940 y 1990 (un período en el que se dio un envejecimiento de la población mucho más rápido que nunca), el envejecimiento parece haber contribuido solo a alrededor del 2 % del aumento de los gastos en salud, mientras que los cambios relacionados con la tecnología fueron responsables de entre el 38 % y el 65 % (19).

Los 70 no son los nuevos 60, pero podrían serlo

Una suposición que va en contra de las ideas equivocadas, generalmente negativas, asociadas con el envejecimiento es que las personas mayores de hoy en día gozan de mejor estado de salud que sus padres o abuelos. Esto se resume en la expresión “los 70 son los nuevos 60”. Aunque a primera vista puede parecer positivo, este supuesto, en definitiva, no lo es. Si las personas de 70 años de edad del presente tienen la misma salud que las de 60 en el pasado, podría concluirse que las de 70 de hoy en día están en mejores condiciones de valerse por sí mismas, por lo que no habría tanta necesidad de tomar medidas políticas para ayudarlas.

Aunque hay pruebas sólidas de que las personas mayores viven más tiempo, especialmente en los países de ingresos altos, no es tan clara la calidad de esos años adicionales (26). Los resultados de las investigaciones son muy contradictorios, tanto dentro de un mismo país como entre distintos países (27–35). Además, las tendencias dentro de diferentes subgrupos de una población pueden ser muy diferentes (36, 37).

Algunos análisis de la Organización Mundial de la Salud sobre personas nacidas entre 1916 y 1958 que participaron en varios estudios longitudinales grandes señalan que, mientras que la prevalencia de la discapacidad grave (por la que se requiere la ayuda de otra persona para realizar actividades básicas como comer y lavarse) puede haber disminuido ligeramente, no ha habido ningún cambio significativo en la prevalencia de la discapacidad menos grave (38).

Por su parte, independientemente del contexto, los estudios han considerado en general solo las pérdidas significativas de capacidad que ocurren sobre todo durante los últimos años de vida. Debido a que la disminución de la capacidad generalmente comienza mucho antes, no se sabe mucho acerca de la capacidad intrínseca de las personas que todavía tienen de 10 a 20 años de vida por delante en comparación con la de las generaciones anteriores.

Aunque los 70 todavía no parecen ser los nuevos 60, no hay ninguna razón para pensar que no pueda ser así en el futuro. Pero para hacer que esto suceda se requerirá una acción de salud pública mucho más concertada sobre el envejecimiento.

De cara al futuro, no al pasado

El envejecimiento de la población también ocasiona muchos otros cambios sociales, los que al combinarse harán que el envejecimiento en el futuro sea muy diferente al de generaciones anteriores.

Por ejemplo, la urbanización y la globalización han traído consigo un aumento de la migración y la desregulación de los mercados laborales (39, 40). Para las personas mayores que tienen los conocimientos deseables y flexibilidad financiera, estos cambios crean nuevas oportunidades. Otras, en cambio, posiblemente vean a las generaciones más jóvenes migrar a zonas de crecimiento, mientras ellas quedan en las zonas rurales más pobres sin las estructuras familiares ni las redes de seguridad social a las que tradicionalmente hubieran podido acudir en busca de apoyo.

Las normas de género también están cambiando en muchas partes del mundo. Una función esencial de las mujeres ha sido la de cuidadoras, tanto de los niños como de los familiares de edad. Esto restringió la participación de las mujeres en la fuerza laboral remunerada, lo que tuvo muchas consecuencias negativas para ellas, como un mayor riesgo de pobreza, menor acceso a servicios de salud de alta calidad y a servicios de seguridad social, mayor riesgo de abuso, mala salud y menor probabilidad de acceder a una jubilación. En la actualidad, las mujeres cada vez más desempeñan otras funciones, lo que les proporciona mayor seguridad en la vejez. Pero estos cambios también limitan la capacidad de las mujeres y las familias para cuidar a las personas mayores que lo necesitan. Junto con las cifras en rápido aumento de personas mayores que precisan atención, esto significa que los viejos modelos de atención de la familia simplemente no son sostenibles.

Los cambios tecnológicos también están acompañando el envejecimiento de la población y crean oportunidades nunca antes disponibles. Por ejemplo, Internet puede permitir una conexión permanente con la familia a pesar de la distancia, o acceder a información para orientar la autoasistencia de una persona mayor o proporcionar apoyo a los cuidadores. Los dispositivos de ayuda, tales como los aparatos de audición, son más funcionales y asequibles que en el pasado, y la “tecnología ponible” ofrece nuevas oportunidades para controlar la salud y ofrecer asistencia sanitaria personalizada.

Estos cambios sociales y tecnológicos notables significan que las políticas no deben diseñarse en torno a modelos sociales obsoletos del envejecimiento, sino aprovechar las oportunidades que estos avances proporcionan para adoptar nuevos enfoques innovadores. No obstante, elaborar políticas sobre la base de lo que podría suceder en el futuro probablemente sea una estrategia limitante, ya que es difícil imaginarse los cambios futuros y su correspondiente impacto. Por lo tanto, este informe procura centrarse en fomentar las capacidades de las personas mayores para que puedan navegar en su mundo en transformación e inventar formas de vida nuevas, mejores y más productivas. Esto es compatible con el trabajo en otras esferas normativas que tienen como objetivo dar a las personas la oportunidad de lograr lo que tienen razones para valorar, en lugar de centrarse únicamente en la utilidad económica (41–43).

El gasto en la población de edad es una inversión, no un costo

Los gastos en los sistemas de salud, la atención a largo plazo y entornos favorables más amplios a menudo se presentan como costos. En este informe se adopta un enfoque diferente. Se considera que estos gastos son inversiones que fomentan la capacidad y, por lo tanto, el bienestar y la contribución de las personas mayores. Estas inversiones también ayudan a las sociedades a cumplir sus obligaciones con respecto a los derechos fundamentales de esas personas. En algunos casos, el retorno de estas inversiones es directo (mejores sistemas de salud permiten mejores condiciones de salud, lo que a su vez favorece la participación y el bienestar). En otros casos, el retorno puede ser menos obvio, pero requiere la misma consideración: por ejemplo, la inversión en la atención a largo plazo ayudará a las personas

mayores con una pérdida significativa de la capacidad a mantener una vida digna y también puede permitir a las mujeres permanecer en la fuerza laboral, además de fomentar la cohesión social al compartirse los riesgos dentro de la comunidad.

Al replantear la justificación económica para la acción de esta manera, desplazamos el debate desde el enfoque de minimizar los llamados costos hacia un análisis que tiene en cuenta los beneficios que pueden perderse si las sociedades no logran hacer las adaptaciones y las inversiones adecuadas. Cuantificar y considerar cabalmente la magnitud de las inversiones y los dividendos que producen será crucial para que los responsables de tomar decisiones conciban políticas bien fundadas.

El envejecimiento, la salud y el funcionamiento

¿Qué es el envejecimiento?

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos (44). En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años.

Además, la edad avanzada con frecuencia conlleva cambios considerables más allá de las pérdidas biológicas. Se trata de cambios en las funciones y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Frente a esta situación, los adultos mayores suelen concentrarse en menos metas y actividades, pero más significativas, además de optimizar sus capacidades existentes a través de la práctica y las nuevas tecnologías, y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (45). Las metas y las prioridades y preferencias motivacionales también parecen cambiar (46–48). Aunque algunos de estos cambios pueden ser el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico permanente en la edad avanzada que puede estar asociado con “el desarrollo de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados” (45, 49). Estos cambios psicosociales pueden explicar por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo agudizado (50).

Al elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento, por lo tanto, es importante no solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la resiliencia y el crecimiento psicosocial.

La salud en la vejez

Después de los 60 años, la discapacidad y la muerte sobrevienen en gran parte debido a las pérdidas de audición, visión y movilidad relacionadas con la edad y a las enfermedades no transmisibles, que incluyen las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. No se trata de problemas solo de los países ricos. De hecho, la carga asociada con muchas de estas afecciones en las personas mayores es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos.

Sin embargo, la presencia de estas afecciones no dice nada sobre el impacto que pueden tener en la vida de una persona mayor. Por ejemplo, a pesar de tener una discapacidad auditiva considerable, una persona puede mantener altos niveles de funcionamiento mediante el uso de un aparato de audición. Además, es simplista considerar el impacto de cada afección por separado, porque el envejecimiento también se asocia con un mayor riesgo de presentar más de una afección crónica al mismo tiempo (lo que se conoce como *multimorbilidad*). Por ejemplo, en Alemania casi una cuarta parte de las personas de entre 70 y 85 años de edad presentan cinco enfermedades o más al mismo tiempo (51). El impacto de la multimorbilidad en el funcionamiento, la utilización de los servicios de salud y los gastos en salud a menudo es considerablemente más alto de lo que se esperaría por los efectos de estas afecciones por separado.

Además, en la edad avanzada ocurren otros trastornos de salud que no se captan en las clasificaciones tradicionales de las enfermedades. Puede tratarse de trastornos crónicos (por ejemplo, la salud delicada, que puede tener una prevalencia de alrededor del 10 % en las personas mayores de 65 años) o agudos (por ejemplo, el delirio, que puede ser el resultado de determinantes tan diversos como una infección o los efectos secundarios de una cirugía).

La complejidad de los estados de salud y funcionales que presentan las personas mayores plantea preguntas fundamentales acerca de qué significa la salud en la vejez, la forma en la que la medimos y cómo podríamos fomentarla. Se necesitan nuevos conceptos, definidos no solo por la presencia o la ausencia de una enfermedad, sino en términos de la repercusión que las afecciones tienen en el funcionamiento y el bienestar de una persona mayor. Las evaluaciones exhaustivas de estos estados de salud predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad (52).

El Envejecimiento Saludable

A los efectos de determinar las formas de considerar la salud y el funcionamiento en la vejez, el informe define y distingue dos conceptos importantes. El primero es la **capacidad intrínseca**, que se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede utilizar en un determinado momento.

Sin embargo, la capacidad intrínseca es solo uno de los factores que determinarán lo que una persona mayor puede hacer. El otro es el entorno en el que habita

y su interacción con él. El entorno ofrece una serie de recursos o plantea una serie de obstáculos que, en última instancia, determinarán si una persona con un determinado nivel de capacidad puede hacer las cosas que siente que son importantes. Así, aunque una persona mayor pueda tener capacidad limitada, aún podrá hacer las compras si tiene acceso a medicamentos antiinflamatorios o a un dispositivo de apoyo (como un bastón, una silla de ruedas o un *scooter* eléctrico), o si vive cerca de un medio de transporte asequible y accesible. Esta relación entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan, es lo que se conoce como **capacidad funcional**, definida en el informe como los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar.

A partir de estos dos conceptos, en este informe se define el ***Envejecimiento Saludable*** como **el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.**

Para entender el *Envejecimiento Saludable* es fundamental tener en cuenta que ni la capacidad intrínseca ni la capacidad funcional se mantienen constantes. Aunque ambas tienden a disminuir con la edad, las opciones de vida o las intervenciones en diferentes momentos del ciclo de vida determinarán el camino, o la **trayectoria**, de cada individuo.

El *Envejecimiento Saludable* es un proceso que depende de cada persona mayor, porque su experiencia de *Envejecimiento Saludable* siempre puede tornarse más positiva o menos positiva. Por ejemplo, la trayectoria de *Envejecimiento Saludable* de las personas con demencia o cardiopatía avanzada puede mejorar si tienen acceso a asistencia sanitaria asequible para optimizar su capacidad y si viven en un entorno propicio.

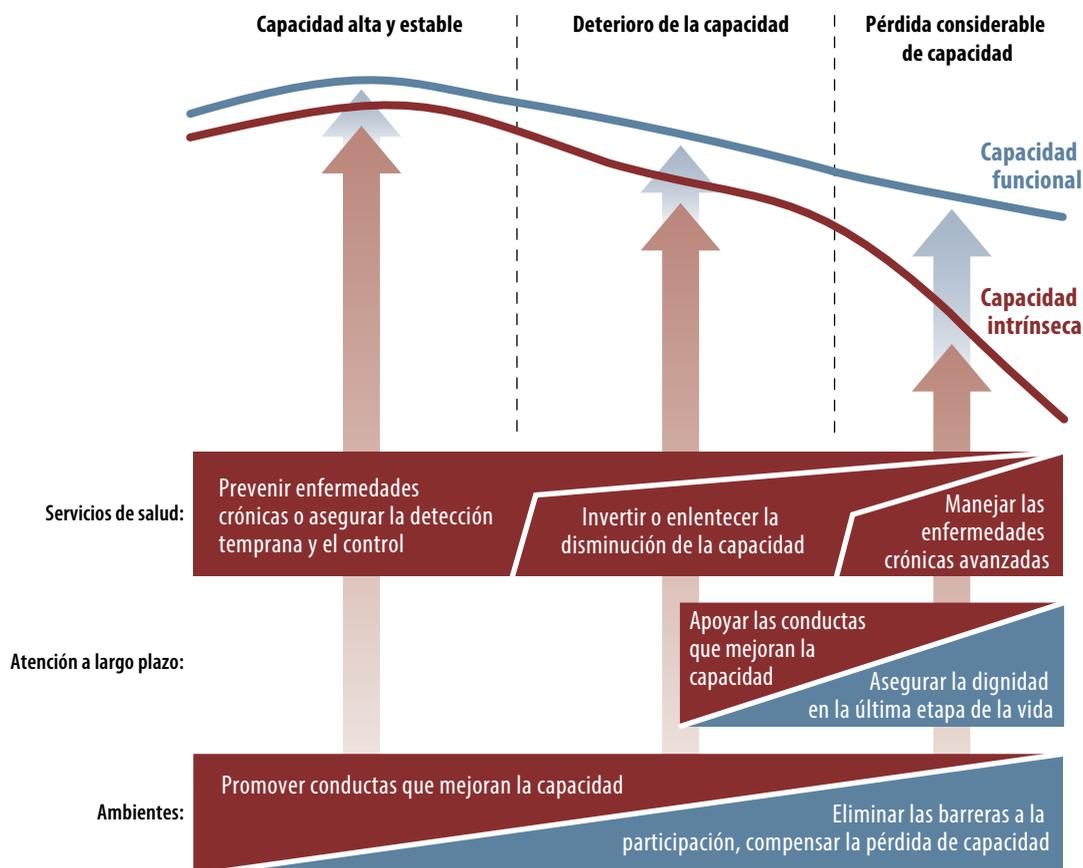
Un marco de salud pública para el ***Envejecimiento Saludable***

Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay algo que cada país puede hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo.

Hay diferentes maneras posibles de iniciar las intervenciones para fomentar el *Envejecimiento Saludable*, pero todas tendrán un objetivo primordial: lograr la máxima capacidad funcional. Este objetivo se puede alcanzar de dos maneras: fomentando y manteniendo la capacidad intrínseca, o bien, permitiendo que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes.

En la **figura 2** se muestran algunas oportunidades clave para adoptar medidas que optimicen las trayectorias de capacidad funcional y capacidad intrínseca en el curso de la vida. La figura identifica tres subpoblaciones diferentes de personas mayores: las que tienen capacidad relativamente alta y estable, las que tienen capacidad disminuida y las que presentan pérdidas significativas de capacidad. Estos

Figura 2. Un marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable*: oportunidades para la acción de salud pública en todo el curso de la vida



subgrupos no son rígidos ni representan toda la vida de cada persona mayor. Sin embargo, si se abordan las necesidades de estos subgrupos, la mayoría de las personas mayores constatarán una mejor capacidad funcional. Cuatro esferas de acción prioritarias pueden ayudar a lograr este fin:

1. adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente;
2. crear sistemas de atención a largo plazo;
3. crear entornos adaptados a las personas mayores;
4. mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión.

Aunque cada país estará preparado de manera diferente para tomar medidas, es posible adoptar varios enfoques que pueden resultar eficaces en cada una de estas esferas. Exactamente qué se necesita hacer y en qué orden dependerá, en gran medida, del contexto nacional.

Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente

A medida que las personas envejecen, sus necesidades de salud suelen ser más crónicas y complejas. Los sistemas de salud que se ocupan de estos requerimientos multidimensionales de la edad avanzada de una manera integrada han demostrado ser más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado (53–55). Sin embargo, las personas mayores a menudo se encuentran con servicios diseñados para curar enfermedades o síntomas agudos, que tratan los problemas de salud de manera desconectada y fragmentada, y que carecen de coordinación entre los proveedores, los entornos y los tiempos de atención. Esta situación se traduce en una asistencia sanitaria que no solo no satisface adecuadamente las necesidades de las personas mayores, sino que además puede tener grandes costos tanto para ellas como para el sistema de salud.

Por lo tanto, para fomentar el *Envejecimiento Saludable* no basta con hacer más de lo que ya se hace. En cambio, es preciso crear sistemas de salud que garanticen el acceso asequible a servicios integrados y centrados en las necesidades de las personas mayores. Los servicios de este tipo han demostrado dar mejores resultados para las personas mayores y no son más caros que los servicios tradicionales. Aunque estos sistemas comparten un enfoque intersectorial para fomentar y mantener la capacidad funcional de la población de edad, la principal contribución de los servicios de salud para lograrlo será alcanzar la máxima capacidad intrínseca.

Esta transición puede ser particularmente difícil para los países de ingresos bajos y medianos y los contextos más pobres del mundo. En estos entornos con recursos limitados, a menudo los sistemas de salud carecen de lo básico. Pero esta situación representa una oportunidad para elaborar nuevos enfoques de atención integrada y centrada en la persona mayor, al tiempo de encarar las necesidades de atención de cuadros agudos que siguen siendo importantes a edades más tempranas.

Tres enfoques clave ayudarán a adaptar los sistemas de salud a las necesidades de las poblaciones de edad:

1. crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores, y garantizar su acceso;
2. orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca;
3. garantizar que se cuente con personal sanitario sostenible y debidamente capacitado.

Servicios que proporcionan atención integrada y centrada en las personas mayores

Para ofrecer atención centrada en las personas mayores y garantizar su acceso, se requerirán sistemas organizados en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, además de servicios adaptados a las personas mayores y vinculados estrechamente a las familias y las comunidades. También se necesitará

integración entre los niveles y los servicios, así como entre la asistencia sanitaria y la atención a largo plazo. Las medidas clave que pueden ayudar a lograr esto son:

- garantizar que todas las personas mayores tengan acceso a una evaluación completa y cuenten con un único plan de salud con todos los servicios, que procure optimizar su capacidad;
- crear servicios que se encuentren lo más cerca posible de donde viven las personas mayores, incluidas la atención domiciliaria y comunitaria;
- crear estructuras de servicios que promuevan la atención con equipos multidisciplinares;
- apoyar la autoasistencia en las personas mayores mediante el apoyo entre pares, la capacitación, la información y el asesoramiento;
- asegurar la disponibilidad de los productos médicos, las vacunas y las tecnologías necesarios para optimizar su capacidad.

Sistemas orientados en torno a la capacidad intrínseca

La nueva orientación de los sistemas en torno a la capacidad intrínseca requerirá modificar la información médica y administrativa que recogen, la forma en la que supervisan el desempeño, los mecanismos de financiación y los incentivos que utilizan y la capacitación que ofrecen. Las siguientes son algunas de las medidas que seguramente contribuirán a esta transformación:

- adaptar los sistemas de información para recoger, analizar y dar a conocer datos sobre la capacidad intrínseca;
- adaptar los mecanismos de monitoreo del desempeño, incentivos y financiación para fomentar una atención que optimice la capacidad;
- crear pautas clínicas para optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca y actualizar las pautas existentes para que quede claro su impacto en la capacidad.

Personal sanitario sostenible y debidamente capacitado

Estos nuevos sistemas requerirán que todos los proveedores de servicios cuenten con conocimientos gerontológicos y geriátricos básicos, así como con competencias más generales necesarias para trabajar en sistemas de atención integrada, incluida buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de tecnologías de la información y la comunicación. Pero las estrategias no deben limitarse a definir las funciones del personal. Entre las medidas clave que podrían adoptarse se encuentran:

- proporcionar capacitación básica sobre temas geriátricos y gerontológicos en la formación preparatoria y en los cursos de educación permanente de todos los profesionales de la salud;
- incluir competencias geriátricas y gerontológicas básicas en todos los planes de estudio de la salud;
- asegurar que el número de geriatras satisfaga las necesidades de la población y alentar la creación de unidades geriátricas para gestionar casos complejos;
- considerar la necesidad de incorporar nuevos funcionarios (como coordinadores de atención de la salud y orientadores de autoasistencia) y la necesidad de ampliar las funciones del personal existente, como los trabajadores sanitarios de la comunidad, para coordinar la atención médica de las personas mayores en el ámbito comunitario.

Crear sistemas de atención a largo plazo

En el siglo XXI, ningún país puede permitirse no contar con un sistema integral de atención a largo plazo. El objetivo primordial de estos sistemas debe ser mantener un nivel de capacidad funcional en las personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad, o tienen riesgo alto de presentarlas, y asegurar que este tipo de atención respete sus derechos y libertades fundamentales y la dignidad humana. Esto requiere reconocer sus aspiraciones continuas de bienestar y respeto.

Los sistemas de atención a largo plazo pueden tener muchos beneficios, más allá de permitir que las personas mayores que dependen de la atención de terceros vivan una vida digna. Estos sistemas son beneficiosos porque reducen el uso inadecuado de los servicios de atención de cuadros agudos, ayudan a las familias a evitar gastos médicos catastróficos y liberan a las mujeres para desempeñar funciones sociales más amplias. Al compartir los riesgos y las cargas asociadas con la dependencia de la atención de terceros, los sistemas de atención a largo plazo, por lo tanto, pueden ayudar a fomentar la cohesión social.

En los países de ingresos altos, los desafíos para crear sistemas integrales probablemente giren en torno a la necesidad de mejorar la calidad de la atención a largo plazo, desarrollar formas sostenibles financieramente para ofrecerla a todos los que la necesitan e integrarla mejor en los sistemas de salud. En los países de ingresos bajos y medianos, el desafío puede ser crear sistemas de este tipo donde aún no existen. En estos entornos, la responsabilidad de la atención a largo plazo a menudo se ha dejado enteramente a cargo de las familias. El desarrollo socioeconómico, el envejecimiento de la población y las nuevas funciones de las mujeres hacen que esta práctica ya no sea sostenible ni equitativa.

Solo los gobiernos pueden crear y supervisar estos sistemas. Pero eso no significa que la atención a largo plazo sea responsabilidad exclusiva de ellos. En su lugar, los sistemas de atención a largo plazo deben basarse en alianzas explícitas con las familias, las comunidades, otros proveedores de servicios de salud y el sector privado, y reflejar las preocupaciones y las perspectivas de estas partes interesadas. La función del gobierno (a menudo realizada a través de los ministerios de salud) será administrar esta asociación, capacitar y apoyar a los cuidadores, velar por la integración entre los diversos servicios (incluido el sector de la salud), garantizar la calidad de los servicios y prestar servicios directamente a quienes más los necesitan (ya sea debido a su poca capacidad intrínseca o a su situación socioeconómica). Esto puede lograrse incluso en los países con los recursos más limitados.

El informe señala tres estrategias que serán cruciales para crear sistemas de atención a largo plazo:

1. sentar las bases necesarias para un sistema de atención a largo plazo;
2. conformar y mantener equipos de trabajo sostenibles y debidamente capacitados;
3. asegurar la calidad de la atención a largo plazo.

Las bases de un sistema de atención a largo plazo

Los sistemas de atención a largo plazo requieren una estructura de gestión que permita guiar y supervisar el desarrollo y asignar responsabilidades en relación con los progresos. Esto puede ayudar a definir los servicios y las funciones clave que se requieren, los obstáculos que pueden existir, quién está en mejores condiciones de prestar los servicios y quién podría cumplir mejor otras funciones, como la capacitación y la acreditación. Es preciso hacer especial hincapié en diseñar el sistema de manera tal que permita ayudar a las personas mayores a envejecer en un lugar adecuado para ellas y a mantener las conexiones con su comunidad y sus redes sociales. Para garantizar el acceso a este tipo de atención y a la vez reducir el riesgo de que los beneficiarios o sus cuidadores se vean en dificultades financieras, se requerirán recursos adecuados y el compromiso de priorizar el apoyo a las personas con mayores necesidades sanitarias y financieras. Entre las medidas clave que podrían adoptarse se encuentran:

- reconocer la atención a largo plazo como un bien público importante;
- asignar responsabilidades claras para diseñar un sistema de atención a largo plazo y planificar su implementación;
- crear mecanismos equitativos y sostenibles para financiar la atención;
- definir las funciones del gobierno y diseñar los servicios necesarios para cumplirlas.

Un equipo de trabajo sostenible y debidamente capacitado

A los efectos de conformar los equipos de trabajo necesarios para estos nuevos sistemas, se requerirá una serie de medidas. Muchas de las mencionadas en relación con los sistemas de salud también se aplican a los cuidadores a largo plazo remunerados. Sin embargo, debido a que el campo de la atención a largo plazo está infravalorado, una estrategia fundamental adicional consistirá en asegurar que se reconozca la condición y las contribuciones de los cuidadores remunerados.

Además, a diferencia de lo que sucede en el sistema de salud, la mayoría de los cuidadores que actualmente se desempeñan en el sistema de atención a largo plazo son familiares, voluntarios, miembros de organizaciones de la comunidad y trabajadores remunerados pero no capacitados. La mayoría son mujeres. Para conformar un sistema de atención a largo plazo, será fundamental proporcionarles a estas personas una formación que les permita hacer bien su trabajo y las alivie del estrés que se deriva de no estar lo suficientemente informadas sobre cómo hacer frente a situaciones difíciles. Entre las medidas clave se encuentran:

- mejorar los salarios y las condiciones laborales de los cuidadores a largo plazo remunerados y crear opciones de carrera que les permitan avanzar a posiciones de mayor responsabilidad y remuneración;
- promulgar leyes para apoyar regímenes flexibles de trabajo o licencias para los cuidadores familiares;
- establecer mecanismos de apoyo para los cuidadores, como ofrecer servicios de cuidados temporales y recursos de capacitación o información accesibles;
- crear conciencia sobre el valor y los beneficios de ser cuidador y combatir las normas y los papeles sociales que impiden a los hombres y los jóvenes desempeñarse como cuidadores;

- apoyar las iniciativas comunitarias que convocan a las personas mayores para realizar tareas de cuidados y otras actividades de desarrollo comunitario. En algunos países de ingresos bajos y medianos existen ejemplos interesantes de voluntarios de edad empoderados a través de asociaciones de personas mayores para abogar por sus derechos y prestar atención y apoyo a pares que lo necesitan. Estos conceptos quizás se puedan transferir a entornos de ingresos más altos.

Atención a largo plazo de calidad

El primer paso para asegurar la calidad de la atención a largo plazo es orientar los servicios hacia el objetivo de optimizar la capacidad funcional. Esto requiere que los sistemas y los cuidadores determinen cómo pueden optimizar la trayectoria de capacidad de la persona mayor y compensar la pérdida de capacidad con atención y entornos transformadores que ayuden a la persona mayor a mantener la capacidad funcional en un nivel que le garantice el bienestar. Entre las medidas clave se encuentran:

- desarrollar y difundir protocolos o pautas de atención que den respuesta a cuestiones esenciales;
- establecer mecanismos de acreditación para los servicios y los cuidadores profesionales;
- establecer mecanismos formales de coordinación de la atención (por ejemplo entre los servicios de atención a largo plazo y los servicios de salud);
- establecer sistemas de gestión de la calidad que ayuden a mantener el énfasis en optimizar la capacidad funcional.

Crear entornos adaptados a las personas mayores

Este informe se basa en el marco de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* al considerar que los entornos abarcan todo el contexto en el que se vive (56). Este contexto incluye el transporte, la vivienda, el trabajo, la protección social, la información y la comunicación, así como los servicios de salud y atención a largo plazo, aunque estos se tratan en detalle por separado en el informe. El marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable* identifica un objetivo común para todos los interesados: optimizar la capacidad funcional. En el informe se estudia la forma de lograr esto en cinco dominios de la capacidad funcional que están estrechamente interconectados y son esenciales para que las personas mayores hagan lo que valoran. Se trata de las siguientes capacidades:

- satisfacer las necesidades básicas propias;
- aprender, crecer y tomar decisiones;
- tener movilidad;
- crear y mantener relaciones; y
- contribuir.

Juntas, estas capacidades permiten a las personas mayores envejecer de forma segura en un lugar adecuado para ellas, continuar desarrollándose personalmente, contribuir a sus comunidades y conservar su autonomía y salud.

Las medidas necesarias para fomentar estas capacidades pueden ser muy distintas, pero operan de dos maneras fundamentales. La primera es fomentar y mantener la capacidad intrínseca, ya sea mediante la reducción de los riesgos (como los altos niveles de contaminación del aire), el fomento de las conductas saludables (como la actividad física) o la eliminación de obstáculos (por ejemplo, los altos índices de delincuencia o el tráfico peligroso), o mediante la prestación de servicios que fomentan la capacidad (como la asistencia sanitaria). La segunda es permitir una mayor capacidad funcional en una persona con un determinado nivel de capacidad. En otras palabras, esto significa salvar la brecha entre lo que las personas pueden hacer teniendo en cuenta su nivel de capacidad y lo que podrían hacer si vivieran en un entorno propicio (por ejemplo, con tecnologías de apoyo adecuadas, transporte público accesible o barrios más seguros). Aunque las intervenciones a nivel de la población pueden mejorar los entornos para muchas personas mayores de ambas formas, muchas personas no podrán beneficiarse plenamente sin un apoyo adaptado a sus necesidades.

Debido a que muchos sectores y actores pueden influir en el *Envejecimiento Saludable*, es fundamental contar con un enfoque coordinado de políticas y prácticas, centrado en las necesidades y las aspiraciones de las personas mayores. Este informe reconoce tres enfoques prioritarios para la implementación que incumben a casi todos los sectores:

1. combatir la discriminación por motivos de edad;
2. permitir la autonomía;
3. apoyar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

Combatir la discriminación por motivos de edad

Los estereotipos basados en la edad influyen en los comportamientos, las políticas e incluso la investigación. Afrontar estos estereotipos mediante la lucha contra la discriminación por motivos de edad debe ser parte esencial de toda respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. Aunque no es fácil, las experiencias en combatir otras formas generalizadas de discriminación, como el sexismo y el racismo, demuestran que es posible cambiar las actitudes y las normas.

La lucha contra la discriminación por motivos de edad requerirá fomentar e inculcar en todas las generaciones una nueva manera de entender el envejecimiento. Esto no puede basarse en conceptualizaciones anticuadas acerca de las personas mayores como cargas ni en supuestos poco realistas acerca de que las personas mayores de la actualidad han evitado de alguna manera los problemas de salud de sus padres y abuelos. En cambio, requiere aceptar la amplia diversidad de la experiencia de la vejez, reconocer las inequidades que a menudo subyacen a ella y estar dispuestos a preguntarnos cómo podrían hacerse las cosas mejor. Entre las medidas clave se encuentran:

- realizar campañas de comunicación para que los medios de comunicación, el público en general, los encargados de formular políticas, los empleadores y los proveedores de servicios sepan más acerca del envejecimiento y lo comprendan mejor;

- legislar contra la discriminación por motivos de edad;
- asegurar una visión equilibrada del envejecimiento en los medios de comunicación, por ejemplo, reduciendo al mínimo los informes sensacionalistas sobre los delitos contra las personas mayores.

Propiciar la autonomía

La segunda prioridad intersectorial es propiciar la autonomía. La autonomía depende en gran medida de las necesidades básicas satisfechas de la persona mayor y, a su vez, tiene una poderosa influencia en su dignidad, integridad, libertad e independencia. Además, se ha señalado repetidamente como un componente esencial de su bienestar general.

Las personas mayores tienen derecho a hacer elecciones y tener el control en muy diversos aspectos, como el lugar donde viven, las relaciones que tienen, lo que visten, el modo en que pasan su tiempo y si se someten a tratamientos o no. La posibilidad de elegir y tener el control está determinada por muchos factores, incluida la capacidad intrínseca de las personas mayores, el entorno en el que habitan, los recursos personales y financieros de los que disponen y las oportunidades que tienen a disposición.

Una medida clave para permitir la autonomía es aumentar al máximo la capacidad intrínseca, un tema que se aborda detalladamente en las estrategias relacionadas con los sistemas de salud. Pero la autonomía puede mejorarse sin importar el nivel de capacidad de una persona mayor. Las medidas que pueden contribuir a lograr esto incluyen:

- legislar para proteger los derechos de las personas mayores (por ejemplo, protegerlas contra el maltrato), apoyarlas para que conozcan y disfruten sus derechos y crear mecanismos para hacer frente a las violaciones de sus derechos, incluso en situaciones de emergencia;
- prestar servicios que faciliten el funcionamiento, tales como las tecnologías de apoyo y los servicios a domicilio o en la comunidad;
- proporcionar mecanismos de planificación anticipada de la atención y decisiones asistidas que permitan a las personas mayores mantener el máximo nivel de control sobre sus vidas a pesar de una pérdida significativa de capacidad;
- crear oportunidades accesibles de aprendizaje y crecimiento permanentes.

El Envejecimiento Saludable en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno

El número de países en los que más de un habitante de cada cinco supera los 60 años está en rápido aumento. Habrá pocas políticas o servicios que no los afecten de alguna manera, por lo que será esencial integrar el *Envejecimiento Saludable* en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno. Las estrategias y los planes de acción nacionales, regionales, estatales o municipales sobre el envejecimiento pueden ayudar a guiar esta respuesta intersectorial y garantizar una respuesta coordinada que abarque diferentes sectores y niveles de gobierno. Para ello será necesario establecer claramente compromisos con los objetivos y líneas de responsabilidad, contar con presupuestos adecuados y especificar los mecanismos de coordinación,

monitoreo, evaluación y presentación de informes en todos los sectores. También será importante recoger y utilizar información desglosada por edad acerca de las habilidades de las personas mayores. Esto puede facilitar el control de la eficacia y la detección de deficiencias en las políticas, los sistemas y los servicios existentes. Además, los mecanismos para consultar y dar participación a las personas mayores o a las organizaciones de personas mayores en la formulación y la evaluación de las políticas pueden ayudar a asegurar su pertinencia para las poblaciones locales. Hay, sin embargo, muchas otras esferas de acción, entre las que se encuentran:

- establecer políticas y programas que amplíen las opciones de vivienda para las personas mayores y ayuden a las reformas del hogar que permitan a estas personas envejecer en un lugar adecuado para ellas;
- integrar medidas para proteger a las personas mayores contra la pobreza, por ejemplo a través de planes de protección social;
- proporcionar oportunidades de participación social y de desempeño de funciones sociales significativas, específicamente mediante el combate de los procesos que marginan y aíslan a las personas mayores;
- eliminar obstáculos, establecer normas de accesibilidad y garantizar su cumplimiento en los edificios, en el transporte y en las tecnologías de la información y la comunicación;
- considerar las decisiones urbanísticas y de uso del suelo, y su impacto en la seguridad y la movilidad de las personas mayores;
- promover la diversidad de edades y la inclusión en los entornos de trabajo.

Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión

Para avanzar hacia el *Envejecimiento Saludable* se requerirá comprender mucho mejor las tendencias y los problemas relacionados con la edad. Siguen sin respuesta muchas preguntas básicas:

- ¿Cuáles son las características actuales del *Envejecimiento Saludable*? ¿Están cambiando con el tiempo?
- ¿Cuáles son los factores determinantes del *Envejecimiento Saludable*?
- ¿Están aumentando o desapareciendo las desigualdades?
- ¿Qué intervenciones dan resultado para fomentar el *Envejecimiento Saludable*? ¿En qué subgrupos de población dan resultado?
- ¿Cuál es el momento apropiado y en qué secuencia se deben hacer estas intervenciones?
- ¿Cuáles son las necesidades en materia de asistencia sanitaria y atención a largo plazo de las personas mayores? ¿Qué tanto se satisfacen?
- ¿Cuáles son las contribuciones económicas reales que realizan las personas mayores? ¿Y cuáles son los verdaderos costos y beneficios de la promoción del *Envejecimiento Saludable*?

Como primera medida para responder a estas preguntas, debe incluirse a las personas mayores en las estadísticas vitales y en las encuestas de población general, y deben desglosarse por edad y sexo los análisis sobre estos recursos de informa-

ción. También deben incluirse en estos estudios las medidas apropiadas de *Envejecimiento Saludable* y sus factores determinantes y distribuciones.

Pero también se necesita alentar la investigación en diversos campos específicos relacionados con el envejecimiento y la salud, para lo que se requerirá acordar conceptos clave y la forma en que se pueden medir. Se deben promover enfoques tales como los estudios plurinacionales y multidisciplinarios, ya que pueden ser representativos de la diversidad de una población y permitir conocer los determinantes del *Envejecimiento Saludable* y los distintos contextos de los adultos mayores. También es preciso suscitar la participación y la contribución de las personas mayores, con el fin de permitir resultados más pertinentes y más innovadores. Entonces, a medida que se sabe más sobre el envejecimiento y la salud, se necesitarán mecanismos mundiales y locales para asegurar la rápida aplicación de estos conocimientos a la práctica clínica, las intervenciones de salud pública basadas en la población o las políticas sanitarias y sociales.

Hay tres enfoques cruciales para mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión. Son los siguientes:

1. acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al *Envejecimiento Saludable*;
2. saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones de edad, y en qué medida se satisfacen esas necesidades;
3. comprender mejor las trayectorias del *Envejecimiento Saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas.

Indicadores, medidas y enfoques analíticos

Los indicadores y los métodos que se utilizan actualmente en el campo del envejecimiento son limitados, lo que impide conocer en detalle aspectos clave del *Envejecimiento Saludable*. Es necesario llegar a un consenso sobre los enfoques y los métodos más apropiados. Estos tendrán que provenir de un amplio espectro de campos y permitir que se hagan comparaciones y posibles vinculaciones con datos recogidos en distintos países, contextos y sectores. Las prioridades son:

- desarrollar y alcanzar un consenso sobre los indicadores, las estrategias de medición, los instrumentos, los ensayos y los biomarcadores sobre conceptos clave relacionados con el *Envejecimiento Saludable*, incluso en relación con la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, el bienestar subjetivo, las características de salud, las características personales, la herencia genética, la multimorbilidad y la necesidad de servicios y atención;
- llegar a un consenso sobre los enfoques para evaluar e interpretar las trayectorias de estos indicadores y medidas a lo largo de la vida. Será importante demostrar cómo la información generada puede servir de base para las políticas, el monitoreo, la evaluación y las decisiones clínicas o de salud pública;
- crear y aplicar mejores métodos para probar intervenciones clínicas que tengan en cuenta la fisiología diferente de las personas mayores y la multimorbilidad.

El estado de salud y las necesidades de las poblaciones de edad

Aunque es preciso que los esfuerzos de seguimiento y las investigaciones poblacionales tengan más en cuenta a las personas mayores, también se requieren inves-

tigaciones poblacionales específicas sobre estas personas para determinar cuáles son los niveles y la distribución de la capacidad funcional y la capacidad intrínseca, cómo estas cambian con el tiempo y cuáles son las necesidades de asistencia sanitaria, cuidados y apoyo, y en qué medida se satisfacen. Estas investigaciones podrían incluir:

- crear encuestas de población periódicas sobre las personas mayores que permitan registrar en detalle la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, los estados de salud específicos, las necesidades de asistencia sanitaria o atención a largo plazo, o de cambios más amplios en los entornos, y si estas necesidades se cubren adecuadamente;
- asociar tendencias de capacidad intrínseca y capacidad funcional en diferentes cohortes de nacimiento y determinar si el aumento de la esperanza de vida se asocia con años adicionales de salud;
- definir indicadores y mecanismos para la vigilancia permanente de las trayectorias de *Envejecimiento Saludable*.

Las trayectorias de *Envejecimiento Saludable* y qué se puede hacer para mejorarlas

Para fomentar el *Envejecimiento Saludable* se requerirá comprender mucho mejor las trayectorias comunes de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, sus determinantes y la efectividad de las intervenciones para modificarlas. A estos efectos, es fundamental:

- definir el alcance y los tipos de trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional, y sus determinantes en diferentes poblaciones;
- cuantificar el impacto de las intervenciones de salud, atención a largo plazo y ambientales en las trayectorias de *Envejecimiento Saludable*, e identificar las vías por las que operan;
- cuantificar mejor la contribución económica de las personas mayores y los costos de prestar los servicios necesarios para el *Envejecimiento Saludable*, y crear mecanismos de análisis de la rentabilidad de las inversiones que sean rigurosos, válidos y comparables.

Conclusión

Se necesita urgentemente una acción integral de salud pública para hacer frente al envejecimiento, y en todos los entornos hay algo que se puede hacer, sin importar el nivel de desarrollo socioeconómico.

En este informe se describe un marco de salud pública para la acción basado en el concepto del *Envejecimiento Saludable*. Esta respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención integrada y centrada en las personas mayores. Se requerirá desarrollar, incluso a partir de cero, sistemas integrales de atención a largo plazo. Y se necesitará una respuesta coordinada entre muchos otros sectores y distintos niveles de gobierno. Para ello

hará falta un cambio fundamental de nuestra concepción del envejecimiento, a fin de tener en cuenta la diversidad de las poblaciones de edad y combatir las inequidades que a menudo se presentan. Además, se deberán incorporar mejores formas de medir y monitorear la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

Aunque estas medidas inevitablemente requerirán recursos, es probable que sean una buena inversión en el futuro de la sociedad: un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado.

Referencias bibliográficas

1. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 22 July 2015).
2. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4–13 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 22 July 2015).
3. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
4. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
6. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 21 July 2015).
8. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
9. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
10. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.
14. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 21 July 2015).
16. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.12.028> PMID: 25562311
17. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
18. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 (<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/>

- field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 21 July 2015).
19. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
 20. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
 21. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.3386/w11833>
 22. Wong A, van Baal PHM, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
 23. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID: 16781037
 24. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
 25. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
 26. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
 27. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
 28. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350
 29. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789
 30. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629
 31. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
 32. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
 33. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
 34. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
 35. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524
 36. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID: 22440549

37. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
38. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2014 Nov 5;385(9967):563–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
39. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. Arxer SL, Murphy JW. *The Symbolism of globalization, development, and aging*. Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
42. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2002;4:123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
44. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
45. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
46. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
47. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OUUQ-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
48. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
49. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
50. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
51. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
52. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczy M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
53. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
54. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
55. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
56. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.



Se necesita con urgencia una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para ello serán necesarios cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento. El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* presenta un marco de acción para promover el *envejecimiento saludable* en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores. Habrá que crear, en algunos casos de la nada, sistemas integrales de atención a largo plazo. También será necesaria una respuesta coordinada de muchos otros sectores y de varios niveles de gobierno. Y habrá que basarse en mejores formas de medir y vigilar la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

Probablemente estas medidas sean una buena inversión en el futuro de la sociedad. Un futuro que otorgue a las personas mayores la libertad de vivir una vida que las generaciones anteriores nunca podrían haber imaginado.