



# Salud y bienestar, ¿cuál es la percepción de las personas mayores?

*en países de ingresos medianos y bajos*

**HelpAge**

International

HelpAge International es una red global de organizaciones que promueve el derecho de todas las personas mayores a vivir una vida digna, saludable y segura.

## Salud y bienestar, ¿cuál es la percepción de las personas mayores?

*En países de ingresos medianos y bajos*

Publicado por HelpAge International  
PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK

Tel +44 (0)20 7278 7778

info@helpage.org

**www.helpage.org**

Organización benéfica registrada no. 288180

Escrito por: Rachel Albone

Editado por: Angela Burton

Traducido por: Karen García/ Uuniversidad del Rosario

Análisis de información y contribuciones por:  
Jonna Bertfelt, HelpAge International y Kristin  
Bodiford, Ph.D. HelpAge USA Health Advisor

Foto de portada por: Jonas Wresch/  
HelpAge International

Diseñado por: TRUE [www.truedesign.co.uk](http://www.truedesign.co.uk)

### Reconocimientos

Por su colaboración para elaborar este informe quisiéramos agradecerles a: el personal de HelpAge en las oficinas de Bolivia, Colombia, Etiopía, Mozambique y Tanzania. Miembros y socios de la red global de HelpAge: Universidad Javeriana en Colombia. GRAVIS la India, Coalition of Services of the Elderly en las Filipinas, Health Nest Uganda y Island Hospice en Zimbabue

Este informe se desarrolló con la financiación de Pfizer Inc. a través de nuestro miembro de apoyo HelpAge USA.



@HelpAge



HelpAge International

# Contenido

## 3 Resumen ejecutivo

Hallazgos principales

Recomendaciones

## 5 La salud en un mundo que envejece

La falta de información es una barrera para el envejecimiento saludable

## 6 Herramienta de Resultados de Salud

Propiedades

Método de muestreo

Análisis y limitaciones de los datos

## 10 El envejecimiento y la salud

Barreras de acceso

Facilidad de acceso

Asequibilidad

Calidad

**Cuidado y atención a las personas mayores**

Acceso al servicio de cuidado

Autocuidado

**Impacto en la salud, el bienestar y la capacidad funcional**

Resultado de la salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional de las personas mayores

Impacto que tiene la condición de salud, la satisfacción de vida y capacidad funcional para acceder a los servicios de salud, cuidado y atención

## 25 Conclusiones

## 26 Recomendaciones políticas

# Resumen ejecutivo

Este informe presenta los hallazgos de los datos que HelpAge International y sus miembros de red encontraron al utilizar la Herramienta Resultados de Salud (HOT, por sus siglas en inglés). La herramienta se desarrolló para recoger información y entender de mejor manera la salud y los cuidados en la vejez, así como para medir el impacto de los programas de salud y atención de HelpAge.

Se desarrolló debido a los problemas que provocó la falta de información sobre la salud y el cuidado de las personas mayores, especialmente en países de ingresos medianos y bajos (PIMB), y el resultado por la falta de conocimiento sobre la mejor manera de prestar servicios que tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad a las personas mayores. La herramienta se utilizó entre 2014 y 2017 en nueve países de ingresos medianos y bajos de África, Asia y América Latina y recopiló información de más de 3.000 personas mayores. Los hallazgos se presentaron aquí en el contexto del debate actual y las declaraciones sobre el derecho a la salud de las personas mayores.

A medida que las personas envejecen, es probable que sus necesidades de atención sanitaria y social sean cada vez más complejas e interdependientes. El envejecimiento se relaciona con un mayor riesgo de tener más de una condición médica crónica al mismo tiempo ("multimorbilidad"). Al envejecer, se podría requerir de más apoyo con las actividades cotidianas para seguir haciendo las cosas que quieren, en los lugares que quieran estar. Reconocer las complejidades de la salud y el cuidado en las edades más avanzadas y la importancia de preservar el bienestar y la capacidad funcional. El trabajo de HelpAge en términos de salud y cuidado tiene como objetivo incrementar el acceso a los servicios y respaldarlos para que las personas mayores sean capaces de seguir haciendo las cosas que quieren, en el lugar que quieran mientras disfrutan de la mejor calidad de vida, autonomía e independencia posible.

Este informe investiga las diferentes áreas relacionadas con el envejecimiento y la salud: servicio de salud de personas mayores, disponibilidad de atención y de cuidado, y el impacto tanto de salud como de los servicios de atención y cuidado por la condición de salud de las personas mayores, la capacidad funcional y el bienestar.

## Hallazgos principales

Los principales hallazgos se reflejan y se respaldan en el pensamiento actual sobre el envejecimiento y la salud. Los datos muestran que se excluyen ciertos grupos de personas mayores: las personas de edad más avanzada, los de las zonas rurales, los que tienen un nivel de educación bajo, y los que no pueden satisfacer sus necesidades básicas. Las personas mayores que enfrentan las barreras más significativas para acceder al servicio de salud también tienen problemas para acceder al servicio de cuidado y atención y a comprometerse con el autocuidado. Como consecuencia, estas personas mayores califican como deficiente su salud, su bienestar y su capacidad funcional.

### Acceso a los servicios de salud

De los nueve países encuestados, los datos muestran desigualdad en el acceso a los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud disminuye con la edad y es más deficiente en las mujeres y hombres mayores de las zonas rurales. La asequibilidad de los servicios de salud se ve influenciada: por la condición socioeconómica de la persona mayor, en los que tienen menos capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, en aquellos con niveles de educación más bajos y en los que no pueden pagar los servicios de salud.

### Acceso al cuidado y la atención

Las personas de edad más avanzada se encuentran en el grupo que reporta una mayor dificultad en el acceso de cuidado y atención informal. Los

entrevistados más jóvenes también calificaron su acceso al cuidado y la atención como deficiente. Esto contrasta con su calificación de acceso a los servicios de salud y puede estar relacionado con la opinión de los miembros de la familia y la comunidad, quienes aún no necesitan la asistencia o quienes deben ser capaces de tener control y autocuidado. El acceso al cuidado y la atención también se ve influenciado por: su condición socioeconómica, no poder satisfacer sus necesidades básicas, sus bajos niveles de educación cuando lo necesiten. El acceso que las personas mayores tienen al servicio es en su mayoría brindado por los miembros de su familia. Sin embargo, el autocuidado es más común en las mujeres que en los hombres mayores en la medida en que el autocuidado se limita con la edad.

*Las personas mayores que enfrentan las barreras más significativas para acceder al servicio de salud también tienen problemas para acceder al servicio de cuidado y atención y a comprometerse con el autocuidado*

## Efectos en la salud, el bienestar y la capacidad funcional

La edad, el género, la condición económica y la ubicación influyen los sentimientos de las personas mayores en cuanto a salud, bienestar y capacidad funcional. Aquellos grupos de mayor edad, los que viven en zonas rurales, los que tienen pocas posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas informan los niveles más bajos de salud, bienestar y capacidad funcional. En comparación con los hombres, las mujeres mayores calificaron su condición de salud como más deficiente. Los mismos grupos de personas mayores registraron como deficiente el acceso tanto a los servicios de salud como a los de cuidado y atención, también una mínima percepción relacionada con su condición de salud, satisfacción de vida y capacidad funcional. La información que se recopiló, mediante la herramienta de resultados de salud muestra una clara relación entre el acceso a los servicios y el bienestar.

## Recomendaciones

Según los hallazgos del análisis de datos de HelpAge, se hacen las siguientes recomendaciones hacia las autoridades y otros prestadores de servicio

- **Fomentar servicios de salud, cuidado y atención que:**
  - den respuesta a la evidencia,
  - aborden a los desamparados,
  - tengan en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores,
  - reconozcan las diversas necesidades en las personas mayores.
- **Incluir a las personas mayores en todas las iniciativas para obtener una cobertura de salud universal y responder a los riesgos específicos de ingresos a los que se enfrenta la vejez y asegurar:**
  - que los servicios de salud sean asequibles y las personas mayores no tengan dificultades económicas para acceder a estos,
  - que los paquetes esenciales de servicios de salud incluyan los servicios más necesarios que aborden los desafíos de salud más comunes en las edades más avanzadas.
- **Desarrollar y fortalecer los sistemas de atención y de salud para brindar cuidado integral** es decir que se centre en la persona al responder holísticamente a las necesidades de las personas mayores.
- **Respaldar la capacidad que tienen las personas mayores en relación con el autocuidado** mediante la información y la educación que necesitan para cambiar sus vidas y mantener un envejecimiento saludable.
- **Asegurar que la información recopilada sobre la atención y salud de las personas mayores esté completamente desglosada** según la edad, género, discapacidad, condición socioeconómica y ubicación para así brindar una base de evidencia consolidada y permitir una mayor focalización de intervenciones.



# La salud en un mundo que envejece

El envejecimiento en la población es una tendencia <sup>2</sup> importante en el siglo XXI en todos los territorios del mundo y es el resultado de logros más relevantes en el desarrollo humano, particularmente las mejoras en salud que han incrementado la longevidad y han disminuido las tasas de mortalidad<sup>3</sup>. En 2015, a nivel mundial, hubo 900 millones de personas sobre los 60 años o más que representaban el 12 % de la población global. Aunque la región pacífica de Asia tiene gran número de personas sobre los 60 años o más (508 millones) en el mundo, Europa es la región con el porcentaje más alto de su población en este grupo de edad (24 % o 177 millones). A pesar de que África tiene pocas personas mayores, los números estiman un incremento de 64 millones en 2015 a 105 millones en el 2030, esta región se prepara para experimentar una alta velocidad de envejecimiento ahora y en 2100. Ya que las ganancias de la salud pública avanzan y se refuerzan los sistemas de salud, la expectativa global de vida incrementará. Se estima que entre los años 2015 y 2030 las personas a nivel mundial sobre los 60 años y más crecerán más de la mitad, extendiéndose 1.400 millones en el año 2030 más del 16 % de la población mundial.

Muchas de estas personas mayores tendrán necesidades de atención y salud que son complejas. Generalmente, estos se asocian con tener más de una condición crónica al mismo tiempo junto con la necesidad de requerir apoyo en las tareas cotidianas. Las personas mayores, específicamente en países de ingresos medianos y bajos (PIMB) se enfrentan a varios obstáculos para acceder a los servicios de salud. Los sistemas que se desarrollaron para diagnosticar y curar enfermedades agudas (a corto plazo) no están preparadas para responder a enfermedades crónicas (a largo plazo) que son más comunes en la vejez. Además, muchos países de ingresos medianos y bajos carecen de un sistema oficial para prestar servicios de cuidado y atención a largo plazo. Los desafíos de prestar servicios de atención sanitaria y social simultáneamente ponen a las personas con necesidades complejas en riesgo de vivir una mayor parte de su vejez en una condición de salud más deficiente, con tasas más altas de discapacidad y niveles de bienestar más bajos.

Para responder estos problemas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. El informe presenta un nuevo marco conceptual para promover el envejecimiento saludable que se define como "el proceso de mantener las capacidades funcionales que permitan el bienestar en la vejez".<sup>4</sup> Este énfasis en la capacidad funcional<sup>5</sup> es un paso importante para dejar de centrarse exclusivamente en tratar de mejorar la salud en la vejez solo abordando enfermedades específicas y apoyar a las personas mayores a seguir siendo capaces de hacer las cosas que valoran. La OMS destaca la importancia de la atención centrada en la persona, integrada y holística para abordar la complejidad de las necesidades de atención y salud en la vejez.

## La falta de información es una barrera para el envejecimiento saludable

Falta información importante sobre la salud, el bienestar y la capacidad funcional en la vejez, especialmente en los países de ingresos medianos y bajos. La mayoría de las encuestas poblacionales tienen límites de edad superiores, por ejemplo 49 o 64 años. Regularmente, la Encuesta de Demografía y Salud (EDS) excluye a las mujeres de 50 años en adelante y a los hombres de 55 o 60 años en adelante. La encuesta de la OMS con el método STEPwise de vigilancia (STEPS) evalúa los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles (ENT), propone la inclusión de las personas de hasta 64 años o solo de 69 años. Excluir a las personas mayores limita la disponibilidad de información de estos. Asimismo, la información que se recopila no siempre se desglosa de manera adecuada según género, edad y discapacidad para mostrar la heterogeneidad en la vejez. Por el contrario, los datos sobre las personas de 50 años en adelante suelen

presentarse como un solo grupo (50+), lo que erróneamente indica que todas las personas envejecen de la misma manera, que tienen las mismas necesidades de salud, de cuidado y atención. Este informe muestra que este no es el único caso.

La falta de información sobre la salud de las personas mayores presenta muchos problemas. Esto tiene que ver con el poco entendimiento y reconocimiento de las necesidades de cuidado y salud en la vejez, así como la falta de pruebas para promocionar las políticas, el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios.

*Los datos sobre las personas de 50 años en adelante suelen presentarse como un solo grupo (50+) lo que erróneamente indica que todas las personas envejecen de la misma manera, que tienen las mismas necesidades de salud, de cuidado y atención.*

2. Los programas seguimiento de población de las Naciones Unidas, se enfocan en cambiar las estructuras demográficas de edad y el desarrollo sostenible en el contexto de la implementación total de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el informe de Desarrollo y de Población de la Secretaría General. E/CN9/2017/3, Nueva York, Naciones Unidas, 2017

3. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *World Economic and Social Survey 2007: El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Naciones Unidas, 2007

4. Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

5. Las características que se relacionan con la salud permiten a las personas que se motiven, pues se componen de la capacidad intrínseca del individuo, de las características ambientales relevantes y de las interacciones entre el individuo y estas características.

# Herramienta de Resultados de Salud

Como respuesta a estos desafíos de información, HelpAge desarrolló la herramienta de resultados de salud (HOT, por sus siglas en inglés) para recopilar información y entender mejor el cuidado y la atención en la vejez. Es una herramienta que se usa para medir el envejecimiento saludable de la comunidad en los países de ingresos medianos y bajos. Su propósito inicial es medir el impacto de los programas de salud y atención de HelpAge, que informe la mejor manera de atender la salud y la capacidad funcional en personas mayores, además de brindar una base de pruebas que respalden el trabajo de promoción y persuasión. La herramienta evalúa la salud y el bienestar de las personas mayores, cómo lo perciben, centrándose en la percepción de los servicios sobre su condición de salud, bienestar y cuidado que las personas mayores disponen. Al recopilar datos sobre estos problemas, la herramienta se puede usar junto con otra información de biomarcadores para entender mejor la condición de salud actual y la capacidad funcional de mujeres y hombres mayores y cómo esto cambia con el tiempo.

La herramienta se utilizó entre 2014 y 2017 en nueve países de África, Asia y América Latina,<sup>6</sup> y recopiló datos de más de 3.000 personas mayores. Los hallazgos se presentaron en el contexto del debate actual y las declaraciones sobre el derecho a la salud de las personas mayores.

## Propiedades

La herramienta incluye competencias interrelacionadas que miden las variables que afectan la salud de las personas mayores. La herramienta incluye una serie de preguntas de autoevaluación y una prueba de "sentarse y pararse", una prueba de funcionalidad que evalúa la capacidad de pararse después de sentarse y que utiliza las siguientes opciones:

- Capacidad de pararse de forma autónoma sin apoyar los brazos.
- Capacidad de pararse en el primer intento apoyándose en los brazos.
- Capacidad de pararse apoyándose en los brazos luego de intentarlo varias veces.
- Mínima ayuda para pararse o estabilizarse, donde la persona necesita un poco de ayuda para hacerlo.
- Ayuda moderada o máxima para pararse o estabilizarse, donde la persona necesita ayuda para hacerlo.
- No puede realizar la prueba.

La combinación de autoevaluación y la prueba de sentarse y pararse permite triangular la información. La segunda prueba brinda una medida más objetiva para complementar las preguntas subjetivas. Competencias de la herramienta:

- Información demográfica: edad, género, discapacidad, nivel económico, educación, composición familiar y ubicación (ver el recuadro 1 para información sobre la recolección de datos acerca del nivel económico).
- Opinión general sobre la salud: salud y satisfacción de vida.
- Funcionalidad: capacidad para desarrollar actividades de desplazamiento laboral y social,<sup>7</sup> brindar apoyo y la prueba objetiva de sentarse y pararse.
- Servicios de salud: opinión de los encuestados sobre la calidad, acceso y asequibilidad.
- Autocuidado: quien se considere responsable de la salud, de sí mismo y de las acciones que tome.

La información recopilada en cada competencia se analiza por separado y se relaciona con la otra para brindar una visión holística sobre la opinión de las

personas acerca de la salud, el bienestar y la capacidad funcional.

*La herramienta evalúa la salud y el bienestar de las personas mayores, cómo lo perciben, centrándose en la percepción de los servicios sobre su condición de salud, bienestar y cuidado que las personas mayores dispongan.*

6. Bolivia, Colombia, Etiopía, la India, Mozambique, las Filipinas, Tanzania, Uganda y Zimbabue.

7. Cambios en las preguntas de capacidad funcional: Se recogieron datos sobre la capacidad funcional al pedirle a las personas que calificaran su capacidad de realizar varias tareas y actividades como: bañarse, vestirse, controlar la continencia y cultivar. En el desarrollo de la Herramienta de Resultados de Salud se evaluó una serie de métodos para medir la capacidad funcional. En este reporte se incluye el análisis de capacidad funcional que solo incluye el método más reciente y, por lo tanto, se basa en 1.078 encuestados de la India, las Filipinas, Tanzania y Uganda.

Muchas de las preguntas en la herramienta utilizaron la escala de 0 a 100. En la entrevista se utiliza una visualización de la escala (una regla de un metro) para recopilar datos. Al usar esta escala, los encuestados en cada pregunta debían calificarse según la escala. La metodología de 0-100 sirve para pasar la opinión de las personas a datos cuantitativos, para analizarlos y registrar los cambios con el tiempo. La peor situación u opinión se marca con 0 y la mejor se marca con 100.

### Recuadro 1: Sobre la recolección de información

Aunque las diferentes versiones de la herramienta incluían una pregunta sobre cómo los encuestados satisfacían sus necesidades básicas, esta información se recopiló de diferentes maneras y en diferentes países. Se recolectaba al preguntarle a los encuestados si satisfacían o no sus necesidades básicas (las respuestas incluían "sí/no" o "sí/no/algunas veces") o a través de preguntas donde respondían si ellos podían o no pagar: alojamiento, comida, agua potable y una buena higiene.

Durante el análisis de la información, se combinaron estos tipos de preguntas. Cuando el encuestado respondía que no podía pagar ninguna de las necesidades básicas, esta se codificaba como "No". Cuando el encuestado respondía que podía pagar todas las necesidades básicas, esta se codificaba como "Sí". Cuando el encuestado respondía que no podía pagar al menos una de las necesidades básicas, esta se codificaba como "Algunas veces".

En algunos casos, no se recopiló información sobre la capacidad de satisfacer las necesidades básicas, sino sobre los niveles de pobreza. Los datos sobre los niveles de pobreza están sobre 2.492.



Jonas Wresch/HelpAge International

## Método de muestreo

Los datos analizados se recogen de los programas que HelpAge y sus asociados implementaron. La metodología del muestreo que se utilizó dependía de la naturaleza del programa que se evaluaba y de la población a la que se llegaba. Por ejemplo, la información de las Filipinas sirvió para comprender mejor las diferencias en el envejecimiento saludable de las personas mayores que viven en áreas rurales y urbanas, y las diferencias sobre el estado de salud de las personas mayores que cubre y que no cubre *PhilHealth* (seguro de salud del gobierno).

En Etiopía, Mozambique, Tanzania y Zimbabue se hizo el muestreo en las zonas del programa trienal de salud y cuidado de HelpAge e incluyó a personas de 50 años en adelante. En la India, se recopiló la información de personas de 60 años en adelante en cinco aldeas de Jodhpur, en Rajastán. Se utilizó el muestreo de bola de nieve<sup>8</sup> en dos lugares de Colombia y en tres lugares de Bolivia. El muestreo de las Filipinas incluía personas de 60 años en adelante, según la distribución de edad en el censo de 2010 de población y alojamiento<sup>9</sup> en dos provincias (la Gran Manila y Quezón) en la Gran Manila, el muestreo incluye un número equitativo de beneficiarios y no beneficiarios del programa como grupo de control.

En los países no hubo límite de edad en la metodología de muestreo. El muestreo en cada uno de los nueve países era reducido y no representativo a nivel nacional, oscilando entre 94 en Colombia a 522 en la India. Las muestras eran representativas de la población objetivo del programa que se ejecutaba.

En Uganda, por ejemplo, una gran parte de las mujeres en el muestreo reflejó el enfoque del programa (ver la gráfica 1 para países, competencias y perfil de los encuestados).

## Análisis y limitaciones de los datos

El análisis de los datos en este informe tiene como fin brindar una imagen detallada de la salud y el bienestar de las personas mayores de las comunidades en los nueve países encuestados. El análisis estudia los patrones emergentes, tendencias, similitudes y diferencias en los datos que se desglosan por edad, género, factores socioeconómicos y ubicación

El análisis tiene grandes limitaciones. Los datos no se pudieron desglosar según la condición de discapacidad. De acuerdo con el enfoque de HelpAge sobre el género, la edad y la discapacidad, en el Grupo Washington<sup>10</sup> se incluyeron las preguntas del sobre discapacidad en la herramienta de resultados de salud. Se acordó esta inclusión en una versión posterior de la herramienta, por lo que en los datos de referencia solo uno de los nueve países, que han aplicado la herramienta, hasta ahora ha recopilado datos sobre la discapacidad utilizando estas preguntas.

Por lo tanto, no fue posible realizar el análisis de discapacidad, pero se harán una vez se recojan más datos.

Hay un número limitado de ubicaciones que varían en los tamaños de las muestras y las metodologías según los países. El periodo original de recolección de datos, que fue de dos años y medio, mostró algunas modificaciones en la herramienta. Como resultado, algunos análisis y conclusiones tomadas se basaron en una fracción de la información general.

Según estos problemas y el hecho de que los conjuntos de datos no son representativos a nivel nacional, el objetivo de este análisis e informe no es sacar conclusiones concretas sobre la salud de las personas mayores en los nueve países ni hacer comparaciones entre los mismos. El objetivo es observar las formas y tendencias emergentes y considerar estas últimas en el contexto de los debates más amplios y las investigaciones sobre el envejecimiento y la salud en los PIMB.

A pesar de esas limitaciones y por falta de información sobre salud y cuidado de las personas mayores, en muchos de los contextos en que se utilizó la herramienta los datos arrojaron una imagen positiva de la salud, el bienestar y la capacidad funcional, así como de sus ideas sobre los servicios y cuidados de que disponen. Los datos de partida analizados en este informe disponen de un comparador para evaluar los cambios a lo largo del tiempo con la herramienta de resultados de salud, que se diseñó para hacerlo de manera recurrente con las mismas personas mayores. Recoger más datos en nuevas comunidades y contextos ayudará a desarrollar una base de pruebas sobre la salud y cuidado de las personas mayores en los PIMB.

El tablero en línea que acompaña al informe<sup>11</sup> ofrece a los usuarios la oportunidad de relacionarse con los datos reunidos y realizar nuevos análisis, por ejemplo, filtrar las respuestas por determinados grupos de edad, género, etc., y examinar determinados indicadores en relación con otros.

*El análisis estudia los patrones emergentes, tendencias, similitudes y diferencias en los datos que se desglosan por edad, género, factores socioeconómicos y ubicación.*

8. El muestreo de bola de nieve es cuando los participantes en la investigación reclutan a otros participantes para una prueba o para estudiar un lugar donde los participantes son difíciles de reclutar

9. Autoridad de estadística de las Filipinas, 2012

10. Las preguntas del Grupo de Washington se diseñaron en un formato de censo o encuesta para identificar a las personas con una discapacidad. Las preguntas se refieren a si las personas tienen dificultades para realizar las actividades universales básicas (caminar, ver, escuchar, de cognición, de autocuidado y de comunicación) que originalmente fueron diseñadas para su uso con la población en general. El énfasis sobre el funcionamiento y la brevedad de la herramienta permiten un despliegue rápido y fácil en diferentes entornos. Las preguntas no se deben utilizar de forma aislada, sino en conjunto con otras herramientas de medición, por ejemplo, como parte de una encuesta más extensa ([www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions/](http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions/)).

11. Puede encontrar el tablero en [https://public.tableau.com/profile/helpageinternational#!/vizhome/HelpAgeHealthy/GlobalAnalysis\\_0/PublishedStory](https://public.tableau.com/profile/helpageinternational#!/vizhome/HelpAgeHealthy/GlobalAnalysis_0/PublishedStory).

12. Los datos en Etiopía se recogieron en entornos urbanos, mientras que en la India y Mozambique se recogieron en entornos rurales. El muestreo de los entornos periurbanos es el más pequeño y proviene de Uganda y las Filipinas.

# Gráfica 1: Países, competencias y perfil de los encuestados

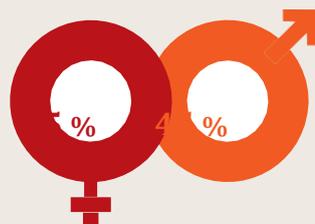
## Expansión global

Más de 3.000 encuestados de todo el mundo participaron en las encuestas



## Edad

Las edades de los encuestados van desde los 50 a los 112 años, siendo 70.6 el promedio de edad.



## Género

55 % de los encuestados eran mujeres y el 45 % eran hombres



## Ubicación<sup>12</sup>

65.9 % de los encuestados viven en entorno rural, 31.6 % en urbano y 2.5 % en periurbano

## Educación

52.2 % de los encuestados no tienen educación o solo cursaron preescolar, 34 % primaria, 10.3 % básica o profesional y 3.5 % educación superior.



## Condición económica

19.4 % de los encuestados pueden satisfacer sus necesidades básicas, el 62.7 % a veces/parcialmente y el

17.9% no  
puede.

# El envejecimiento y la salud

Este informe explora tres puntos relacionados con el envejecimiento y la salud haciendo uso de los datos recogidos con la herramienta de resultados de salud. La primera sección estudia las barreras que tienen las personas mayores para acceder a los servicios de salud, cuidado y atención en las comunidades encuestadas, centrándose en la facilidad de acceso, la asequibilidad y la calidad. La segunda sección estudia cómo se puede atender la salud, el bienestar y la capacidad funcional en la edad avanzada, bien sea a través de la atención y el respaldo recibido de los demás o de la capacidad que las personas mayores tienen para cuidarse. En la última sección se presentan datos sobre el estado de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional destacando los posibles efectos del acceso a los servicios, al cuidado y la atención apropiada para las personas mayores.

## Barreras de acceso

La evidencia muestra que las personas mayores se enfrentan a múltiples retos para acceder a los servicios de salud, cuidado y atención. Los obstáculos a los que se enfrentan las personas mayores son: deficiencia en el acceso físico a las clínicas y hospitales, la movilidad limitada debido a los crecientes niveles de discapacidad en la vejez, el costo prohibitivo de los servicios, la falta de conocimiento de las condiciones de salud y de los servicios de atención sanitaria y social disponibles, así como la discriminación basada en la edad, género y discapacidad. En muchos PIMB los sistemas de salud no han seguido adecuadamente el ritmo de las necesidades cambiantes de las poblaciones más adultas. Muchos de estos sistemas se diseñaron para enfrentar una carga diferente de la enfermedad centrándose en el diagnóstico, en curar las enfermedades agudas y dejarlas menos equipadas para responder y manejar las condiciones crónicas de más largo plazo, que se experimentan comúnmente en la vejez.

La complejidad de la salud en la vejez exige un enfoque integrado y centrado en la persona, en el cual los trabajadores sanitarios trabajan juntos afrontando diferentes problemas para proporcionar una atención holística. Sin embargo, la estructura actual centrada en la enfermedad de muchos sistemas de salud significa que esta integración y coordinación rara vez se produce de forma apropiada. Los trabajadores de la salud también carecen de los conocimientos y habilidades necesarias para poder proporcionar una atención apropiada y específica a las personas mayores. Muchos de los enfoques de capacitación y planes de estudio actuales no incluyen especialidades como la geriatría y la gerontología<sup>13</sup> e incluso, a menudo carecen de una formación básica sobre los tipos de problemas de salud que se enfrentan en la vejez. Se comprobó, en una encuesta realizada en 36 países, que el 27 % de las facultades de medicina no impartían ninguna formación en medicina geriátrica.<sup>14</sup> En 2012, un estudio comprobó que, de 40 países de África, 35 no tenían ninguna formación oficial de pregrado para estudiantes de medicina en geriatría y 33 informaron que no hay un plan nacional de formación de posgrado en geriatría.<sup>15</sup> Esta brecha de habilidades en el personal de la salud es un desafío crítico para garantizar que el derecho de las personas mayores a la salud se cumpla.

Los datos recopilados con la herramienta de resultados de salud proporcionan alguna información sobre el acceso de las personas mayores a los servicios de salud y cuidado a nivel de la comunidad y los factores que pueden influir en ello. La herramienta, en gran medida, se centra en el acceso y examina tres situaciones: la facilidad de acceso, la asequibilidad y la calidad. Las siguientes preguntas de la herramienta (HOT) utilizan la escala de 0 a 100 para recoger las percepciones de las personas mayores en relación con el acceso:

- En su opinión, ¿qué tan fácil o difícil es acceder a la atención médica? 0 es deficiente y 100 es muy bueno
- Durante los últimos tres meses, ¿qué tan asequible era la atención médica? 0 es deficiente y 100 es muy bueno.
- En los últimos tres meses, ¿cómo calificaría la calidad de los servicios de salud en su comunidad? 0 es deficiente y 100 es muy bueno.

Se reunieron datos sobre el acceso en las comunidades de los nueve países en los que se ha aplicado la herramienta (HOT) con un tamaño total de la muestra de 2.982 a 3.065, según la pregunta.

*Esta brecha de habilidades en el personal de la salud es un desafío crucial para asegurar que se cumpla el derecho a la salud de las personas mayores*

13. La geriatría es la rama de la medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de la vejez, sus cuidados y servicios adecuados, mientras que la gerontología es el estudio de los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del envejecimiento.

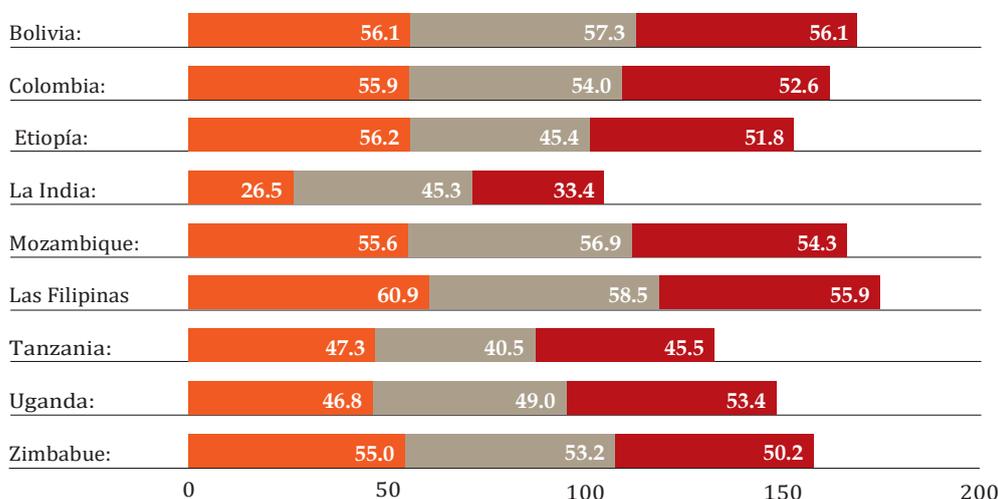
14. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A, Encuesta Global sobre la geriatría en la medicina plan de estudios, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002. [www.who.int/ageing/projects/en/alc\\_global\\_survey\\_tegeme.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf)

15. Dotchin C L et al, 'Geriatric medicine: services and training in Africa', *Age Ageing* Jan;42(1), 2013, 124-8, doi: 10.1093/ageing/afs119, Epub 2012 Sep 30, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027519](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027519)

En respuesta a las tres preguntas de acceso, los resultados se agruparon en torno al punto medio. El resultado de la facilidad de acceso en los nueve países fue de 48.5, y osciló entre 33.3 en la India y 56.1 en Bolivia. En cuanto a la asequibilidad, el resultado fue de 49.4, oscilando entre 40.5 en Tanzania y 57.3 en Bolivia. En cuanto a la calidad, 49.9 con un rango de 26.5 en la India a 60.9 en Filipinas (véase la gráfica 2)

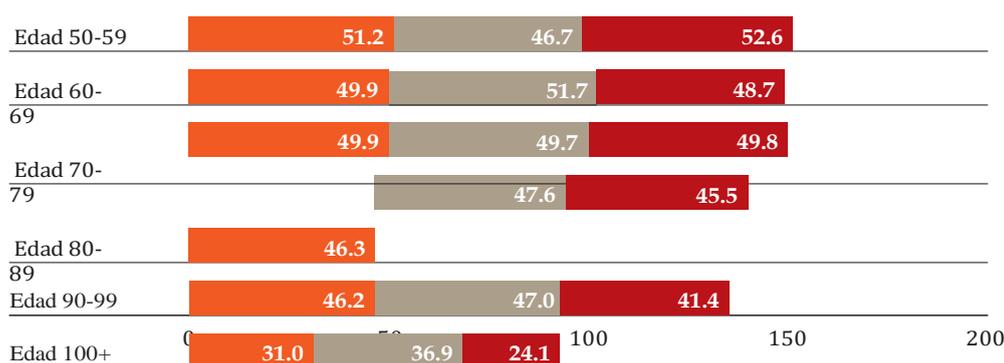
Las respuestas a las tres preguntas de acceso se vieron influidas por la edad, registrándose una disminución de los resultados a medida que aumentaba la edad del encuestado,<sup>16</sup> lo que sugiere que **las personas se enfrentan a una dificultad cada vez mayor para acceder a los servicios de salud y atención a medida que envejecen** (véase la gráfica 3). La disminución más marcada con la edad se vio en respuesta a la pregunta sobre la facilidad de acceso. Los datos reunidos indican que el género es un factor menor en lo que respecta al acceso, con diferencias menos significativas en los resultados entre mujeres y hombres que entre los distintos grupos de edad. Se registró una pequeña diferencia en la percepción de la facilidad de acceso de las mujeres y los hombres de edad avanzada (49.3 para las mujeres y 47.5 para los hombres), y la calidad (50.6 para las mujeres y 47.9 para los hombres).

**Gráfica 2: Aparente acceso de las personas mayores a los servicios de salud, por país:**



En su opinión o experiencia, ¿qué tan fácil o difícil es acceder a la atención médica?

**Gráfica 3: Aparente acceso de las personas mayores a los servicios de salud, por edad:**



Durante los últimos 3 meses, ¿cuán asequible fue la atención médica?

En los últimos 3 meses, ¿cómo calificaría la calidad de los servicios de atención médica que hay en su comunidad?

Un análisis más profundo de las tres preguntas sobre el acceso, en el que se examinan los vínculos con algunos de los otros factores reunidos mediante la herramienta (HOT), indican algunas de las posibles razones de dificultad que tienen las personas mayores para acceder a los servicios de salud

**16.** Facilidad de acceso: 50-59 (52.9); 60-69 (48.6); 70-79 (49.7); 80-89 (45.4); 90-99 (41.4), y 100+ (24.1)

Asequibilidad: 50-59 a 60-69 de 50-59 (46.5); 60-69 (51.6); 70-79 (49.6); 80-89 (47.5); 90-99 (47.4); 100+ (33.8)

Calidad: 50-59 (52.1); 60-69 (50.0); 70-79 (49.7); 80-89 (46.5); 90-99 (47.3); 100+ (28.6)

## Facilidad de acceso

La pregunta sobre la facilidad de acceso en la herramienta (HOT) hace referencia a la percepción que tienen las personas sobre la accesibilidad física de los servicios. El acceso físico puede ser influenciado por una serie de problemas, incluyendo la distancia a un centro de salud, el entorno físico de la instalación y el nivel de movilidad de una persona. En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de 2015, la OMS destacó la importancia de que los servicios de salud estén ubicados lo más cerca posible de donde viven las personas, de modo que se pueda acceder con más facilidad a los servicios colectivamente. Esto es particularmente importante para las personas mayores, quienes tienen la necesidad de viajar largas distancias para acceder a los servicios de salud, cuidado y atención, que pueden estar fuera de su alcance.<sup>17</sup>

En los últimos años se le ha dado mucha importancia al fortalecimiento de la atención primaria de la salud (APS) en los PIMB y, como consecuencia, se lograron algunos avances. Los estudios de casos de los sistemas de atención primaria de la salud en Etiopía, Tanzania y Uganda, publicados en 2017 por la OMS y la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud enfatizan los logros que se alcanzaron en la reducción de las distancias a los centros de salud y el aumento de la accesibilidad, pero afirman que es necesario hacer más. En el caso de estudio de Etiopía se destaca la mejora del acceso a los servicios de salud a nivel comunitario gracias a la rápida expansión de los centros y puestos de salud y a la aplicación del Programa de Extensión Sanitaria del Gobierno, que incluye la incorporación de trabajadores de extensión sanitaria.<sup>18</sup>

En el caso de estudio de Uganda se afirma que el 72 % de la población vive a menos de 5 km de un centro de salud, que presta servicios de atención primaria de la salud, y hay pruebas anecdóticas que sugieren que la distancia puede ser menor (3 km).<sup>19</sup> Sin embargo, la distribución sigue siendo desigual y el acceso

sigue siendo un problema en las zonas escasamente pobladas, rurales y de difícil acceso. Las pruebas de otros países también indican que el acceso puede ser más difícil para los habitantes de las zonas rurales. Un estudio de HelpAge en las zonas rurales de Tanzania<sup>20</sup> reveló que el acceso de las personas mayores se veía afectado, considerablemente, por la distancia, la disponibilidad y el costo del transporte.

Para las personas mayores el medio más común para llegar a los centros de salud es caminar, los viajes pueden durar hasta cuatro horas y la distancia promedio a un centro de salud es de 8 km. En Mozambique y Zimbabue, la distancia promedio a una instalación es de 10 km.<sup>21</sup> En Etiopía, el 25 % de los hogares urbanos y el 68 % de los rurales no cuentan con centros de salud a corta distancia.<sup>22</sup> Dado que las personas mayores se enfrentan a estas distancias para llegar a los centros de salud y a la falta de transporte disponible, los servicios, para muchos, siguen estando fuera de su alcance.

Los datos de la herramienta (HOT) sobre la ubicación de los encuestados, urbanos, periurbanos (en algunos casos) y rurales, señalan las **continuas barreras para que las personas mayores de las zonas rurales accedan. Los encuestados en las zonas urbanas y periurbanas informaron un mejor acceso a los servicios de salud**, con resultados de 52.0 y 53.1 respectivamente, que los de las zonas rurales, con un resultado de 46.7. Las personas mayores de una zona periurbana de las Filipinas calificaron el acceso a la salud en 71.7. El resultado sobre la facilidad de acceso fue de 48.5. En la India, donde solo se recogieron datos en las zonas rurales, el resultado fue significativamente inferior al promedio de 33.3. Estos datos, las pruebas y análisis más amplios sobre el acceso a la APS, en la medida en que este acceso es equitativo en toda la población y en términos geográficos, indican **que se necesita un mayor esfuerzo para aumentar el acceso en las zonas rurales, en particular para las personas mayores.**

Los datos reunidos mediante la herramienta (HOT) también muestran la posible influencia del nivel de educación en el acceso a los servicios de salud. Los resultados sobre la facilidad de acceso fueron de 45.8 para quienes no tenían educación o solo tenían educación preescolar, y aumentaron a 57.5 para las personas mayores con educación superior. Estos datos recomiendan **la necesidad de hacer un mayor esfuerzo para asegurar que las personas mayores con niveles de educación más bajos se incluyan en los programas de educación y**

**concienciación sobre la salud, y que estén específicamente dirigidas a ellos, a fin de garantizar que dispongan de la información necesaria para fomentar un mejor comportamiento en la búsqueda de la salud.** Los resultados del análisis de la herramienta (HOT) indican **que la falta de información y conciencia es una barrera significativa para acceder en la edad avanzada.** Esto puede agravarse en los niveles más bajos de alfabetización entre mujeres y hombres de edad en comparación con otros grupos de edad<sup>23</sup> y por el menor número de campañas de educación y promoción de la salud dirigidas a las personas mayores.

*Al enfrentarse con las distancias y la disponibilidad de transporte a los centros de salud para las personas mayores los servicios siguen estando fuera de alcance*

17. Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

18. Organización Mundial de la Salud, *Sistemas de Atención Primaria de la Salud (PRIMASYS, por sus siglas en inglés): estudio de caso de Etiopía*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017

19. Organización Mundial de la Salud, *Sistemas de Atención Primaria de la Salud (PRIMASYS, por sus siglas en inglés): estudio de caso de Uganda*, Organización Mundial de la Salud, 2017

20. HelpAge International, *Learning with older people ABOUT their transport and mobility problems in RURAL Tanzania*, London, HelpAge International, 2015

21. HelpAge International, *Cash transfers and older people's access to healthcare, a multi country study in Ethiopia, Mozambique, Tanzania and Uganda*, London, HelpAge International, 2017

22. Organización Mundial de la Salud, perfil del País. Etiopía, 2016

23. UNESCO, Instituto de Estadística de la UNESCO, datos sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (educación) <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=166>

## Asequibilidad

Las personas mayores se enfrentan a altos niveles de inseguridad de ingresos y en los PIMB el acceso a la pensión de jubilación es deficiente. En estos países apenas alrededor del 25 % de las personas mayores tienen acceso a una pensión de jubilación.<sup>24</sup> De los nueve países en los que HelpAge ha implementado la herramienta (HOT), cinco<sup>25</sup> cuentan de alguna manera con pensión de jubilación y los cuatro restantes, actualmente, no tienen ningún plan en marcha. En los cinco países aun teniendo pensión de jubilación, hay problemas de adecuación y cobertura. Los planes de pensiones de esos países no constituyen un porcentaje significativo de los ingresos de las personas de edad, y oscilan entre el 2.2 % en la India y el 15.5 % en Mozambique. En Mozambique, donde la adecuación es mayor, la cobertura es apenas del 24 % de las personas mayores (de 60 años o más), así como en tres de los otros países con una pensión de jubilación,<sup>26</sup> los planes son de prueba en lugar de ser unánimes.<sup>27</sup>

También suelen faltar servicios de salud asequibles. En muchos PIMB la oferta de servicios de salud es deficiente en términos de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y adecuación. El gasto público en salud suele ser bajo, y en los nueve países que se estudiaron oscila entre los 26 dólares per cápita de Etiopía en 2014 a los 569 dólares per cápita en Colombia. El gasto de Colombia en relación con la salud era mayor que el de los otros países, pues de los nueve era el sexto que gastaban menos de 100 dólares per cápita.<sup>28</sup> Como resultado del bajo gasto del gobierno, el gasto corriente en salud constituye una proporción importante del gasto total en salud en los países donde se ha implementado la herramienta (HOT). Esta cifra oscila entre el 9.5 % de Mozambique y el 62.4 % de la India (véase la tabla 1).

Tabla 1: Gastos corrientes en los países analizados

País	Porcentaje total del gasto en salud
Bolivia	23.1 %
Colombia	15.4 %
Etiopía	32.3 %
La India	62.4 %
Mozambique	9.5 %
Las Filipinas	53.7 %
Tanzania	23.2 %
Uganda	41.0 %
Zimbabue	35.9 %

Fuente: World Bank, Health, Nutrition and Population Statistics, 2014  
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=Health%20Nutrition%20and%20Population%20Statistics#>

En este contexto de inseguridad de los ingresos en la vejez y de poca inversión en los sistemas de salud, el costo de los servicios de salud y cuidado es prohibitivo para muchas personas mayores. Los datos reunidos mediante la herramienta (HOT) indican **la importancia de la situación socioeconómica de la persona mayor en relación con su capacidad para pagar los servicios de salud**. Los resultados que proporcionaron las personas mayores en cuanto a la asequibilidad, comparados con su capacidad para satisfacer sus necesidades básicas, confirman un **vínculo entre la asequibilidad y la condición socioeconómica**. Los que respondieron que no podían satisfacer sus necesidades básicas calificaron la asequibilidad de los servicios de salud en 46.4 sobre 100, en comparación con los que afirman que pueden satisfacer sus necesidades básicas calificándolo en 52.1, una diferencia media de 5.8

24. Organización Internacional del Trabajo 2014 Informe sobre la protección social en el mundo 2014-15

25. Bolivia, Colombia, la India, Mozambique y las Filipinas

26. Bolivia, Colombia, la India, Mozambique y las Filipinas

27. HelpAge International Pension Watch website [www.pension-watch.net/pensions/country-fact-file](http://www.pension-watch.net/pensions/country-fact-file)

28. Banco Mundial, *Salud, Nutrición y Estadísticas de Población*, Washington DC, Banco Mundial, 2014

También se observan diferencias en los resultados de asequibilidad para quienes tienen diferentes niveles de educación, lo que puede influir en su situación laboral y de ingresos. El resultado de asequibilidad para las personas mayores sin educación o con educación preescolar solamente fue de 47.7, frente a 58.5 para las personas con educación superior. Los datos de la herramienta (HOT) también apuntan a la relación **entre la capacidad de trabajar y la asequibilidad de los servicios relacionándose moderadamente entre ambos**

El análisis de los datos de la herramienta (HOT) respalda la suposición de que **el costo es una barrera clave para el acceso de las personas mayores, y que aquellos con los niveles más altos de inseguridad de ingresos y los niveles más bajos de educación son los más afectados**. Esto apunta a la necesidad de **redoblar los esfuerzos para garantizar que los servicios de salud sean asequibles para todos y pone de relieve la importancia de los compromisos y los esfuerzos encaminados a lograr la cobertura sanitaria universal (UHC, por sus siglas en inglés), y su principio básico de que todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin sufrir dificultades financieras**

## Calidad

Los datos recopilados en relación con la tercera pregunta sobre el acceso, la calidad de los servicios, también mostraron algunas patrones y tendencias interesantes. La "calidad" es un componente básico del derecho a la salud,<sup>29</sup> la OMS define la calidad de la atención como "el grado en que los servicios de atención de la salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados sanitarios deseados". Para lograrlo, deben cumplirse una serie de criterios, entre ellos que los servicios de salud sean equitativos, lo que significa que la atención de salud no difiera en calidad según las características personales como: el género, la raza, la etnia, la ubicación geográfica o la condición socioeconómica.<sup>30</sup>

En cuanto a la equidad, un análisis de los puntajes sobre la calidad de los servicios de salud, por las características demográficas de la muestra, indica **que se necesitan más esfuerzos para asegurar que todas las personas mayores de las comunidades que se encuestaron tengan acceso a servicios de salud de calidad**. Como se ha mencionado, la edad tiene un impacto en el acceso a los servicios de salud y que **el aumento de la edad tiene un efecto negativo en las tres preguntas sobre el acceso**. En promedio, las personas mayores calificaron la calidad de los servicios de salud disponibles en sus comunidades en 49.9 sobre 100. Hubo una variación significativa en el resultado al realizar el análisis por edad. Las personas de 50 a 59 años, el grupo de edad más joven obtuvo una puntuación de 51.2 en la calidad de sus servicios de salud, en comparación con 31.0 para el grupo de mayor edad, lo que constituye una diferencia de 20.2 entre el grupo más joven y el más viejo. El género parecía ser un factor menos importante, pero se observaron diferencias en las puntuaciones proporcionadas por mujeres y hombres en los nueve países, ya que las mujeres puntuaron la calidad de los servicios de salud en un 50.6, en comparación con los hombres en un 47.9.

En cuanto a la condición socioeconómica, se observó una pequeña diferencia entre la capacidad de las personas mayores para atender sus necesidades básicas y su percepción de calidad de los servicios de salud. El nivel educativo también influyó en las puntuaciones de calidad y los que no tenían educación o solo tenían educación preescolar obtuvieron una puntuación de 45.0 en la calidad de los servicios, en comparación con 53.9 para las personas mayores con educación superior. La ubicación geográfica también era un factor, pues **los encuestados de las zonas urbanas informaron que la calidad de los servicios de salud era superior a la de los de las zonas periurbanas y rurales: 56.0, 48.3 y 46.6 respectivamente**.

Los datos recopilados mediante la herramienta (HOT) indican los desafíos con la equidad para acceder a los servicios de salud en relación con tres de las características destacadas por la OMS, sobre todo por la edad, una característica que no figura en la definición de la OMS para la atención médica de calidad.

Calidad se define como el grado en que los servicios de atención médica para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados de salud deseados, los datos de la herramienta (HOT) se analizaron para buscar un posible vínculo

entre la percepción de la calidad, la salud y la satisfacción de vida declaradas por los propios interesados. Los datos de los nueve países muestran una conexión positiva entre la calidad y el estado de salud ( $r = 204$ ), y la calidad y la satisfacción de la vida ( $r = 352$ ). Esto evidencia la **importancia de que las personas mayores tengan acceso a servicios de salud de calidad dentro de sus comunidades para su salud y bienestar**

29. Organización Mundial de la Salud, *Hoja informativa sobre los derechos humanos y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/)

30. Organización Mundial de la Salud, Definición de atención sanitaria de calidad disponible en [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/)

## Cuidado y atención a las personas mayores

En muchos casos, la insuficiencia o ausencia de servicios de salud y las barreras que enfrentan las personas mayores significa que las mujeres y hombres mayores deben ser efectivamente autosuficientes en sus cuidados y preocuparse por su salud. Las dificultades para acceder a los servicios sanitarios oficiales que se destacaron en la sección anterior dieron lugar a una dependencia de los sistemas informales de atención que se prestan en gran medida a nivel del hogar y la comunidad. El acceso a los servicios formales de salud, cuidado y atención que se coordinan e integran (con una continua atención) es fundamental para las personas mayores, ya que sus necesidades relacionadas con la salud se vuelven más complejas y su necesidad de apoyo con las tareas diarias crece simultáneamente. En los PIMB, la deficiencia del sistema de salud y la falta de un sistema oficial de prestación de cuidado y atención hacen que la responsabilidad de las necesidades de salud y de atención de las personas mayores, frecuentemente, recaiga en los miembros de la familia y de la comunidad. Con frecuencia, estos cuidadores son desconocidos, subvalorados, no remunerados y no tienen apoyo. El costo de esta responsabilidad para las familias puede ser crítico en términos financieros, pero también en relación con la propia salud y el bienestar emocional de los cuidadores. Esto puede impactar la calidad de la atención prestada. Principalmente, las mujeres mayores se ven afectadas, pues asumen la responsabilidad de cuidar a sus cónyuges, a otros miembros de la familia y sus compañeros, aunque muchas veces necesitan cuidarse a sí mismas.

Se estima que el número de personas mayores que necesitan cuidados a largo plazo, y que la OMS define como "las actividades que otros desarrollan para asegurarse de que las personas con una pérdida importante y continua de capacidad intrínseca o que corren el riesgo de sufrirla puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y su dignidad humana",<sup>31</sup> es una representación significativamente inferior a la real debido a los supuestos que se utilizaron para generar los cálculos. Sin embargo, los datos de los que se disponen sugieren que alrededor de la mitad de todas las personas de 65 a 74 años en los PIMB dependen de cuidados, y las estimaciones aumentan con la edad.<sup>32</sup>

Para reconocer la dependencia actual de los cuidados informales y familiares y la importancia del autocuidado, la herramienta (HOT) incluye preguntas que se enfocan en proporcionar información sobre las circunstancias de vida de las personas mayores, su acceso a la atención, su comprensión y capacidad de autocuidado. Las preguntas que se le hicieron a las personas mayores fueron:

- ¿Hasta qué punto puede acceder a la atención cuando la necesita? 0 es nada y 100 es mucho
- ¿Qué tanto cuida de su salud? 0 es nada y 100 es mucho.
- ¿Usted a quién considera como el principal responsable por su salud? (Preguntas de respuesta múltiple: a mí, a mi familia, al personal médico, otros)
- ¿Qué tipo de acciones toma para cuidarse? (Preguntas de respuesta múltiple: busco tratamiento, hago ejercicio, tengo una dieta balanceada, me tomo la presión arterial, me acojo al tratamiento,<sup>33</sup> ninguna de las anteriores).

Cuatro países reunieron estos datos sobre atención y autocuidado: la India, las Filipinas, Tanzania y Uganda con un total de muestra de 1.078.

*Con frecuencia, estos cuidadores son desconocidos, subvalorados, no remunerados y no tienen apoyo.*

31. Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

32. Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

33. Se presenta solo como opción en el estudio de Tanzania.

## Acceso al servicio de atención

El resultado en la medida en que las personas mayores pudieron acceder al servicio de atención cuando lo necesitaron fue de 53.2 en los cuatro países, oscilando entre 45.3 en Uganda y 61.8 en las Filipinas. Las tendencias surgen al analizar los datos según las diferentes características. Un análisis de la edad de los encuestados muestra que **los más jóvenes y los más viejos de la muestra son los que tienen menos probabilidades de acceder al servicio de atención cuando lo necesitan**. Esto podría deberse a la percepción de los miembros de la familia y de la comunidad en cuanto a que los de menor edad no necesitan apoyo aún o que deberían ser capaces de cuidarse a sí mismos. **En el grupo de mayor edad, quienes tienen el menor acceso al servicio de atención podría deberse a su aislamiento e invisibilidad dentro de sus comunidades y al debilitamiento de sus redes de apoyo, debido a que sus compañeros y familiares ya han fallecido (véase la tabla 2). La falta de disponibilidad para ayudar a los de edad más avanzada es particularmente preocupante dada su mayor necesidad de atención**, que se estudiará en la siguiente sección de este informe.

*La falta de disponibilidad para ayudar a las personas de edad más avanzada es particularmente preocupante dada su mayor necesidad de atención*

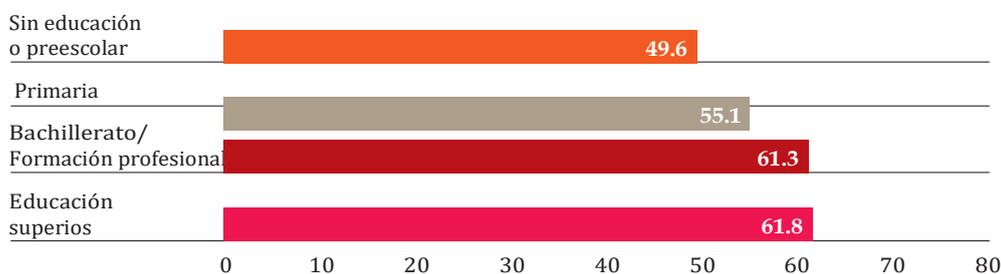
Tabla 2: Acceso a la atención por edad

Grupo de edad	Media
50-59	44.9 %
60-69	55.7 %
70-79	52.4 %
80-89	50.6 %
90-99	44.4 %
100+	28.8 %
	<b>Promedio 53.2 %</b>

Al igual que los datos recopilados sobre el acceso a los servicios de salud, el género parece ser un factor menos importante que la edad en relación con la capacidad que tienen las personas mayores en acceder a la atención cuando lo necesitan. No hubo una diferencia significativa entre los resultados arrojados por mujeres y hombres mayores.

Otras características muestran hallazgos más interesantes. Los datos que se recogieron en la India, las Filipinas, Tanzania y Uganda indican que **la condición socioeconómica influye en la medida en que las personas mayores pueden acceder a la atención cuando lo necesiten**. Hubo una diferencia significativa en la importancia de la atención suministrada según la capacidad de los encuestados para satisfacer las necesidades básicas. Los resultados sobre el acceso al servicio de atención disminuyeron en un promedio de 59.6 de quienes respondieron que sí podían satisfacer sus necesidades básicas a 49.8 de quienes no podían satisfacerlas. También hubo una **diferencia significativa en el grado de atención proporcionada según el nivel de educación, de aquellos con niveles de educación más altos y capaces de acceder a la atención (ver gráfica 4)**.

Gráfica 4: Acceso al servicio de atención según el nivel de educación



La ubicación geográfica también parece ser un factor, ya que los que están en las zonas urbanas tienen más probabilidades de poder acceder al servicio de atención que los que están en las comunidades rurales (véase la tabla 3)

**Tabla 3: Acceso al servicio de atención según la ubicación**

Ubicación	Media
Urbano	60.3 %
Periurbano	49.0 %
Rural	52.5 %
	<b>Promedio 53.5 %</b>

Además de la pregunta sobre la medida en que una persona mayor pueda acceder a la atención cuando necesite, la herramienta (HOT) también pregunta quién proporciona dicha atención. Los datos recogidos muestran **la característica informal presente en el servicio de atención, pues el 81 % de los encuestados dijeron que recibían ayuda de sus familias y el 18 % de amigos, vecinos y miembros de la comunidad.**

T Los datos recogidos sobre el acceso a la atención reflejan, en gran medida, los datos de acceso a los servicios de salud cuando se analizan en función de las diferentes características demográficas. Los datos indican que **las personas mayores que tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de salud formales también tienen dificultades para acceder al servicio de atención informal.** Esto presenta un reto importante para satisfacer las necesidades de grupos específicos de personas mayores, pero también presenta algo de oportunidad. Es clara la importancia tanto de los servicios de salud como de los servicios de atención y cuidado para satisfacer las difíciles necesidades de salud y atención de las personas mayores en los PIMB. El hecho de que ciertos grupos de personas mayores parezcan tener dificultades para acceder a ambos tipos de servicio y atención indica la importancia de la atención integrada. El fortalecimiento simultáneo del enfoque del servicio de atención integrada mediante la concentración en los sistemas de salud, atención y cuidado podría brindar oportunidades para abordar el doble desafío del acceso a los servicios de salud, cuidado y atención.

## Autocuidado

La OMS define el autocuidado como "las actividades que las personas realizan para promover, mantener, tratar y cuidar de sí mismas, así como para participar en la toma de decisiones sobre su salud".<sup>34</sup> El autocuidado comienza cuando las personas asumen la responsabilidad de su propia salud a diario y a largo plazo. se trata de las decisiones que las personas pueden tomar para mantener su propia salud y bienestar incluyendo: mantenerse activo, alimentarse de manera saludable, reducir los comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol y el tabaco, y buscar servicios de salud y atención cuando sea necesario. Al reconocer el papel que el autocuidado puede desempeñar en la mejora de la salud y el aumento de la longevidad y su continua importancia a medida que las personas envejecen fueron las preguntas que se incluyeron en la herramienta (HOT) para facilitar la comprensión de la medida en que las personas mayores practican el autocuidado y la forma que éste adopta.

La primera pregunta sobre cuidados personales indagaba quiénes de los encuestados se consideraban como los principales responsables de su salud, tenían opciones de selección múltiple para clasificarlos. La tabla 4 resume las respuestas y muestra una **comprensión integral entre las personas mayores de las comunidades encuestadas sobre la responsabilidad por su salud.** El 90 % de las personas mayores también consideraron a los miembros de su familia como responsables por su salud.

34. Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015

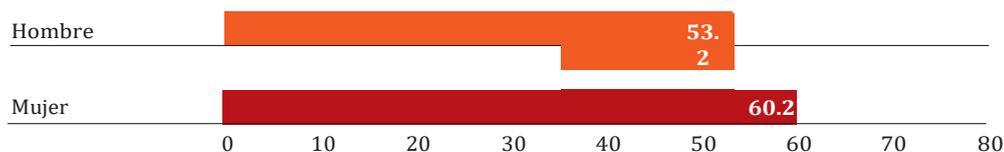
Se considera como un hallazgo interesante al tener relación con las respuestas a la pregunta sobre quién proporciona apoyo a las personas mayores cuando se requiere. El 81 % de las personas mayores dijo que recibía apoyo de los miembros de su familia, aunque la mayoría de este apoyo provenía de familiares fuera del hogar de la persona mayor, y sólo el 2 % dijo que recibía apoyo de los miembros de la familia dentro de su hogar

**Tabla 4: ¿Usted a quién considera como el principal responsable por su salud?**

Quién	Si	No	Total	% Si
A mí	807	25	832	97 %
A mi familia	570	64	634	90 %
Al personal médico	175	139	314	56 %
Otros	24	133	157	15 %

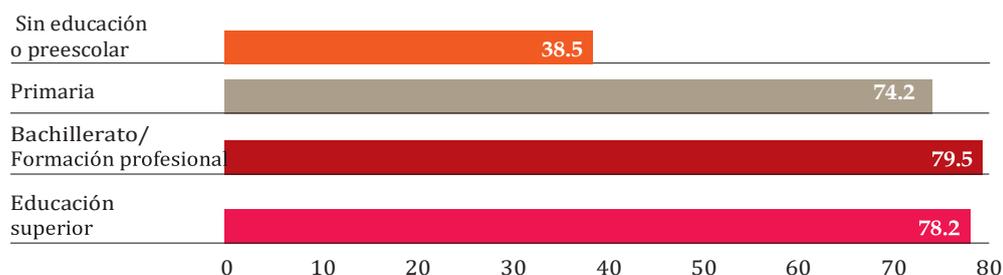
La segunda pregunta sobre el autocuidado de salud indagó el grado en que las personas mayores se involucran en el autocuidado de esta, con una puntuación en la escala de 0 a 100. El resultado de los cuatro países en los que se hicieron las preguntas sobre el autocuidado fue de 57, y osciló entre 37 en la India y 79.6 en Uganda. **La medida en que las personas mayores se ocupaban del cuidado de sí mismos varía según la edad y el género, y la medida del autocuidado disminuye a medida que la edad aumenta.**<sup>35</sup> Las mujeres mayores puntuaron más alto en el nivel de autocuidado que los hombres mayores, con una diferencia en el resultado de 7 (véase la gráfica 5).

**Gráfica 5: Medida de autocuidado según el género**



Se observan diferencias significativas en el grado de autocuidado que se practica cuando se desglosa por la capacidad de satisfacer las necesidades básicas y el nivel de educación. **Las personas mayores que podían satisfacer sus necesidades básicas tenían más probabilidades de dedicarse al autocuidado** que los que no podían hacerlo, con un resultado de 69.7 y 55.7 respectivamente. De la misma manera, **las personas mayores con niveles de educación más altos se dedicaban, también, al autocuidado.** Aquellos con un nivel de educación superior obtuvieron una puntuación de 78.2 en la medida de su autocuidado, en comparación con el 38.5 de las personas sin educación o solamente con preescolar (véase la gráfica 6).

**Gráfica 6: Medida de autocuidado según el nivel de educación**



35. 50-59 = 79.9; 60-69 = 59.4; 70-79 = 56.1; 80-89 = 49.5; 90-99 = 36.8; 100+ = 55.0

La ubicación geográfica también parece ser un factor relacionado con el grado de autocuidado, siguiendo el modelo que se desprende tanto del acceso a los servicios de salud como de los servicios de atención. **Las personas mayores de las comunidades rurales parecen comprometerse menos con el autocuidado que aquellos de las zonas periurbanas y urbanas**, con resultados de 49.7, 82.2 y 79.4.

La última pregunta de la sección de autocuidado de la herramienta (HOT) indaga las medidas que tomaron las personas mayores para tener control sobre su salud. La medida más común que se adoptó en los cuatro países fue la alimentación sana, y el 59 % de la muestra señaló esta medida. Seguido a esto fue la búsqueda de servicios de salud. El 57 % de la muestra respondió que buscaba servicios de salud con regularidad. El 45 % hacía ejercicio y el 33 % informó que se tomaba la presión arterial.

**Al ver los datos de los diferentes cuatro países, se pueden evidenciar similitudes y algunas diferencias significativas. Una dieta saludable parece ser la actividad de autocuidado más común en las comunidades que se encuestaron de la India y las Filipinas, mientras que en Tanzania y Uganda se priorizo la búsqueda de servicios de salud. El control de la presión arterial era una actividad menos común, a excepción de Uganda. Este resultado pudo ser influenciado por la intervención a nivel de la comunidad que HelpAge apoya, la cual incluía un enfoque en la hipertensión (ver la tabla 5).** Estas diferencias apuntan a la necesidad de investigar más sobre el autocuidado y la importancia de que las intervenciones se basen en pruebas y se orienten adecuadamente al contexto local.

Los grupos de mayor edad y los que tienen una menor capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, niveles de educación más bajos y vida en las comunidades rurales son los menos capaces de practicar el autocuidado.

**Tabla 5: Medidas de autocuidado adoptadas a nivel de la comunidad**

% de personas que dijeron "Si"	La India	Las Filipinas	Tanzania	Uganda
Busco servicios de salud con frecuencia	30.5 %	73.1 %	90.0 %	92.1 %
Hago ejercicio	15.9 %	77.3 %	70.0 %	60.3 %
Como saludable	43.5 %	90.3 %	39.0 %	63.6 %
Me tomo la presión arterial	4.8 %	66.2 %	26.0 %	68.9 %
<b>Promedio</b>	<b>23.7 %</b>	<b>76.7 %</b>	<b>56.3 %</b>	<b>71.2 %</b>

Así como en los análisis que se presentaron en las secciones anteriores sobre el acceso y el servicio de atención, los mismos grupos de personas mayores parecen ser excluidos en lo que concierne a la capacidad de autocuidado. Los grupos de mayor edad y los que tienen una menor capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, niveles de educación más bajos y vida en las comunidades rurales son los menos capaces de practicar el autocuidado.

Un hallazgo interesante del análisis de los datos sobre el autocuidado es el bajo nivel de autocuidado que se emplea en las comunidades de la India. El resultado del autocuidado fue de 37, en comparación con el promedio de los cuatro países que puntuaron 57. Las personas mayores de las comunidades encuestadas en la India también puntuaron significativamente por debajo de la media su acceso a los servicios de salud, tanto en lo que respecta a la facilidad de acceso como a la calidad y obtuvieron una puntuación inferior a la media en cuanto a la medida en que se podía acceder a la atención cuando lo necesitaran. Se necesitan investigaciones más específicas para comprender los posibles bajos niveles de atención en los servicios oficiales de salud, el servicio informal de atención y el autocuidado en las comunidades de la India. En la siguiente sección se indagarán las posibles consecuencias que las personas mayores tienen para acceder a los servicios de atención que consideran deficientes, también se analizará la influencia que tiene la condición de salud, la capacidad funcional y la satisfacción de vida para poder acceder a dicho servicio.

## Impacto en la salud, el bienestar y la capacidad funcional

El objetivo de trabajo de HelpAge sobre la salud y el cuidado es asegurar el derecho de las mujeres y hombres mayores para acceder a los mejores servicios de salud y cuidado, además de atender el bienestar hasta el final de la vida. Reconocer las complejidades de salud y cuidado en las edades más avanzadas y la importancia de mantener el bienestar y la capacidad funcional. El trabajo de HelpAge en salud y cuidado tiene como objetivo incrementar el acceso a los servicios y respaldarlos para que las personas mayores sean capaces de seguir haciendo las cosas que quieren, en el lugar que quieren mientras disfrutan de la mejor calidad de vida, autonomía e independencia posible.

Se diseñó la herramienta (HOT) para demostrar, a nivel de la comunidad, cómo la medida en que las actividades que respaldan el acceso a los servicios y cuidados podrían tener un impacto en la salud, la capacidad funcional y el bienestar de las personas mayores. Para medirlo, se hicieron las siguientes preguntas sobre el estado de salud y satisfacción de vida usando la escala de 0-100, donde 0 es la peor y 100 la mejor:

- En general, ¿cómo calificaría su salud durante los últimos tres meses?
- En general, ¿cuál es su satisfacción de vida durante los últimos tres meses?

Las preguntas sobre la condición de salud se hicieron en los nueve países. Se recogieron datos sobre la satisfacción de vida en cuatro países: la India, las Filipinas, Tanzania y Uganda.

Como se ha mencionado, al ensayar la herramienta (HOT) se utilizaron diferentes enfoques para medir la capacidad funcional. El análisis de este informe se basa en datos recogidos en la India, las Filipinas, Tanzania y Uganda utilizando una serie de preguntas más recientes sobre la capacidad funcional, las cuales emplean la escala 0-100:

- En los últimos tres meses, ¿cómo calificaría su capacidad para realizar las actividades sociales y/o cotidianas de manera independiente (por ejemplo, alimentarse, bañarse, vestirse, caminar dentro y alrededor de la casa, ir al baño, la continencia, manejar los medicamentos)?
- En los últimos tres meses, ¿cómo calificaría su capacidad para llevar a cabo las actividades laborales de manera independiente (por ejemplo, cultivar, cocinar, buscar agua y leña, lavar la ropa, hacer mercado, manejar sus finanzas, arreglar y cuidar su hogar)?
- ¿Qué tan lejos se puede movilizar sin la ayuda de alguien?



Además de la autoevaluación sobre la capacidad funcional, también se utilizó la prueba objetiva de sentarse y pararse

Esta sección del informe estudia los datos recogidos sobre la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional, al ver cómo las puntuaciones de cada uno de ellos varían según la edad, el género, condición socioeconómica y ubicación. También, la posible influencia que tiene el acceso a los servicios de salud y cuidado según la percepción que tienen las personas mayores sobre la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional.

*Las personas mayores con mayor capacidad para satisfacer sus necesidades básicas puntuaron más alto la condición de salud*

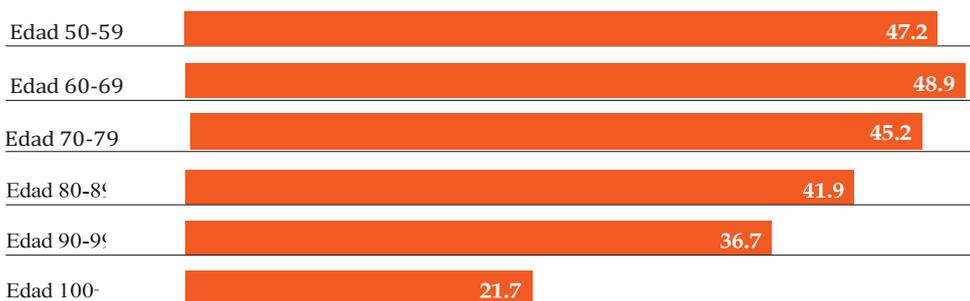
## Resultado de la salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional de las personas mayores

Las conclusiones al analizar los datos sobre el estado de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional que manifestaron según las características demográficas indican una tendencia continua ya descritas en las secciones anteriores. **En las tres medidas de impacto, los resultados parecen estar influidos por la edad, la condición socioeconómica y la ubicación,** y el género parece ser no tan significativo.

El resultado sobre la condición de salud en los nueve países fue de 46.2, y osciló entre 40.6 en Bolivia y 56.3 en las Filipinas. Al igual que en los indicadores de acceso, atención y autocuidado, los resultados sobre la condición de salud disminuyeron a medida que aumentaba la edad.

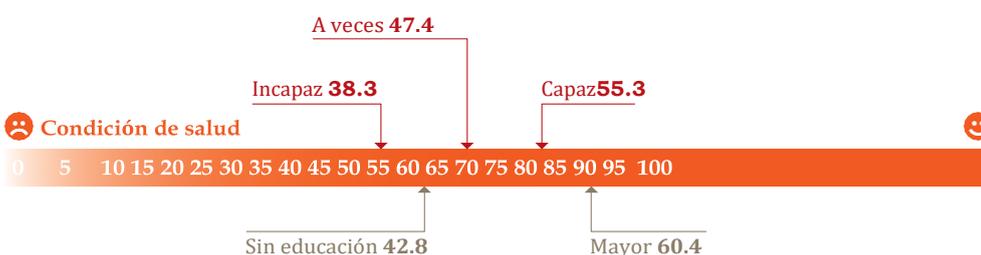
La diferencia en los resultados fue significativa, a partir de los 60 años en adelante bajó de 48.9 entre los 60-69 años a 21.7 en el grupo de edad más avanzada entre los 100 en adelante (véase la gráfica 7).

Gráfica 7: Autoevaluación sobre la salud durante los últimos tres meses según la edad



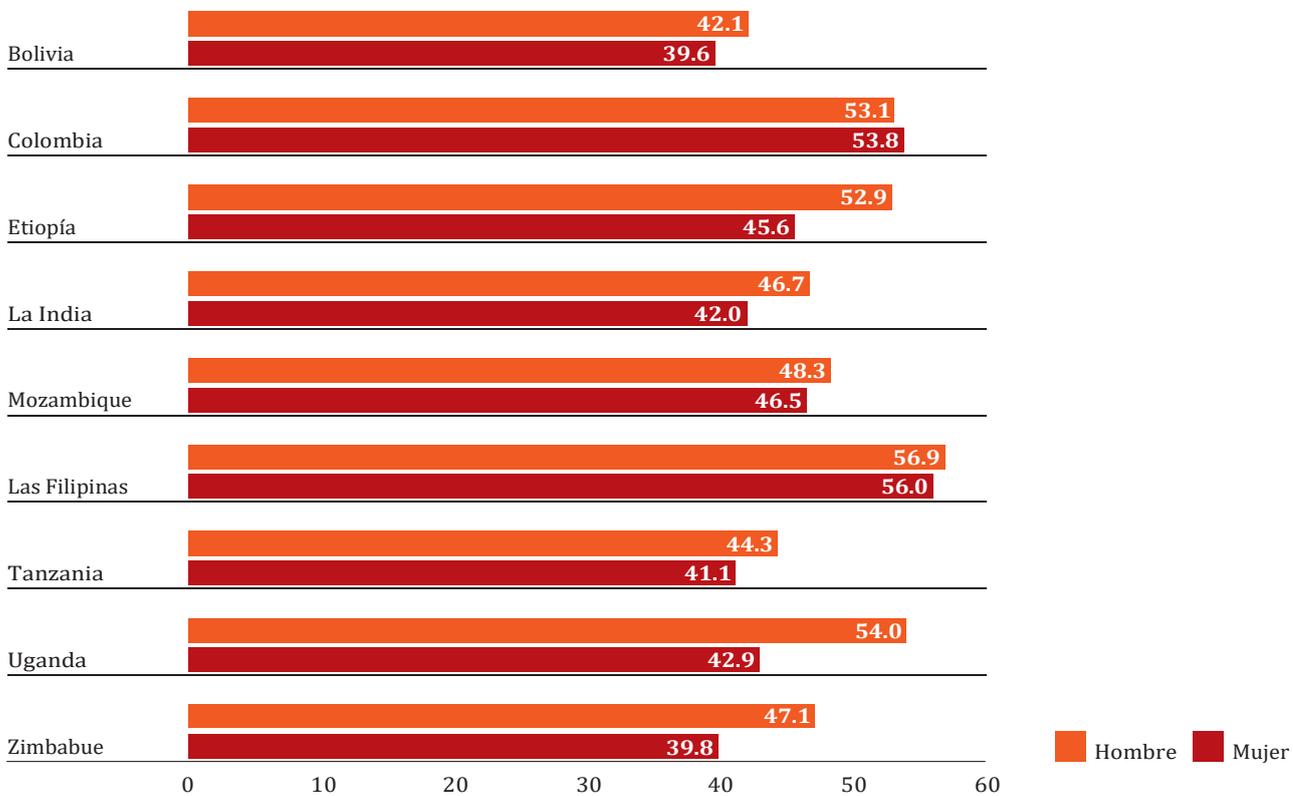
**Las personas mayores con mayor capacidad para satisfacer sus necesidades básicas puntuaron más alto la condición de salud que aquellos quienes a veces o parcialmente pueden satisfacer sus necesidades básicas, o no pueden, 55.3, 47.4 y 38.3 respectivamente. Asimismo, las personas mayores con niveles de educación más altos también informan un estado de salud más alto, el cual oscila entre una puntuación media de 60.4 entre los encuestados con educación superior y 42.8 entre los que no tienen educación o solo tienen preescolar. El resultado sobre la condición de salud también parece influenciarse según su ubicación, pues las zonas urbanas informan una condición de salud más alta de 48.9, que las de las comunidades rurales de 44.9 (véase la gráfica 8).**

Gráfica 8: Resultados sobre la condición de salud según la capacidad de satisfacer las necesidades básicas (arriba) y el nivel de educación (abajo)



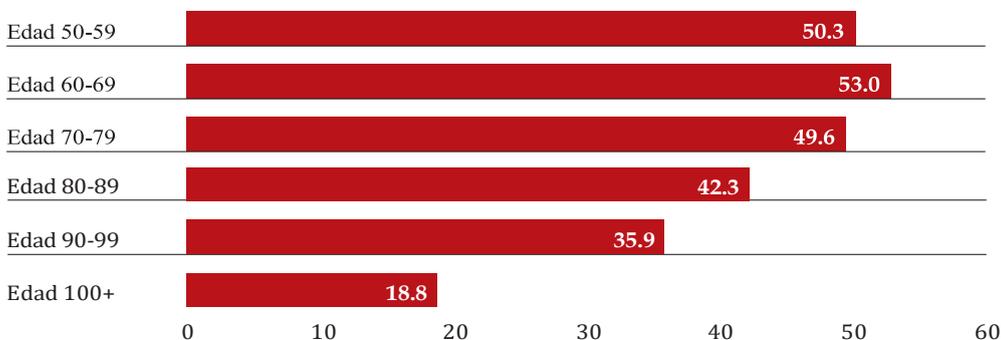
Respecto a la autoevaluación sobre la condición de salud, **el género parece ser importante, ya que las mujeres mayores reportan un puntaje promedio mucho más bajo que los hombres mayores en todos los países, excepto en Colombia.** Los datos de Zimbabue, Etiopía y Uganda muestran grandes diferencias en los resultados de las mujeres y los hombres de edad avanzada (véase la gráfica 9).

**Gráfica 9: Autoevaluación de salud durante los últimos tres meses según el país y el género**



El resultado de satisfacción de vida en los cuatro países en los que se recogieron estos datos es de 50.0, y oscila entre 44.6 en la India y 62.8 en las Filipinas. En gran medida, los mismos patrones surgen como la condición de salud. La satisfacción de vida disminuye al incrementar la edad, pasando de 50.3 para las personas de 50 a 59 años a 35.9 para las personas de 90 a 99 años y una baja de 18.8 para las personas de 100 años en adelante (véase la gráfica 10).

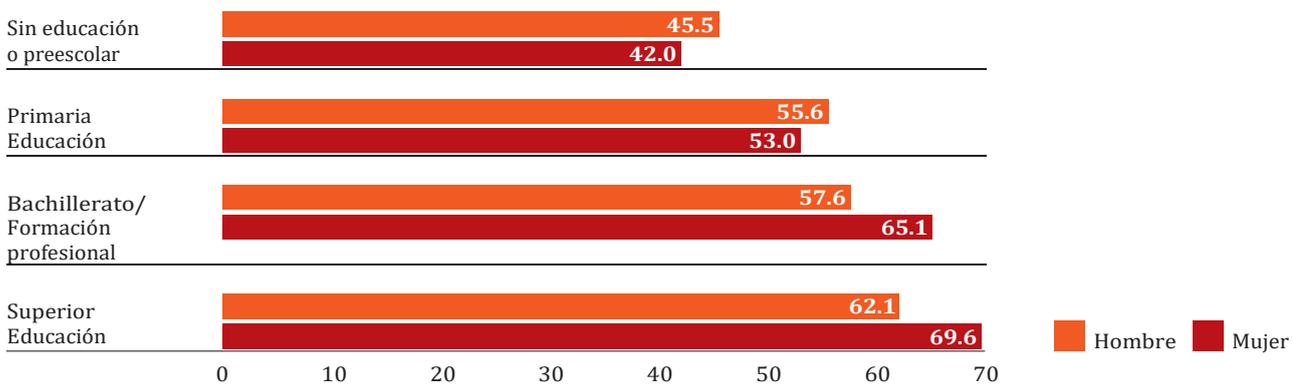
**Gráfica 10: Satisfacción de vida durante los últimos tres meses según la edad**



Los resultados de satisfacción de vida variaron de forma significativa según si los encuestados pudieron satisfacer sus necesidades básicas. El resultado de los que tenían más capacidad de satisfacer sus necesidades básicas fue de 57.4 en comparación con 48.5 entre los que solo a veces o en parte pueden hacerlo, y 46.2 entre los que no pueden. Los resultados siguieron el mismo patrón del nivel educativo. El resultado de las personas mayores sin educación o con preescolar

sobre la satisfacción de vida fue solo de 43.6, considerablemente inferior a la de las personas con educación primaria de 54.0, bachillerato o profesional de 61.7 y educación superior de 65.5 (véase la gráfica11)

**Gráfica 11: Satisfacción de vida durante los últimos tres meses según el nivel de educación y el género**



A diferencia de la condición de salud, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de satisfacción de vida entre las mujeres y los hombres mayores, lo que indica que el género no es un gran factor.

El resultado de las diferentes preguntas que se usaron para medir la capacidad funcional varió significativamente, siendo la puntuación de la capacidad para realizar actividades laborales inferior a la de la capacidad para realizar actividades cotidianas y el nivel de movilidad:

- Capacidad para realizar actividades cotidianas y sociales= 63.1
- Capacidad para realizar actividades laborales= 50.2
- Movilidad (en la medida en que puedan ir a los alrededores) = 66.6
- El resultado de cada una de las medidas de capacidad funcional disminuye con el aumento de la edad. Los resultados de las actividades cotidianas oscilaron entre un promedio de 84.5 para las personas de 50-59 años y 41.3 para las de 100 años en adelante. Para los mismos grupos de edad, los resultados de las actividades laborales oscilaron entre 69.9 y 38.3 y la movilidad entre 89.2 y 47.5.
- El promedio de la relación negativa entre todas las medidas de capacidad funcional y la edad que los resultados muestran indican que **la capacidad funcional disminuye con la edad**

Hubo una gran diferencia entre las actividades cotidianas, laborales y de movilidad al analizar la capacidad de satisfacer las necesidades básicas. Por ejemplo, el resultado de las actividades diarias disminuye de 69.8 entre los que pueden satisfacer sus necesidades básicas a 54.5 para los que no lo pueden. También se presentó la misma tendencia según los niveles de educación. Las diferencias más extensas en los resultados se ven en respuesta a la pregunta sobre la capacidad para realizar actividades laborales. Las personas mayores sin educación o con preescolar solo puntuaron su capacidad funcional de 37.3, en lo que respecta, en comparación de aquellos con educación superior con 64.7.

Los resultados de las actividades cotidianas, laborales y de movilidad fueron, de manera significativa, diferentes entre las zonas rurales y las zonas periurbanas o urbanas. Las actividades laborales presentaron mayor diferencia en los resultados, obtuvieron puntajes más altos tanto en las zonas urbanas como en las periurbanas con 64.4 y 58.4 respectivamente, en comparación con las zonas rurales con 45.5. Al igual que la satisfacción de vida, no hubo gran diferencia entre los resultados de la capacidad funcional de mujeres y hombres mayores.

La prueba de sentarse y pararse se incluyó en la herramienta (HOT) para proporcionar una medida objetiva de la capacidad funcional y permitir la triangulación de los datos con las preguntas de capacidad funcional autoevaluadas. Si bien los resultados difirieron entre países, se observó una correlación negativa con la edad y una correlación positiva con el nivel de educación, la capacidad para satisfacer las necesidades básicas y la ubicación, lo

que respalda los resultados de las medidas de capacidad funcional autoevaluadas.

### **Impacto que tiene la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional para acceder a los servicios de salud, cuidado y atención**

El Informe *Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* de la OMS señala las deficiencias de los sistemas, y servicios de atención de salud a largo plazo en los PIMB y el impacto que estas deficiencias pueden tener en la salud y la capacidad funcional de las personas mayores. En el informe se afirma que será esencial garantizar el acceso a servicios de atención médica adecuados para superar los desafíos a los que se enfrentan las personas mayores y las desigualdades existentes en materia de salud y bienestar.

En esta sección la herramienta (HOT) estudia los datos sobre las consecuencias de acceder o la falta de acceso a los servicios de atención médica y cuidado según la condición de salud, satisfacción de vida y la capacidad funcional de las personas mayores que HelpAge recopiló.

Las pruebas existentes demuestran que el acceso deficiente a los servicios tiene un efecto perjudicial en la condición de salud de toda la población. Un informe de la OCDE de 2016 indaga el impacto de la cobertura sanitaria universal en los resultados sanitarios.<sup>36</sup> El informe concluye que para seleccionar países de la OCDE y las economías emergentes (Brasil, China, Colombia, Costa Rica, la India, Indonesia y Rusia) hay una clara asociación positiva entre los elementos de la UHC y la esperanza de vida, esto significa que el acceso apropiado a la salud ayuda a aumentar la esperanza de vida. El aumento del gasto en salud (un indicador de la cobertura sanitaria) representó un papel importante en el aumento de la esperanza de vida en los países que se estudiaron en las últimas décadas. El aumento del gasto en salud contribuyó a la observación que se realizó por cerca de un año sobre el aumento de la esperanza de vida.

Aunque hay pocas investigaciones, si es que las hay, sobre el impacto específico en los resultados que tiene el acceso a los servicios de salud en la población de edad avanzada. El informe de la OCDE respalda la afirmación de que los progresos realizados mediante las iniciativas mundiales de salud han contribuido al envejecimiento de la población, y hace énfasis en que este cambio demográfico sea aún más importante para mejorar el acceso a los servicios de atención médica y cuidado a través de la UHC si se quiere satisfacer adecuadamente las necesidades de salud y atención de las personas mayores.

Dada la relación entre el acceso a los servicios de salud, el cuidado informal y el grado de autocuidado, con la edad, la condición socioeconómica y la ubicación (y la relación que se refleja entre esas mismas características demográficas, la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional), es probable que **el acceso a los servicios de cuidado, tanto formal como informal, influya en la salud, la capacidad funcional y el bienestar de las personas mayores.** El análisis de los datos que se recogieron mediante la herramienta (HOT) respalda esta suposición.

Se puede evidenciar una relación positiva entre los tres elementos de acceso a los servicios de salud: facilidad, asequibilidad y calidad, y el estado de salud que perciben las personas mayores.<sup>37</sup> Asimismo, se evidencia una relación positiva entre los tres elementos de acceso, la satisfacción de vida<sup>38</sup> y la capacidad funcional.<sup>39</sup> La capacidad para realizar actividades cotidianas también se relaciona, moderadamente, con el acceso a los servicios de salud y la asequibilidad a los mismos.<sup>40</sup>

Los datos también indican **que la capacidad de autocuidado de una persona mayor influye en su condición de salud, su satisfacción de vida y su capacidad funcional.** Se evidencia una relación positiva entre el grado de autocuidado y las tres medidas de impacto: condición de salud, satisfacción de vida y capacidad funcional.<sup>41</sup> El grado de autocuidado que se ejercía también tenía una fuerte relación con la capacidad para realizar actividades laborales, actividades cotidianas (dos de las medidas de capacidad funcional), la satisfacción de vida, y una relación moderada con la condición de salud.<sup>42</sup> **Por lo tanto, los datos respaldan el llamado a aumentar el acceso a los servicios de salud, cuidado y atención, que se oriente a mejorar las necesidades de las personas mayores, a aportar pruebas sobre el impacto que este acceso reforzado pueda tener en la condición de salud, el bienestar y la capacidad funcional de los mismos.**

De acuerdo con el plan de la OMS sobre el envejecimiento saludable, que adopta un enfoque más holístico, pone el mantenimiento de la capacidad funcional y el bienestar en el centro de los esfuerzos para respaldar la salud en la vejez. Los **datos indican que hay un vínculo entre la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional. Hay una relación positiva marcada entre la condición de salud y la satisfacción de vida.**<sup>43</sup> Sin embargo, el análisis no explica qué medida influye en la otra. La capacidad funcional también es importante junto con las tres medidas: la capacidad de hacer las actividades diarias,<sup>44</sup> las laborales,<sup>45</sup> y de desplazamiento,<sup>46</sup> considerando que es evidente la

relación tanto con la condición de salud como con la satisfacción de vida

Estas tendencias que surgen de los datos de la herramienta (HOT) apuntan a la **importancia de un enfoque holístico e integrado de la salud y la atención en la vejez, el cual se aleja de centrarse únicamente en la presencia o ausencia de enfermedades y, como consecuencia, los resultados de salud para considerar, en su sentido más amplio, el envejecimiento saludable**

*Por lo tanto, los datos respaldan el llamado a aumentar el acceso a los servicios de salud, cuidado y atención, que se oriente a mejorar las necesidades de las personas mayores*

36. Pearson M, Colombo F, Murakami Y, James C, Universal health coverage and health outcomes, Paris, OECD, [www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf)

37. Acceso - r = .226; asequibilidad - r = .258; calidad - r = .204

38. Acceso - r = .359; asequibilidad - r = .429; calidad - r = .352

39. Acceso - r = .349; asequibilidad - r = .352; calidad - r = .288

40. Acceso - r = .35; asequibilidad - r = .35

41. Condición de salud - r = .330; satisfacción de vida - r = .402; capacidad funcional - r = .458

42. Actividades laborales - r = .54; actividades cotidianas - r = .46; Satisfacción de vida - r = .40; condición de salud - r = .33

43. R = .691

44. La capacidad de desarrollar las actividades cotidianas tenía una relación moderada con la satisfacción de la vida (r = .48), condición de salud (r = .46)

45. La capacidad de desarrollar las actividades laborales tenía una relación moderada con la satisfacción de la vida (r = .51), condición de salud (r = .48)

46. El desplazamiento tenía una gran relación con las actividades cotidianas (r = .67) y las actividades laborales (r = .56); una relación moderada con condición de salud (r = .42) y satisfacción de vida (r = .38)

# Conclusiones

Este informe muestra los patrones y tendencias que surgen de los datos recolectados con personas mayores en las comunidades de nueve países de ingresos medianos y bajos utilizando la herramienta de resultados de salud de HelpAge. Los patrones y tendencias se analizan en el contexto más amplio de los problemas que enfrentan las personas mayores para acceder a los servicios de atención, salud y cuidado.

Los datos de los nueve países indican cómo algunas de las barreras que se evidenciaron correctamente afectan el acceso a los servicios de salud para las personas mayores y describen el panorama de quiénes están excluidos. En toda la gama de indicadores de la herramienta (HOT), se indica que el acceso a los servicios y atención para las personas mayores se influye por: las características demográficas, que tienen menos capacidad para satisfacer sus necesidades básicas, los niveles de educación más bajos, y los de las zonas rurales de manera regular informan mayores dificultades para acceder a los servicios y a la atención.

El análisis de los datos indica que el género no es factor más importante que otras características, al menos en relación con algunos indicadores. Se trata de un hallazgo inesperado que merece un análisis más profundo para determinar las posibles razones y si esas razones están relacionadas con cuestiones metodológicas. En la India, la recolección de datos de referencia permitió detectar algunos problemas en la recopilación de datos de mujeres de edad (véase el recuadro 2). El análisis de una recopilación de datos en una fase posterior podría evidenciar las diferentes tendencias según el género.

Los datos muestran las consecuencias significativas que tienen a quienes excluyen. Indica una relación explícita entre el acceso a los servicios de salud, los cuidados informales, la atención, la capacidad de autocuidado, la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional.

Aquellos con el acceso más deficiente son los que más repercusiones tienen en su bienestar. Con el acceso tanto a los servicios formales de salud y cuidado como a la atención que influyen la condición de salud, la satisfacción de vida y la capacidad funcional, son las mismas personas mayores que enfrentan los obstáculos para acceder a ambos tipos de servicios. Los datos recopilados con la herramienta (HOT) sustentan el **llamado a una atención más integrada y holística**. En los PIMB cuyos sistemas de salud no se adaptan a un mundo que envejece y que carecen de un sistema formal de cuidado y atención, **se necesita un enfoque conjunto**

**de mejora**. Estos países tienen la oportunidad de establecer y fortalecer tanto el cuidado como los sistemas de salud al trabajar juntos de manera eficiente para proporcionar un cuidado integrado y holístico, el cual se necesita para garantizar que las personas mayores reciban la atención para disfrutar de la mejor salud, bienestar y capacidad funcional posible hasta el final de la vida.

## Recuadro 2: Historias de mujeres mayores en la India

El envejecimiento y la salud de las personas mayores se descuidan sobre todo en la India, y la salud de las mujeres mayores es la que menos atención recibe. GRAVIS, miembro de la red de HelpAge a través de sus intervenciones de salud muestra que esta falta de atención comienza con las mismas mujeres mayores, quienes a menudo no hablan de o no toman las medidas adecuadas en relación con sus necesidades de salud y cuidado. La experiencia de aplicar la herramienta (HOT) respaldó esta observación, ya que las mujeres mayores son más reacias a participar en el debate sobre su salud y capacidad funcional y, es más probable que sus respuestas se vean influenciadas por las opiniones de sus familiares.

GRAVIS se ha esforzado en enfrentar este desafío mediante la capacitación de sus entrevistadores teniendo en cuenta las cuestiones de género y asegurándose de que a las mujeres mayores siempre las entreviste una mujer. Se dedica más tiempo a las entrevistas con las mujeres mayores anticipando la necesidad de pasar más tiempo y ganar su confianza para una apertura más gradual al hablar sobre su salud. Con la participación de la herramienta (HOT) en el proceso, se espera que las mujeres mayores encuestadas comiencen a pensar y se comprometan con su propia salud y bienestar de manera más significativa y obtengan mayores beneficios de las intervenciones de salubridad que GRAVIS brinda en sus comunidades.

Después de la segunda fase en recoger datos, los entrevistadores comenzaron a compartir evidencia anecdótica de que las mujeres eran más abiertas y comunicativas durante su segunda entrevista. En posteriores fases de recolección de datos se buscará indagar este tema a profundidad.

## Recomendaciones de política

La siguiente tabla resume las principales conclusiones destacadas en este informe y hace recomendaciones sobre lo que se debe cambiar para asegurar que se promueva y proteja el derecho a la salud y el cuidado de las personas mayores.

### Hallazgos

### Recomendación política

#### Hallazgos importantes

Se están excluyendo ciertos grupos de personas mayores en materia de salud y cuidado. Las personas de edad más avanzada, los de las zonas rurales, los que tienen menos posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas y los que tienen niveles más bajos de educación son los que menos pueden acceder a los sistemas oficiales de salud y tienen problemas para acceder al servicio de cuidado y atención. Estos mismos grupos califican como deficiente su salud, bienestar y capacidad funcional.

Los Ministerios de Salud y otros proveedores de servicios deben desarrollar servicios específicos de salud, cuidado y atención que respondan a las pruebas sobre quienes se están excluyendo en contextos locales específicos, que tengan en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores y que reconozcan la heterogeneidad en la edad avanzada.

Las personas mayores, quienes tienen menos posibilidades de acceder a los sistemas de salud formales, tienen problemas para acceder al servicio de cuidado y atención.

Los gobiernos y otros interesados deberían desarrollar y fortalecer los sistemas de atención a largo plazo junto con los sistemas de salud para proporcionar un cuidado integrado, que se centra en la persona y que responda a las necesidades holísticas de las personas mayores.

Hay relaciones explícitas y positivas entre la condición de salud la satisfacción de vida y la capacidad funcional.

Los gobiernos y otros interesados deberían adoptar un enfoque amplio y multisectorial del envejecimiento saludable, que vaya más allá de centrarse en la presencia o ausencia de enfermedades para cuidar de la capacidad funcional y el bienestar en la vejez.

#### Barreras de acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud disminuye con la edad y es más bajo entre los que son más incapaces de satisfacer sus necesidades básicas y aquellos que tienen niveles de educación más bajos.

Los Ministerios de Salud y otros proveedores de servicios deberían asegurarse de que los servicios e instalaciones sean favorables para la edad y accesibles para las personas mayores de todas las edades y capacidades.

Las personas mayores de las zonas rurales se enfrentan a mayores dificultades para acceder a los servicios de salud que los de las zonas urbanas.

Los Ministerios de Salud y otros proveedores de servicios deberían fortalecer la atención primaria de salud para así prestar servicios más cercanos a donde viven las personas mayores, incluso en las zonas rurales

La posibilidad de pagar los servicios de salud se ve influida: por la condición socioeconómica de la persona mayor, en los que tienen menos capacidad de satisfacer sus necesidades básicas y en aquellos con niveles más bajos de educación que no pueden pagar dichos servicios.

Los ministerios del gobierno, incluidos los de salud y hacienda, deben asegurar que las iniciativas para poder conseguir la cobertura universal de salud incluyan a las personas mayores, considerando y respondiendo a la inseguridad de ingresos específica que éstos enfrentan y para asegurar que los servicios de salud sean asequibles para que no tengan dificultades financieras al acceder a servicios de salud.

Los grupos de mayor edad, los de las zonas rurales y con niveles más bajos de educación, son los que consideran deficiente la calidad de los servicios de salud que disponen. Esto indica la inequidad de los sistemas de salud, de algunos grupos menos capaces que otros de acceder a un cuidado de calidad.

Los ministerios de salud y las instituciones de formación médica deberían invertir en la formación del personal del sector salud y en establecer recursos en materia de salud de las personas mayores, así como en la lucha contra el envejecimiento generalizado de los sistemas de salud.

Los Ministerios de Salud deben asegurar que los servicios esenciales de salud comprendidos en los paquetes de UHC incluyan los más necesarios para abordar los desafíos de salud comunes en la edad avanzada.

La OMS debería incluir la edad en el rango de características que se utilizan para evaluar la calidad equitativa de los servicios de salud para todos.

## Acceso al servicio de cuidado y atención

El acceso al servicio de cuidado y atención de las personas mayores es más deficiente que para aquellos que son más jóvenes y de edad más avanzada.

El acceso al servicio de cuidado y atención se influye: por su condición socioeconómica de aquellos que no puedan cumplir con sus necesidades básicas, de aquellos con niveles educativos más bajos que no pueden acceder al servicio de atención cuando lo necesiten.

La capacidad que las personas mayores tienen para acceder al servicio de cuidado lo proporcionan, principalmente, los miembros de la familia.

Los hombres mayores son menos propensos al autocuidado que las mujeres mayores y el grado de cuidado personal disminuye con la edad.

El tipo de acciones que las personas llevan a cabo para cuidar su salud varía según los contextos.

Los gobiernos deberían desarrollar y fortalecer los sistemas de atención a largo plazo, proporcionar servicios de cuidado y atención dirigidos a los que han sido excluidos. Que tengan en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores y que reconozcan la heterogeneidad en la edad avanzada.

Los gobiernos deben reconocer, capacitar y apoyar a los miembros de la familia y la comunidad que actualmente los cuidan, para garantizar una calidad adecuada de cuidados a las personas mayores y que quienes cuidan de ellos no se vean afectados negativamente por su labor de cuidador.

Los ministerios de salud y bienestar social y otros proveedores de servicios deben respaldar la capacidad que tienen las personas mayores para cuidarse a sí mismos brindándoles información y educación de género para ayudarles a hacer cambios en sus propias vidas y así asistirlo en un envejecimiento saludable.

Con el apoyo de los gobiernos, la sociedad civil debería establecer mecanismos a nivel comunitario, que incluyan Asociaciones de Personas Mayores y clubes de envejecimiento saludable para proporcionarles información sobre el mismo, incluyendo la dieta, el ejercicio y dónde acceder a los servicios de salud y atención que les permita actuar en la atención de su salud y bienestar.

Los gobiernos, la sociedad civil y otros interesados deberían considerar el contexto local y las preferencias de las personas mayores en el momento de fomentar intervenciones de atención al autocuidado.

Las instituciones de investigación deberían realizar más investigaciones para comprender mejor la capacidad que tienen las personas mayores sobre el autocuidado y qué influye en las medidas que éstos toman

## Impacto en la salud, el bienestar y la capacidad funcional

El género es un factor importante sobre la apreciación de la condición de salud, ya que las mujeres mayores consideran que su condición de salud es más deficiente que la de los hombres mayores, a pesar de informar mayor nivel de acceso y compromiso con el autocuidado.

La edad, el género, la condición económica y la ubicación influyen los sentimientos de las personas mayores en cuanto a salud, bienestar y capacidad funcional. Aquellos grupos de mayor edad, los que viven en zonas rurales, los que tienen pocas posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas reportan los niveles más bajos de salud, bienestar y capacidad funcional.

Los ministerios de salud y otros proveedores de servicios deben brindar servicios que tengan en cuenta el género y respondan a las necesidades específicas de las mujeres y hombres mayores, además de abordar las preocupaciones que las mujeres mayores tienen sobre su condición de salud.

Los Ministerios de Salud y otros proveedores de servicios deben desarrollar servicios específicos de salud, cuidado y atención que respondan a las pruebas sobre quienes se están excluyendo, que tengan en cuenta las necesidades y preferencias de las personas mayores y que reconozcan la heterogeneidad en la edad avanzada.

Los gobiernos y los donantes deberían asegurarse de

La capacidad que una persona mayor tiene para acceder tanto a los servicios de salud como a los de cuidados y atención inciden en su condición de salud, en su satisfacción de vida y en su capacidad funcional.

que los datos recopilados sobre la salud y el cuidado de las personas mayores estén plenamente desglosados según la edad, género, discapacidad, condición socioeconómica y ubicación, con el fin de proporcionar una base de pruebas más sólida y permitir una mayor orientación de los servicios e intervenciones.

Los gobiernos y los donantes deberían eliminar los límites de edad en las encuestas de población, tales como las Encuestas Demográficas y de Salud, y la encuesta STEPwise de la OMS para así garantizar la inclusión de todos los grupos de edad de las personas mayores.

Los Ministerios de Salud deben garantizar los Sistemas de Información sobre la Gestión de la salud que requieran y facilitar la recopilación, el análisis y la presentación de datos desglosados según edad, género y discapacidad.



Jonas Wresch/HelpAge International

HelpAge International  
PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK  
Tel +44 (0)20 7278 7778  
info@helpage.org  
[www.helpage.org](http://www.helpage.org)

 @HelpAge  HelpAge International

Este informe se desarrolló con la financiación de Pfizer Inc

