

- Es necesario que los servicios básicos puedan prestarse o estén disponibles para ser prestados en la propia casa. Han surgido programas y políticas innovadoras que ofrecen información sobre los servicios que funcionan para los ancianos y quienes los proporcionan, garantizando que son aplicables y reproducibles en cualquier medio.

- En tanto que el Estado es el encargado de garantizar el acceso a una vivienda segura y asequible para los mayores, las ONG y el sector privado deberían colaborar para asegurarse de que los ancianos disponen de la casa que necesitan.

- Los programas que se ocupan de la habitabilidad pueden emplear diversas ayudas técnicas para permitir que los ancianos vivan con relativa independencia, a pesar de la creciente necesidad de ayuda.

- Las políticas dedicadas al envejecimiento activo y a las últimas fases de la fragilidad, tienen que asegurar que las casas sean adecuadas, accesibles y asequibles.

- Ha de prestarse especial atención al papel que desempeña la vivienda en la promoción de la salud, así como en el impacto sanitario negativo que producen las casas mal acondicionadas.

- El hogar es un lugar de crucial importancia para las personas mayores. De hecho, la mayoría de los ancianos de todo el mundo prefieren ese lugar para hacerse viejos. No obstante, cuando ese hogar ya no responde a las necesidades del residente, tanto por seguridad como por demanda de servicios, son la familia y la comunidad quienes deberían facilitar todas las alternativas disponibles incluyendo, entre otros, los servicios sanitarios.

- Todos los estudios coinciden con el primer principio de las NNUU para las personas mayores, el cual establece que la independencia supone «poder vivir en el propio hogar tanto como sea posible». Para alcanzar este resultado, se hace necesario centrarse en la adaptación de la vivienda. Sin embargo, en algunos casos, mudarse a otro lugar más conveniente por razones de ocio o familiares, puede ser más correcto.

- Las políticas de vivienda tienen que vincularse lo más posible al resto de políticas y servicios. Y para que los ancianos tengan alguna oportunidad, sus ingresos básicos tienen que ser suficientes para poder pagar su vivienda y el resto de los servicios.

- El apoyo familiar, siempre que exista y se acepte por ambas partes, puede ser estimulado por las diferentes políticas y, cuando sea necesario, mediante la subvención de la vivienda. Aunque la mayoría de los ancianos son capaces de ubicarse en su comunidad de modo apropiado, otros pueden requerir alojamientos especiales y hogares adaptados.

#### *Emigración*

Así como los jóvenes continúan trasladándose por motivos de trabajo, los mayores suelen preferir irse con ellos

en busca de una vida mejor. En muchos lugares del mundo, mientras los jóvenes se van a áreas urbanas, los ancianos se quedan detrás, generalmente con nietos a los que cuidar. Esto trae consecuencias para ambas comunidades, la que ellos abandonan y la que les recibe.

La comunidad mundial debe prestar especial atención a los ancianos que se trasladan debido a desastres naturales o por ser refugiados. En otros casos, migran dentro de su propia comunidad debido a la falta de vivienda. Los «sin casa», los refugiados y las víctimas de desastres y guerras de cualquier edad, merecen intervenciones que garanticen su seguridad, cubran sus necesidades básicas y abran una esperanza de regresar a su lugar de origen. Con frecuencia, se hace a través de masivos esfuerzos por parte de naciones y ONG internacionales que son requeridas para resolver problemas complejos, como los de recuperar las mismas viviendas, el trabajo, los alimentos y el transporte.

#### *Investigación*

- Es necesario estudiar seriamente las condiciones que influyen, es más, son causa de migración desde zonas rurales a urbanas, de países pobres a ricos. Se alentarían así los esfuerzos de países, comunidades, regiones y agencias de NNUU en pos de cambiar los efectos perversos de la emigración forzosa por determinadas circunstancias.

- Debe llevarse a cabo una investigación sobre las condiciones a las que los emigrantes se enfrentan en áreas urbanas y países de acogida, con el fin de perfilar estrategias que permitan alterar el flujo migratorio cuando sea adecuado. De igual modo, se deben facilitar condiciones de vivienda y empleo que reduzcan las necesidades de las personas de trasladarse, con riesgo, desde los lugares que conocen a un nuevo entorno.

- Será necesario analizar las políticas y prácticas gubernamentales que influyen en las migraciones, para identificar aquellos cambios imprescindibles, con nuevos estímulos a desarrollar, y que desempeñen un papel crucial en el bienestar de los inmigrantes.

#### *Educación*

Existe una necesidad imperiosa de preparar un ejército de talentos –administradores, investigadores, profesores y médicos– imprescindibles para manejar adecuadamente los flujos de inmigrantes y refugiados. Los esfuerzos necesarios de formación de este personal clave, en relación con ancianos que se ven afectados por estas necesidades y circunstancias especiales, deben canalizarse preferentemente a través de programas internacionales creados para tal fin.

#### *Políticas*

Las actuales políticas y prácticas, y las consecuencias de la apatía reinante entre las naciones, han llevado al mun-

do a una situación que fuerza a miles de personas a cruzar fronteras, a menudo con un gran sacrificio personal. Mientras los planes en desarrollo no obtengan resultados positivos, consiguiendo que la gente cumpla sus deseos de empleo, educación, cobijo y dignidad en sus propios países y comunidades, la emigración continuará provocando el desarraigo y llevará a la gente a situaciones miserables.

#### *Transporte*

Al transporte se le ha denominado el «pegamento» que une a los mayores con servicios básicos y otras actividades de tipo social o religioso, tan importantes en su bienestar. La falta de medios de transporte asequibles, accesibles y oportunos, lleva a muchos ancianos a aislarse y con riesgo de marginación. Existe una mayor preocupación por las medidas de seguridad en prevención de accidentes, debido al incremento de la incidencia y prevalencia de lesiones derivadas de los mismos.

#### *Investigación*

Aunque el número de estudios serios sobre los problemas del transporte ha crecido, todas las sociedades, más o menos complejas, necesitan estrategias innovadoras y eficaces para facilitar la movilidad de las personas mayores, sin aumentar su riesgo de caerse, tener accidentes o lesiones producidas en su hogar o en el trabajo.

#### *Educación*

Las habilidades y los conocimientos procedentes de la terapia ocupacional han de ser compartidos con la comunidad, los técnicos en vivienda, los gestores del transporte y otros que trabajen directamente con ancianos y tengan que enfrentarse con la amenaza del transporte.

#### *Políticas y práctica*

- Para cambiar el transporte se necesita que los ingenieros, planificadores, gente de la comunidad y las personas mayores, discutan las verdaderas necesidades de transporte de los ancianos —y las de toda la comunidad—, e idear estrategias para un desarrollo viable del mismo.
- Asesores, coordinadores, trabajadores sociales y cualquier otro profesional que trabaje con personas mayores, tienen que ser conscientes de las necesidades de transporte de este grupo etario y los servicios disponibles en su comunidad, proporcionando la coordinación necesaria para acceder al mismo.
- Todos estos profesionales y aquellos otros que son conscientes de la gravedad de los problemas del transporte, tienen que convertirse en defensores de un sistema que funcione tanto para los ancianos, como para sus propias familias.

#### *El medio ambiente*

Los problemas medioambientales como contaminación, aguas no depuradas o residuos no tratados, afectan

a gente de cualquier edad. El entorno debe estar libre de barreras arquitectónicas y ser accesible para todos, especialmente para los ancianos. Las políticas deben integrarse de tal modo que, en el diseño de espacios, transporte y vivienda, se busque accesibilidad y uso apropiado. Las políticas que eliminan riesgos, como las que mejoran la seguridad de la calle, ayudarán tanto a las personas mayores, como a gente de cualquier otro grupo de edad.

### *3.2. Tema 2: Cuidados y apoyo para los cuidadores*

#### *3.2.1. Implicaciones en Investigación, Práctica y Educación*

Se hace necesario investigar profundamente acerca de todos los aspectos relacionados con la atención a las personas a medida que envejecen. Esta investigación ha de ser conceptual, práctica y aplicada, recorriendo una óptica múltiple que incluya las distintas dimensiones de la atención: médica, psicosocial, económica, medioambiental y de provisión de cuidados. La educación en todos los aspectos de la evaluación y provisión de cuidados es básica en Gerontología y Geriátrica, y debe considerar obligatoriamente tanto los cuidados formales como informales. La necesidad de cuidados y su provisión constituyen el núcleo de la práctica gerontológica y geriátrica, tanto desde el punto de vista de la atención básica como especializada.

#### *3.2.2. Puntos clave del Foro de Valencia*

##### *Investigación*

Además de los trabajos que se han realizado sobre el papel y las funciones que desempeña el cuidador, hay que prestar mayor atención a los aspectos económicos de las empresas que prestan los cuidados. El valor de los cuidadores informales para nuestro sistema es enorme; de hecho, el coste de asumir por parte de las finanzas públicas estos cuidados, está fuera del alcance de casi todas las economías nacionales. Habría que asegurar que los investigadores y legisladores se dedican a buscar el modo de mantener las redes de atención informal, como parte esencial del funcionamiento de la sociedad.

##### *Educación*

- La formación gerontológica y geriátrica tiene que incluir aspectos educativos sobre evaluación de necesidades y establecimiento de objetivos de atención, así como provisión de cuidados formales e informales. Además, deberían añadirse temas de interés básico en gestión y ética.
- Es necesario que el área de conocimiento sobre las necesidades, demandas y preferencias de los mayores continúe mejorando, anticipándose así al rápido crecimiento del segmento de los muy ancianos.

##### *Política y práctica*

- En el campo de la atención se necesita ayuda institucional para que las familias continúen cumpliendo su papel principal de proveedores de cuidados. Hay que subra-

yar que el apoyo público no tiene que mermar en absoluto el volumen de cuidados proporcionados por la familia, sino que, para quienes carecen del beneficio de estos cuidados informales, las instituciones tienen la obligación de proporcionarlos.

- Es necesario el estudio cuidadoso de nuevas fórmulas de atención a las personas, intentando apoyar y secundar aquellas que funcionan eficazmente. Las políticas deberían reconocer la importancia de la atención a las personas como parte integral del proceso vital, incluyéndola por ejemplo en la educación escolar básica.

- Tradicionalmente la mujer ha proporcionado el grueso de la atención a los ancianos, especialmente a sus esposos frágiles o con demencia, así como a los niños y amigos con discapacidad.

- A medida que aumenta la participación femenina en el mercado laboral, esta reserva de cuidadores disminuye y se está perdiendo el interés de la mujer por asumir este papel. Este hecho pone en riesgo el sistema clásico de cuidados informales.

- La importante función de los hombres como cuidadores, o cuidadores potenciales, necesita reconocimiento y apoyo institucional.

### 3.3. Tema 3: Negligencia, abuso y violencia

#### 3.3.1. Implicaciones en Investigación, Práctica y Educación

Se precisa una amplia investigación sobre las causas, consecuencias y formas de prevención de los abusos y violencia contra los ancianos. Aquellas personas que trabajan cerca de ancianos susceptibles de sufrir alguna de las múltiples formas de maltrato, necesitan formación para poder detectarlo, y ser conscientes de los mecanismos de ayuda y consulta existentes a su disposición. Los médicos que atienden a pacientes ancianos o cercanos al cuidado de los mismos, tienen que estar muy versados acerca de las raíces, manifestaciones y consecuencias de la negligencia y abuso de los ancianos.

#### 3.3.2. Puntos clave del Foro de Valencia

##### *Investigación*

Resulta básico afrontar la investigación a través de una amplia temática. No existen definiciones uniformemente aceptadas de abusos y malos tratos a las personas mayores. Algunos sugieren que la jubilación obligatoria es una forma de abuso para quienes se enfrentan a una disminución de ingresos económicos. También habría un abuso psicológico, debido a la pérdida de autoestima, entre aquellos que se ven obligados a jubilarse contra su voluntad.

Si se reconoce que la negligencia es una forma de abuso y que, ya sea en el propio domicilio como en el ámbito institucional, tanto los actos como su omisión pueden resultar abusivos, se debería partir de una definición ope-

rativa inicial de abuso y negligencia en el anciano: abuso puede ser definido como cualquier conducta física o psicológica, o la falta de la misma, que conduce a un aumento del riesgo de dañar o empeorar el bienestar del individuo.

Una vez que las definiciones estándar se hayan establecido por consenso, deben comenzar los estudios científicos que conduzcan a conocer oficialmente las verdaderas tasas de prevalencia de abuso y negligencia en ancianos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Estos estudios deberían facilitar una investigación científica en subgrupos de ancianos con mayor riesgo de abuso y negligencia. Hay estudios, por ejemplo, que demuestran que tanto la pobreza como el estrés que sufren los cuidadores, son factores de riesgo para el abuso y la negligencia.

La comunidad mundial debería iniciar intervenciones tanto en la esfera colectiva como individual, para reducir la incidencia de maltrato y negligencia en ancianos. Todas aquellas intervenciones que proporcionan o mejoran las estrategias de abordaje para quienes están en riesgo de padecer abuso o negligencia, deberían tener prioridad absoluta. Las intervenciones comunitarias tendrían que ser evaluadas rigurosamente para que, aquellas que demuestren su validez, puedan ser propuestas como ejemplos de buena práctica. Decir que una intervención es eficaz sin haber sido evaluada, puede llevar a otros a inferir inútilmente sus resultados.

- Deben iniciarse estudios que ayuden a identificar los factores que colocan a las personas en riesgo, y los que protegen, de sufrir abuso y negligencia.

- Deben promocionarse estudios para identificar los mejores programas de prevención e intervención sobre sujetos con riesgo de maltrato y negligencia, así como poder reproducir los mejores modelos de práctica y la dinámica de los programas más eficaces.

- Si se facilitan la participación y la contribución de los mayores a la vida familiar y comunitaria, puede mejorar el valor que de ellos percibe la sociedad y reducir así el riesgo de abuso. A lo largo de toda la vida hay que promover las actitudes positivas hacia el envejecimiento.

- Los ancianos perciben como abuso la negligencia que desemboca en aislamiento, abandono y exclusión social, violación de derechos humanos, legales y médicos, y pérdida de oportunidades, tomas de decisión, status social y económico y respeto.

- Habría que desarrollar procedimientos de evaluación que establezcan indicadores directos e indirectos, que incluyan estrategias de contraste de diversas fuentes de información.

##### *Educación*

- La formación en Gerontología y Geriátrica debería incluir el reconocimiento de todas las formas de maltrato.

- Si se educa y se forma a los proveedores de atención básica, a los familiares y a los cuidadores institucionales, se podrán reconocer mejor aquellos factores que con mayor probabilidad llevan a abuso y negligencia.

- Se propone el desarrollo de programas y la formación de proveedores para iniciar activamente sistemas de protección como, por ejemplo, descanso del cuidador principal, ayuda social a domicilio, centros de día, rotaciones de los cuidadores formales –para minimizar maltrato y negligencia–, y admitir castigos por abuso y negligencia.

#### *Políticas y práctica*

- Se necesitan programas en pro de la identificación de los cuidadores informales y que describan aquellos problemas que enfrentan a los miembros de la familia con el anciano. Hay que identificar aquellas instituciones de apoyo que se esfuerzan por establecer sistemas de protección frente al abuso. Las fuerzas de seguridad del Estado deben estar preparadas para tomar las medidas oportunas, y la comunidad tiene que facilitar un refugio alternativo a aquellos ancianos que han sufrido maltrato o negligencia.

- Los organismos de ayuda tienen que crear recursos a nivel internacional, como las páginas de Internet, para informar y educar a las comunidades y a los individuos afectados. Las ONG tienen un importante papel que jugar en su desarrollo.

- Los ancianos tienen el derecho de la autodeterminación, y de vivir sin sufrir malos tratos, negligencia, explotación o discriminación.

- Los gobiernos deberían desarrollar y financiar una estrategia integral de ámbito nacional y con una agenda definida de actividades, cuyo fin sea prevenir, detectar e intervenir en el problema del maltrato al anciano. Esto tendría que incluir:

- Educación pública y profesional junto a campañas de concienciación –incluyendo medios de comunicación.
- Participación de las personas mayores y promoción de su autoridad.
- Programas de evaluación e investigación.
- Atención familiar, comunitaria, institucional y residencial, dentro de un marco legal de apoyo.

- La Oficina de la Comisión de Derechos Humanos debería establecer un comité de expertos que informasen sobre la mejor forma de promover acciones respecto al maltrato de los ancianos.

### 3.4. Tema 4: Imágenes del envejecimiento

#### 3.4.1. Implicaciones en Investigación, Práctica y Educación

Se necesita entender cómo la imagen de la persona mayor, incluyendo determinados estereotipos y los térmi-

nos negativos, influye, y les influye a ellos, en las actitudes y comprensión respecto al hecho de envejecer. Todo esfuerzo educativo en materia de envejecimiento debería incorporar la comprensión de las imágenes de la vejez y de cómo éstas se van desarrollando, así como el impacto que tienen sobre los ancianos, los proveedores de cuidados y la comunidad en general. El extremo al que pueden llegar los estereotipos negativos de la vejez, influyendo en la provisión de cuidados y en el diseño de políticas y programas, tiene que ser identificado y combatido a todos los niveles. Donde quiera que se realice alguna tarea relacionada con los ancianos, hay que intentar transmitir imágenes más positivas de la vejez.

#### 3.4.2. Puntos clave del Foro de Valencia

##### *Investigación*

- Es necesaria una evaluación de las estrategias más eficaces para cambiar prejuicios, ageísmo, estereotipos y actitudes negativas respecto a los mayores.

- Es preciso investigar en los diversos medios de comunicación que exhiben imágenes inadecuadas de la vejez, para concienciarles de la necesidad de emplear el lenguaje y las imágenes justas y precisas de las personas mayores.

##### *Educación*

- Habría que fomentar una visión constructiva de la vejez y del envejecimiento a través de los medios de comunicación públicos, así como en otros programas de formación para médicos y otros profesionales.

- Se debería llevar a cabo una educación con una visión realista de la vejez y del envejecimiento en diversos ámbitos.

## AGRADECIMIENTOS

#### *Comité de Dirección y Asesor Internacional*

Presidencia Ejecutiva y Regional de la International Association of Gerontology: Gloria Gutman, John Gray, Andrew Wister, Norton Sayeg, Gary Andrews, Sung-Jae Choi, Mario Passeri, Francisco Guillén Llera, Manuel Osvaldo Prieto Ramos, Enrique Vega García, James T. Sykes.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG): Isidoro Ruipérez Cantera, Gonzalo Bravo Fernández de Araoz, José Manuel Ribera Casado, Rocío Fernández Ballesteros.

Programa de las Naciones Unidas para el envejecimiento: Alexandre Sidorenko.

Fondo para la Población de las Naciones Unidas: Richard Leete y Ann Pawliczko.

Fundación Novartis de Gerontología: Charles Studer, Hannes Staehelin.

Help Age International: Mark Gorman, Todd Petersen

Otros: Mary Luszcz (Australia), Miguel Acanfora (Argentina), Astrid Stuckelberger (Suiza), Mary Ann Tsao (Singapur), Urs Peter Gauchat (EEUU).

#### *Comité Local de Programación, Planificación y Apoyo*

Bienestar Social de la Generalitat de Valencia (Esther Franco Aliaga y colaboradores), SEGG (Rocío Fernández Ballesteros y Pedro Gil Gregorio), IMSERSO (Jesús Norberto Fernández), Valencia (J. Botella y José Garay Lillo), Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de Naciones Unidas (Aurelio Fernández)

#### *Secretaría*

Gary Andrews, Presidente  
Melinda Andrews, Oficial Ejecutiva  
Kate Barns, Ayudante Ejecutiva

Es imposible que este Informe de Valencia recoja todos los conocimientos y reflexiones que se vertieron a lo largo de 470 presentaciones en distintos formatos, sobre temas de ciencia, educación, política y práctica en Gerontología dentro del Foro de Valencia. Tampoco es posible agradecer individualmente a todas las personas que contribuyeron con sus significativas aportaciones a través de distintas presentaciones y discusión de temas clave. Todos los participantes en el Foro merecen una mención especial de agradecimiento por su contribución al presente documento.

Los equipos de redacción participaron directamente en el proceso de elaboración de este texto, asistiendo a las presentaciones sobre temas relacionados entre sí y sintetizando la información, y participando en la discusión de los temas fundamentales que se habían elegido en el borrador facilitado por la Asamblea Mundial del Envejecimiento. Dichos equipos estuvieron formados por: Rocío Fernández Ballesteros y John Grimley-Evans, Gopal Archaya y James Lubben, Toni Antonucci y Larry Branch, Janet Ashkam y Mary Luszcz, Miguel Acanfora e Irene Hoskins, Isabell Aboderin y Mark Gorman, James Sykes y Anthea Tinker, Kevin Kinsella y Andrew Wister.

El trabajo y las presentaciones de los destacados ponentes que abrían las mesas fueron especialmente útiles para el desarrollo posterior de los puntos clave del Informe de Valencia. Estos ponentes fueron: Paul Baltes, (Bill) Piu Chan, John Grimley-Evans, Santiago Grisolia, Betty Havens, Alexandre Kalache, Yuji Kawaguchi, Ed Lakatta, Richard Leete, Daisaku Maeda, Victor Marshal, Jay Olschansky, Christopher Phillipson, Jean-Marie Robine, Alexandre Sidorenko, Lois Verbrugge, Alan Walker.

El trabajo de los que han colaborado en el Foro de Valencia no sólo será útil para la formulación de propuestas a la Asamblea Mundial del Envejecimiento, sino que sus presentaciones, incluyendo las discusiones sobre los puntos clave, estarán disponibles para ayudar a la implementación y monitorización de cualquier nueva estrategia o programa, en la página de Internet [www.valenciaforum.com](http://www.valenciaforum.com).

El borrador final de este Informe fue realizado por Gary Andrews, John Gray y James Sykes.

---

*Un Proyecto Conjunto del Departamento de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento y la Asociación Internacional de Gerontología*

## Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI\*

Presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a través del Foro de Valencia

Madrid, España  
Abril de 2002

### RELACIÓN DE CONTENIDOS

#### Introducción

#### Estructura

#### Primer apartado. Principales prioridades

- Prioridad 1. Relaciones entre el envejecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico.
- Prioridad 2. Métodos y alternativas actuales para preservar la seguridad material en la vejez.
- Prioridad 3. El cambio en la estructura familiar, sistemas de traspaso intergeneracional y los nuevos modelos de funcionamiento familiar e institucional.
- Prioridad 4. Factores determinantes del envejecimiento saludable.
- Prioridad 5. Mecanismos biológicos básicos y enfermedades asociadas a la edad.
- Prioridad 6. Calidad de vida y envejecimiento en diferentes situaciones culturales, socioeconómicas y ambientales.

#### Segundo apartado. Ámbitos fundamentales de investigación

- 2.1. Participación e integración social.
- 2.2. Seguridad económica.
- 2.3. Cambio y evolución macro-social.
- 2.4. Envejecimiento saludable.
- 2.5. Biomedicina.
- 2.6. La función física y mental.
- 2.7. Calidad de vida.
- 2.8. Sistemas asistenciales.

- 2.9. El cambio de estructura y de función en la familia, parientes y comunidad.
- 2.10. Elaboración y evaluación de directrices.

#### Tercer apartado. Cuestiones metodológicas clave

#### Cuarto apartado. Implantación del programa de investigación.

### INTRODUCCIÓN

El Programa de Investigación sobre el Envejecimiento para el Siglo XXI se ha diseñado para sustentar la implantación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002, que previsiblemente se aprobará en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (del 8 al 12 de abril en Madrid, España). El Programa de Investigación establece prioridades en la investigación y recogida de datos en relación con las políticas de actuación. Al mismo tiempo, este Programa anima a los investigadores a proseguir sus estudios en los ámbitos del envejecimiento donde sus hallazgos puedan tener una aplicación práctica y realista.

Este Programa de Investigación ha sido elaborado por el Programa sobre Envejecimiento de Naciones Unidas junto con la Asociación Internacional de Gerontología, y con el apoyo de la Fundación Novartis para la Gerontología y del gobierno de la República Federal de Alemania, basándose en una serie de consultas a expertos, y posteriormente refrendado por el Foro de Valencia.

El Programa de Investigación sobre el Envejecimiento está dirigido a los poderes legislativos, gobiernos, universidades, así como a organizaciones no gubernamentales y organismos de asistencia que traten los problemas de la población y el envejecimiento del individuo. El programa

\* Texto traducido por María Jesús Rivas. Médico.

TABLA 1. Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002

<i>Programa de Investigación</i>		<i>Ámbitos Fundamentales de Investigación</i>
	<i>Principales Prioridades de Investigación<sup>1</sup></i>	
Directriz prioritaria I: Personas mayores y desarrollo	Prioridad 1: Relaciones entre el envejecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico. Prioridad 2: Métodos y alternativas actuales para preservar la seguridad material en la vejez. Prioridad 3: El cambio en la estructura familiar, sistemas de traspaso intergeneracional y los nuevos modelos de funcionamiento familiar e institucional.	1. Participación e integración social. 2. Seguridad económica. 3. Cambio y evolución macrosocial.
Directriz prioritaria II: Potenciar la salud y el bienestar en la vejez	Prioridad 4: Factores determinantes del envejecimiento saludable. Prioridad 5: Mecanismos biológicos básicos y enfermedades asociadas a la edad. Prioridad 6: Calidad de vida y envejecimiento en diferentes situaciones culturales, socioeconómicas y ambientales.	4. Envejecimiento saludable. 5. Biomedicina. 6. Funcionalidad física y mental. 7. Calidad de vida.
Directriz prioritaria III: Garantizar un entorno asistencial y de apoyo	Prioridad 3: El cambio en la estructura familiar, sistemas de traspaso intergeneracional y los nuevos modelos de funcionamiento familiar e institucional. Prioridad 6: Calidad de vida y envejecimiento en diferentes situaciones culturales, socioeconómicas y ambientales.	8. Sistemas asistenciales. 9. El cambio de estructura y de función en la familia, parientes y comunidad.
Implantación y seguimiento		10. Elaboración y evaluación de directrices.

1. Dos de las prioridades principales de investigación (la 3 y la 6) aparecen dos veces porque se corresponden con dos directrices prioritarias distintas del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002.

se basa en el reconocimiento de la diversidad de sociedades según sus distintos niveles de desarrollo demográfico, social y económico.

El Programa de Investigación se añade al ya considerable conjunto de conocimientos y experiencia recogidos en la gerontología y ámbitos afines durante muchas décadas. Sin embargo, este cuerpo de saber internacional puede no ser totalmente accesible o relevante en las circunstancias sociales y económicas de países con menos recursos para realizar investigaciones. Al implantar el Programa de Investigación es necesario aquilatar el «estado del arte» del conocimiento existente, dado que varía de unos países y regiones a otros, además de identificar las principales lagunas en la información necesaria para desarrollar normas de actuación. De esta forma el Programa de Investigación determina, además de las prioridades de investigación fundamentales, los potenciales puntos de atención para la implantación, mantenimiento y financiación de sus principales componentes.

El Programa de Investigación, por tanto, representa una iniciativa singular en el ámbito del envejecimiento y el desarrollo, que pretende contribuir a la elaboración y aplicación de unas normas de actuación públicas sobre el envejecimiento e influir en la dirección y las prioridades de la gerontología científica en las futuras décadas.

## ESTRUCTURA

El Programa de Investigación sobre el Envejecimiento consta de cuatro apartados: Principales Prioridades; Ámbitos Fundamentales de Investigación; Cuestiones Metodológicas Clave; y la Implantación. Las principales prioridades y los ámbitos fundamentales de investigación descritos en los mencionados apartados están ligados a las Directrices Prioritarias del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002 (tabla 1).

**PRIMER APARTADO: PRINCIPALES PRIORIDADES**

Las principales prioridades de investigación determinan las más sugestivas, a la par que prometedoras, prioridades para que la investigación sobre el envejecimiento relativa a políticas de actuación promueva la implantación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002. La siguiente relación pretende ayudar a los planificadores políticos e investigadores a dirigir los escasos recursos a las áreas de mayor necesidad y vías potencialmente más fructíferas.

*Prioridad 1. Relaciones entre el envejecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico.*

La relación entre el rápido envejecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico continúa siendo poco comprendida, y se suele pasar por alto en los planes nacionales de desarrollo; sin embargo, esta relación será cada vez más crucial, especialmente en los países en desarrollo. Es necesaria una mayor investigación para determinar la contribución de las personas mayores al «capital» social, cultural, espiritual y económico en todos los países. Se debería medir y controlar mejor la contribución productiva de este colectivo a la sociedad, además de clarificar los complejos y recíprocos intercambios sociales y económicos que se dan en todas las sociedades.

*Prioridad 2. Métodos y alternativas actuales para preservar la seguridad material en la vejez.*

Esta prioridad de investigación es muy importante en el mundo desarrollado, donde se cuestiona seriamente el mantenimiento a largo plazo de muchos sistemas nacionales de seguridad de la renta. También es una prioridad crucial en los países en desarrollo, muchos de los cuales sólo tienen el sistema más rudimentario, o incluso ninguno previsto en un futuro inmediato.

Las dinámicas de participación de los trabajadores, las pautas domésticas de gastos y ahorro, los planes del sector público y otros elementos de acumulación de riqueza, ahorros, pensiones y otras opciones, pueden precisar una investigación intensiva y de amplio espectro.

También son importantes otros aspectos de apoyo e intercambio monetario y no monetario.

*Prioridad 3. El cambio en la estructura familiar, sistemas de traspaso intergeneracional y los nuevos modelos de funcionamiento familiar e institucional.*

Es una afirmación muy extendida en muchas regiones del mundo que la naturaleza de la «familia» y de las actitudes y comportamientos tradicionales entre generaciones está cambiando. Es necesario realizar estudios que puedan seguir la trayectoria de dichos cambios y determinar su impacto social y económico sobre los individuos, las comunidades y la sociedad.

En estas investigaciones es necesaria una mayor clarificación sobre el papel de las propias personas mayores como contribución a la familia y la comunidad.

*Prioridad 4. Factores determinantes del envejecimiento saludable.*

La salud es un tema central relacionado con el incremento de la longevidad y el envejecimiento de la población. El mantenimiento del estado de salud y la funcionalidad con la edad es un factor crítico que afecta a muchos otros aspectos de la vida de las personas mayores, de sus familias y la comunidad.

Es preciso entender mejor las complejas interrelaciones entre los comportamientos individuales, las condiciones generales sociales, económicas, culturales y ambientales y la eficacia de formas de intervención preventivas, curativas y de rehabilitación.

También hay que investigar más sobre aspectos básicos de la medición y control de la capacidad física y mental y las enfermedades asociadas a la edad, así como las posibilidades de prevenirlas.

*Prioridad 5. Mecanismos biológicos básicos y enfermedades asociadas a la edad.*

Las posibilidades que presentan los últimos acontecimientos en el estudio de la genética biológica elemental y los aspectos moleculares y celulares de los procesos vitales ofrecen un increíble potencial para poder desentrañar las complejas relaciones entre los mecanismos fundamentales del envejecimiento y la aparición de las enfermedades asociadas a la edad. Las perspectivas se incrementan enormemente gracias a la identificación de una farmacología eficaz y a otro tipo de intervenciones que pueden prevenir, mejorar o invertir el proceso de una serie de enfermedades crónicas vinculadas al envejecimiento.

Es preciso promover con firmeza una creciente inversión, continua y significativa, en la investigación de los aspectos básicos del envejecimiento y la enfermedad.

*Prioridad 6. Calidad de vida y envejecimiento en diferentes situaciones culturales, socioeconómicas y ambientales.*

Las ideas sobre lo que constituye «el bienestar» y «una buena calidad de vida» en relación con el envejecimiento, varían claramente según el contexto social, cultural, económico y tradicional en el que se estudien. Se hace necesario entender mejor las variaciones fundamentales en el envejecimiento y la experiencia vital, así como los factores determinantes de la calidad de vida en la vejez; y para ello se podría aprender mucho de una investigación comparativa, realizada con sensibilidad y bien estructurada, llevada a cabo en ámbitos de distinto nivel de desarrollo social y económico y de diversidad cultural.

## SEGUNDO APARTADO: ÁMBITOS FUNDAMENTALES DE INVESTIGACIÓN

En este apartado se definen ámbitos concretos de investigación y se da una relación de temas específicos para estudiar el envejecimiento.

### 2.1. Participación e integración social

Las personas mayores corren el riesgo de verse excluidas, directa o indirectamente, de la comunidad y la vida social. Este tema se centra en el alcance de la significativa participación e integración de las personas mayores en todas las esferas de la vida, así como los factores que facilitan su integración en la sociedad.

Los temas específicos que incluye son:

2.1.1. Relaciones intergeneracionales.

2.1.2. Prejuicios contra la vejez en diferentes sociedades.

2.1.3. Imágenes del envejecimiento. Coincidencia de puntos de vista de mayores y jóvenes sobre el envejecimiento y las personas mayores.

2.1.4. Factores demográficos como, por ejemplo, la rápida urbanización y migración que afecta a la participación y a la integración.

2.1.5. Diferencias de género, de raza, étnicas y otras.

2.1.6. Factores psicosociales determinantes de la participación y la integración.

2.1.7. Estrategias para promover la integración.

2.1.8. Medidas para potenciar/facilitar la participación de las personas mayores y su contribución a la sociedad.

2.1.9. Envejecimiento activo: concepto; factores determinantes; repercusiones en diferentes ámbitos (individual, familiar, etc.); medidas a tomar.

2.1.10. Contribución social, económica, etc., de la participación de los mayores.

2.1.11. Participación política de las personas mayores.

2.1.12. Aislamiento en las zonas rurales y medidas para promover la participación.

2.1.13. Violación de los derechos humanos y factores de discriminación por la edad; por ejemplo, factores socio-económicos, estructurales, de actitud, que influyen en lo social.

2.1.14. Abuso, abandono, violencia y explotación con respecto a las personas mayores.

2.1.15. Desplazamiento de personas mayores en situaciones de emergencia, como puedan ser desastres naturales o causados por el hombre. Redes sociales de apoyo para las personas mayores desplazadas.

### 2.2. Seguridad económica.

La seguridad económica tiene una relación directa con el bienestar y la salud de las personas a cualquier edad. Es necesario investigar sobre comportamientos, previsiones personales, y programas para optimizar la seguridad económica a lo largo del ciclo vital.

Los temas específicos que incluye son:

2.2.1. Participación laboral de las personas mayores y sus familiares en el desarrollo económico y factores determinantes psicosociales, de salud y normativos.

2.2.2. Modelos de disponibilidad, uso e intercambio de recursos por parte de las personas mayores.

2.2.3. Medición del patrimonio, incluyendo el acumulado y el disponible, a lo largo de la vida.

2.2.4. Modelos y complejidades del traspaso intergeneracional.

2.2.5. Estrategias alternativas para proporcionar una seguridad económica formal; por ejemplo, las pensiones, ya sean del estado o privadas.

2.2.6. Economía informal y seguridad de ingresos en la vejez.

2.2.7. La pobreza y los problemas relacionados con la pobreza en la vejez. Indicadores de pobreza relacionada con la edad.

2.2.8. Educación continua y reaprendizaje.

2.2.9. Preparación para la jubilación: a nivel individual, familiar, comunitario y macro-social.

### 2.3. Cambio y evolución macro-social.

Es conveniente una investigación centrada en las relaciones recíprocas entre las enormes fuerzas de la población y el cambio social y el envejecimiento individual. Habría que documentar, supervisar y proyectar los efectos de dichas fuerzas sobre las personas mayores como colectivo de la sociedad que probablemente tenga pocos recursos que les permitan adaptarse a los cambios, y sobre todo a recuperarse después de algún cambio adverso como un desastre natural o una revolución social.

Los temas específicos que incluye son:

2.3.1. Futuros escenarios de desarrollo de sociedades envejecidas.

2.3.2. Globalización y envejecimiento.

2.3.3. Reciprocidad del envejecimiento y el desarrollo.

2.3.4. Implicaciones del cambio etario estructural y adaptación al mismo.

2.3.5. Envejecimiento individual y de la población en los programas y directrices de desarrollo nacionales e internacionales.

2.3.6. Dinámicas de redistribución de la riqueza a lo largo del ciclo vital y de las personas mayores y jóvenes en entornos rurales y urbanos.

2.3.7. Efecto de las fases y programas de desarrollo sobre el estatus económico y sanitario de las personas mayores.

2.3.8. Necesidades de las personas mayores derivadas del cambio tecnológico y el desarrollo económico.

#### **2.4. Envejecimiento saludable.**

La esperanza de vida está aumentando en todo el mundo. Un nuevo reto de la investigación es garantizar que los años añadidos a la vida sean saludables, activos y productivos, y que se produzca una compresión significativa de la discapacidad hacia los últimos años.

Los temas específicos que incluye son:

2.4.1. Definir y delimitar el alcance del concepto de envejecimiento saludable.

2.4.2. Factores sociales, económicos y ambientales determinantes del envejecimiento saludable.

2.4.3. Variaciones de la esperanza de vida saludable dentro de un mismo país y entre países diferentes.

2.4.4. Causas de muerte prematura o reducción de la longevidad en los países en desarrollo y en países con economías de transición.

2.4.5. Medición de la supervivencia adulta y estudio de las etapas de transición epidemiológica.

2.4.6. El envejecimiento saludable considerado como resultado de conductas y elecciones individuales, incluyendo el cuidado personal. Factores psicosociales determinantes del envejecimiento saludable.

2.4.7. El estatus socioeconómico y otros factores ambientales determinantes de conductas relacionadas con la salud.

2.4.8. Interacciones entre marcadores biogenéticos, ambiente y comportamiento saludable.

2.4.9. Desarrollo de estrategias de intervención para la promoción de la salud, incluyendo la optimización de estrategias para mejorar la difusión de información.

2.4.10. Estado nutricional e intervenciones para su mejora.

2.4.11. Salud mental y envejecimiento.

#### **2.5. Biomedicina.**

Es fundamental un mejor conocimiento de los mecanismos básicos del envejecimiento, de los factores determinantes de la longevidad y de las enfermedades asociadas a la edad para poder llevar a cabo todo el potencial del envejecimiento saludable.

Los temas específicos que incluye son:

2.5.1. Mecanismos subyacentes del envejecimiento, enfermedades asociadas a la edad, comorbilidad, condiciones secundarias y discapacidad.

2.5.2. Identificación de marcadores biogenéticos del envejecimiento humano.

2.5.3. Interacción de factores determinantes biomédicos, sociales y económicos, y repercusiones del alargamiento de la vida; por ejemplo, estudios de personas centenarias.

2.5.4. Trayectoria de las principales enfermedades del envejecimiento: su epidemiología y repercusiones en el envejecimiento de la población en distintos ámbitos.

2.5.5. Estrategias de prevención e intervenciones eficaces en distintas condiciones de enfermedad de las personas mayores (especialmente en los mayores más viejos) en diferentes lugares y condiciones socioeconómicas, ocupaciones, etc.

2.5.6. Programa internacional sobre evaluación de la eficacia y la seguridad de las intervenciones farmacológicas.

2.5.7. Inclusión de las personas mayores en ensayos de tratamientos o servicios de los que puedan beneficiarse.

#### **2.6. Capacidad física y mental.**

El nivel de funcionalidad es un importante factor determinante de la calidad de vida. La capacidad física y mental es el resultado de la continua interacción entre el individuo y su entorno social y físico.

Los temas específicos que incluye son:

2.6.1. Factores biomédicos, sociales, psicológicos y económicos determinantes de discapacidad en el curso de la vida.

2.6.2. Estudio sobre definición y medición de la discapacidad a distintas edades.

2.6.3. Prevención de discapacidad y optimización de la capacidad física, mental y social de las personas mayores a través del seguimiento de enfermedades comunes.

2.6.4. Tratamiento y estrategias de intervención dirigidas a reducir y/o tratar la discapacidad física y mental a través de ajustes a nivel ambiental y social.

2.6.5. Prevención y rehabilitación de la discapacidad en personas mayores y desarrollo de sus capacidades para lograr la mayor funcionalidad física y psicológica posible.

2.6.6. Estudios comparativos de estrategias en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad.

#### **2.7. Calidad de vida.**

Se están añadiendo años a la vida, y el principal reto al que se enfrentan las investigaciones y las políticas de actuación es añadir calidad a esos años. Los investigadores deben asegurarse de que la conceptualización tenga en cuenta el punto de vista de las personas mayores.

Las prioridades específicas que incluye son:

2.7.1. Medidas para la calidad de vida armonizadas internacionalmente.

2.7.2. Factores determinantes de la calidad de vida en diferentes etapas vitales. Impacto de las transiciones vitales en la calidad de vida.

2.7.3. Factores que marcan diferencias en la calidad de vida en la vejez.

2.7.4. Variaciones culturales y de otro tipo en cuanto al significado de calidad durante los años postreros.

2.7.5. Relación entre progreso y calidad de vida.

2.7.6. «El sentido de la vida» para las personas mayores.

2.7.7. Bienestar, calidad de vida y salud.

2.7.8. Discapacidad y calidad de vida a lo largo del curso vital.

## 2.8. Sistemas de asistencia.

La integración de sistemas de asistencia formales e informales es crucial para el mantenimiento de las personas mayores cuyo nivel de funcionalidad es frágil.

Los temas específicos que incluye son:

2.8.1. Localización de los sistemas de asistencia disponibles en diferentes culturas y lugares, teniendo en cuenta las tendencias demográficas (por ejemplo, la transición del campo a la ciudad).

2.8.2. Creación de sistemas de asistencia, incluyendo servicios de cuidados a largo plazo, que sean adecuados y sostenibles económica y culturalmente.

2.8.3. Combinaciones eficaces de sistemas públicos y privados de prestación de asistencia en distintos emplazamientos.

2.8.4. Integración de sistemas de asistencia social y sanitaria.

2.8.5. Facilitar traslados entre lugares de asistencia; por ejemplo: hasta/desde el hospital y el hogar o la comunidad. Modelos de continuidad de la asistencia.

2.8.6. Necesidades y estrategias de formación con el objetivo de generar los recursos humanos adecuados y suficientes en los niveles adecuados de asistencia.

2.8.7. Las personas mayores como cuidadores: mujeres mayores en la prestación de asistencia y la epidemia del SIDA.

## 2.9. El cambio de estructura y de función en la familia, parientes y comunidad.

La estructura familiar está cambiando, con las inevitables consecuencias para las personas mayores. Este problema requiere una investigación.

Los temas específicos que incluye son:

2.9.1. Las diversas estructuras y funciones familiares y su evolución.

2.9.2. Cambios en los modos de vida, especialmente la residencia compartida y la vida independiente.

2.9.3. La naturaleza y la problemática de los cuidados en la familia.

2.9.4. Estructuras y procesos de adaptación y estrategias de supervivencia de las personas sin recursos familiares.

2.9.5. Intervenciones para promover otras redes de apoyo informal.

2.9.6. Mecanismos de prestación y recepción de apoyo emocional, físico, económico y de ayuda mutua.

2.9.7. Variación en las disposiciones familiares, en los modos de vida y las relaciones multigeneracionales.

## 2.10. Desarrollo y evaluación de políticas de actuación.

Es preciso presentar propuestas sólidas de control y evaluación del desarrollo y documentación de las políticas de actuación internacionales. Las políticas afectan en última instancia a las personas mayores, y deberían recibir información al respecto. Resulta crucial que la investigación dé información sobre el proceso de desarrollo de directrices y sugiera formas de solucionar los déficits de infraestructuras.

Los temas específicos que incluye son:

2.10.1. Modelos eficaces que vinculen la investigación, las directrices y la práctica, y su evaluación. Porcentaje del gasto público dirigido hacia las personas mayores y factores que influyen en ello.

2.10.2. Efectos específicos de la edad en los programas de salud y bienestar establecidos.

2.10.3. Evaluación de resultados del gasto, especialmente con respecto a la pobreza y la mejora de la salud y el bienestar de las personas mayores.

2.10.4. Base de datos en línea sobre el estado de salud, bienestar y situación socioeconómica de las personas mayores.

2.10.5. Valoración cuantitativa y cualitativa de la contribución de las personas mayores a la sociedad.

2.10.6. Interacción de comunidades científicas multidisciplinarias, nacionales e internacionales.

2.10.7. Datos de mantenimiento del desarrollo e implantación de directrices.

2.10.8. Indicadores para controlar y evaluar las políticas de actuación y los programas sobre el envejecimiento.

2.10.9. Indicadores socioeconómicos específicos de la edad.

2.10.10. Ejemplos documentados de una buena práctica en diferentes lugares; por ejemplo, de la implicación de

las personas mayores en el desarrollo de políticas de actuación y en la evaluación del impacto de esas políticas.

### TERCER APARTADO: CUESTIONES METODOLÓGICAS CLAVE

3.1. En estos momentos, ciertos problemas metodológicos representan sin duda importantes limitaciones para la implantación eficaz de cualquier programa de investigación global integral. A pesar de que el trabajo fundamental (instrumentación) ha ido avanzando paulatinamente en muchos lugares, se siguen necesitando con urgencia mejoras metodológicas que trasciendan muchas de las áreas de investigación esbozadas en los anteriores apartados. Este proceso debe ser continuo y dinámico; y se plantea una especial necesidad para trabajar sobre ello en zonas no europeas o estadounidenses, sobre todo en los países en desarrollo. La mayor parte de este trabajo se puede realizar en paralelo con el desarrollo de nuevos instrumentos a medida que la investigación se pone en marcha.

3.2. Debido a los cambios en los conocimientos y en la sociedad, se plantea una necesidad continua de ajuste o modificación de los métodos/instrumentos de valoración. Otro punto clave es la amplia difusión de los métodos e instrumentos más recientes y la cada vez mayor accesibilidad que tienen a ellos los investigadores.

3.3. Es preciso perfeccionar algunas definiciones, especialmente las de *calidad de vida*, *envejecimiento saludable*, y *contribución a la familia y la sociedad*. También se necesitan con urgencia instrumentos apropiados para medir las múltiples dimensiones de estos conceptos a través de países y culturas. Se deben elaborar, validar y armonizar en profundidad tanto las medidas objetivas como las subjetivas.

3.4. Otras áreas en las que se debe proseguir el esfuerzo metodológico son:

3.4.1. Armonización cultural, incluyendo adaptación y desarrollo, de métodos e instrumentos de investigación. Se trata de producir instrumentos de investigación que arrojen resultados comparables transversalmente y que sean válidos entre los lugares estudiados.

3.4.2. Reconocimiento de la necesidad de realizar una variedad de propuestas de investigación, prestando especial atención a los métodos de estudio longitudinal multidimensional, y poniendo un énfasis especial en las dimensiones multigeneracionales y de cohortes.

3.4.3. Estudio de valoración participativa en asociación con comunidades que incluyen el diseño y puesta en marcha de intervenciones.

3.4.4. Métodos de integración de estudios bio-psico-sociales, poniendo especial atención en las cuestiones éticas.

3.4.5. Es preciso potenciar y sustentar el estudio de las múltiples dimensiones y facetas del envejecimiento, inclu-

yendo el estudio de perfiles en las interacciones entre variables.

3.4.6. La medición de todos los elementos de contribución a la familia y la sociedad por parte de las personas mayores debe ser estudiada y catalogada en profundidad, para que se utilice en estudios de campo diseñados para demostrar la productividad de las personas mayores.

3.4.7. Estudios interdisciplinarios de evolución de la longevidad y el envejecimiento.

3.4.8. Perfeccionamiento de la validez y solidez de los métodos de medición de discapacidad, con el objetivo de hacer comparaciones válidas a lo largo del tiempo y el espacio y entre grupos sociales.

3.5. Cualquier estudio correcto de investigación sobre personas mayores debe incluir tanto hombres como mujeres, así como la serie completa de variación social, económica y cultural en la sociedad. Los datos deben ser presentados en tablas y analizados por género, edad y características sociales.

3.6. El análisis comparativo es especialmente importante para poner de manifiesto el efecto de diferentes condiciones socioeconómicas, normativas y disposiciones institucionales (factores extrínsecos), sobre las consecuencias y procesos del envejecimiento para las personas mayores, y las opciones para un cambio constructivo.

3.7. Es necesaria la consolidación/fusión de información proveniente de múltiples fuentes, así como la conexión de bases de datos y los análisis repetidos de los registros existentes. Esta información debe ser totalmente accesible para los investigadores.

3.8. En general, es importante fomentar el archivo de datos y su total disponibilidad para los investigadores. Habría que estudiar la idea de establecer un *archivo global de estudios sobre el envejecimiento*.

3.9. Habría que realizar un esfuerzo para garantizar que una comunidad lo más amplia posible se dé cuenta de la importancia de investigar para poder desarrollar políticas de actuación y ponerlas en práctica.

3.10. Resulta importante garantizar que los investigadores y los que desarrollan políticas de actuación mantengan un alto nivel de compromiso ético (incluyendo prestar atención a los nuevos ámbitos de investigación biomédica) y de responsabilidad social en la interpretación y difusión de resultados. Es preceptivo proteger los derechos y la confidencialidad de los participantes en cualquier investigación.

### CUARTO APARTADO: IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

4.1. La implantación del Programa de Investigación está ligada a la implantación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002. Debido a su naturale-

za y denominación, el Programa de Investigación puede ser considerado, entre otras de sus funciones, como instrumento de apoyo para promover, revisar y actualizar el Plan Internacional. Al mismo tiempo, el propio Programa de Investigación continúa desarrollándose y revisándose a medida que van surgiendo nuevos conocimientos y estudios. En definitiva, el Programa de Investigación debe ser un «proceso» y no simplemente un «producto».

4.2. Si el Programa de Investigación alcanza su meta establecida tendrá que ser adoptado por los Estados Miembros de Naciones Unidas como un instrumento esencial de soporte en la implantación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002 a todos los niveles: local, nacional e internacional. Se han propuesto las siguientes recomendaciones para sustentar la implantación y posterior evolución del Programa de Investigación:

4.2.1. El programa de Naciones Unidas sobre Envejecimiento y la Asociación Internacional de Gerontología (IAG) deben proseguir su esfuerzo conjunto dentro del proyecto de desarrollo del Programa de Investigación sobre el Envejecimiento para el siglo XXI.

4.2.2. El proyecto del Programa de Investigación debe seguir abierto a la mayor participación de todas las partes interesadas, incluyendo los Estados Miembros de Naciones Unidas, instituciones de investigación, organismos y departamentos de Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

4.2.3. El Secretariado de Naciones Unidas y la Asociación Internacional de Gerontología (IAG) deben impulsar a todas las partes interesadas a prever un mecanismo de compromiso global para investigar en las áreas prioritarias clave presentadas en este programa y para implantarlo a todos los niveles: global, regional, nacional y local, con especial énfasis en el desarrollo y mantenimiento de una red de centros de investigación en países en desarrollo y economías de transición.

4.2.4. Se deben tomar medidas inmediatas para que todas las partes interesadas tomen mayor conciencia del Programa de Investigación y aumenten su apoyo.

4.2.5. Se deben establecer y asignar recursos para garantizar la creación de un centro que favorezca un esfuerzo coordinado globalmente para implantar el programa de investigación acordado como resultado principal de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

4.2.6. Se debe invitar a organizaciones como ILO, UNESCO, UNFPA, WHO, Comisiones Regionales de Naciones Unidas, Bancos de Desarrollo, etc., a que revisen sus políticas y sus prioridades en investigaciones relacionadas con el envejecimiento en el contexto del Programa de Investigación de orientación global, con la intención de contribuir eficazmente a fomentar el conocimiento y comprensión en el campo del envejecimiento a nivel mundial.

4.2.7. En los países en desarrollo se debe reforzar la infraestructura para investigaciones y aumentar su capacidad, inspirándose en las virtudes de organismos internacionales de investigación científica relevantes, como la Asociación Internacional de Gerontología. Un punto de especial atención para esta actividad está en el intercambio de información sobre métodos de investigación, archivos de datos, estudios de casos, etc., entre organismos de investigación ya establecidos en países desarrollados y organismos incipientes en países en desarrollo.

4.2.8. Debe haber una garantía de financiación y una prestación en especie en forma de experiencia y formación, especialmente por la colaboración y el intercambio internacional, que asumirá el traspaso y adaptación de investigaciones de los países desarrollados hacia países en desarrollo, y que implantará las iniciativas locales en países en desarrollo. Entre los organismos internacionales que se encuentran en buena situación para asumir ese papel están organismos de Naciones Unidas como WHO y UNFPA, así como organizaciones no gubernamentales de reconocimiento internacional como HelpAge Internacional, y fundaciones privadas importantes. Al mismo tiempo que el Programa de Investigación va a reforzar el compromiso de algunas de estas fundaciones, que ya tienen su atención puesta sobre el envejecimiento, debe servir también de potente estímulo para que otras fundaciones de objetivos más genéricos identifiquen la investigación sobre el envejecimiento como una prioridad para el siglo XXI.

4.3. A largo plazo, el Programa de Investigación sobre el Envejecimiento debe continuar como un proyecto en curso con periódicas revisiones, vinculado al proceso de revisión del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002. Los resultados de la revisión y evaluación del Programa de Investigación deben estar disponibles para todas las partes interesadas, que deben ser informadas del proceso continuo de reformulación teniendo en cuenta los avances y problemas que surjan a lo largo del tiempo.

---

# Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento: Declaración final y Recomendaciones

Madrid, 5-9 de abril de 2002

## EL DESARROLLO Y LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

La población mayor representa en los países desarrollados cerca del 20% de la población y las tendencias futuras la aproximarán al 25%. En los países en desarrollo y menos desarrollados, supera el 10% y en las próximas décadas se va a acercar al 20%.

A pesar de esa realidad, en numerosas estados las personas mayores sufren graves situaciones de pobreza y exclusión social, no tienen condiciones de vida dignas y son un colectivo «invisible» para los gobiernos e instituciones internacionales y en los países más desarrollados, a pesar de los avances y mejoras sociales conseguidas, tienen aun importantes carencias y no cuentan con el reconocimiento que su peso poblacional requiere.

Las declaraciones universales y los pactos internacionales de derechos humanos no incluyen prohibición específica alguna a la discriminación por edad. Sin embargo, esta es una situación que padecen las personas mayores de todo el mundo en múltiples circunstancias: graves dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios de salud, ausencia de servicios sociales, graves carencias en vivienda y condiciones de vida, exclusión de la cultura y educación, trato inadecuado, escasa participación en la vida social y política.

Los derechos humanos de las personas mayores no son reconocidos en muchos lugares del mundo. Es por lo que desde este Foro, y como una cuestión prioritaria, reclamamos la estricta o íntegra aplicación de la Declaración de Derechos Humanos, recordando que ésta debe ser vigente para todos los ciudadanos, sin distinción de edad. La plena inclusión de las personas mayores en la vida social y económica de sus respectivas sociedades, el aprovechamiento de sus capacidades y experiencias y la defensa de sus derechos ante cualquier tipo de discriminación, constituyen una aspiración esencial del Foro de Envejecimiento.

Pero además, la conquista social que está suponiendo el hecho de que muchos millones de personas lleguen a edades muy avanzadas, nos obliga a que determinados aspectos relacionados directamente con el envejecimien-

to de la población hayan de ser especialmente protegidos y respetados como derechos de las personas mayores.

Por todo ello, exigimos que, además de asumir realmente los derechos citados, se instauren los necesarios mecanismos de control y seguimiento que garanticen su aplicación en todos los ámbitos: locales, nacionales e internacionales.

Asimismo, dentro de las instituciones de garantía deberá prestarse especial atención a los siguientes aspectos:

### Envejecimiento y pobreza

En la actualidad las condiciones de vida de las personas mayores de los países en desarrollo y menos desarrollados se caracterizan por la extrema pobreza en la que viven y que se transmite a las generaciones siguientes. Están afectados por situaciones de exclusión social, falta de posibilidades de participar en actividades de desarrollo, un muy limitado acceso a la atención sanitaria, inexistencia o ínfimo desarrollo de los sistemas de pensiones, falta de redes de servicios sociales, viviendas que no reúnen condiciones dignas.

Los numerosos y a menudo silenciados conflictos bélicos, la extensión de enfermedades como el SIDA, las hambrunas y los desastres naturales afectan especialmente a las personas mayores.

Las personas mayores contribuyen con sus habilidades y conocimientos a paliar los efectos de conflictos y desastres humanitarios, pero no son reconocidos suficientemente y sus necesidades específicas no son tenidas en cuenta por los organismos nacionales e internacionales.

Las familias, que han jugado un papel tradicional de soporte y ayuda a sus mayores, sumidas también en condiciones de pobreza, tienen a su vez, graves dificultades para cumplir un papel de atención adecuada.

A pesar de sus esfuerzos, las organizaciones de mayores y las ONG no cuentan con el reconocimiento y el apoyo de las instituciones gubernamentales e internacionales para el desarrollo de sus programas y actividades.

Los organismos financieros internacionales no reconocen la importante contribución de las personas mayores al desarrollo de sus familias y comunidades y condicionan la ayuda económica a estos países a la implantación de duros recortes de los ya escasos instrumentos de protección social. Los gobiernos se hacen cómplices o aceptan pasivamente estas exigencias.

Las exigencias de privatización de los sistemas de Seguridad Social, suponen una discriminación para los mayores de los países en desarrollo.

Los efectos del pago de la deuda externa impiden destinar recursos económicos al desarrollo de políticas de bienestar social para las personas mayores. Los programas para reducir la pobreza no incluyen a las personas mayores, a pesar de que está aumentando el número de mayores en situación de pobreza.

La propuesta de Naciones Unidas de hace ya tres décadas de que los países desarrollados destinasen el 0,7% del PIB a programas de cooperación al desarrollo, sólo se cumple en la actualidad por tres estados. También es preocupante que a menudo los créditos anuales anunciados o comprometidos no llegan a gastarse sino en una baja proporción.

Las personas mayores tienen mucha capacidad de iniciativa para organizarse en grupos y redes, pero la falta de educación y conocimiento de sus derechos, las situaciones de pobreza y exclusión social impiden la realización de sus derechos.

## **Género y envejecimiento**

Las mujeres mayores deben ser objeto de especial protección en la defensa de sus derechos. Padecen más carencias en múltiples aspectos: menos ingresos, más discapacidad, más soledad, menos acceso a la educación, a la cultura y al ocio. Su participación en los procesos de toma de decisiones es muy escasa todavía.

Pero sobre todo, asumen las tareas de cuidado en el seno familiar, aun en edades avanzadas, constituyendo en la mayoría de los países del mundo la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad. Las consecuencias de las guerras, desórdenes civiles y enfermedades como el VIH/SIDA, generan la existencia de millares de abuelas cuidadoras y madres sustitutas. La violación de sus derechos y las situaciones de violencia y abuso se producen ante tres situaciones de discriminación: el género, la edad y la pobreza.

Las mujeres mayores de los países en desarrollo sufren especialmente los efectos de esta situación, agudizada por su mayor exclusión social por una vida de desigualdad de género, su mayor longevidad en comparación a los hombres y su soledad al ser en su mayoría viudas.

## **Bienestar social**

El envejecimiento de la población que supone un enorme progreso en el desarrollo de los pueblos del mundo, presenta un importante reto en las políticas y sistemas públicos de bienestar social, para permitir que las personas mayores puedan seguir participando la mayor parte de tiempo posible en la sociedad y tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades.

Los derechos que forman los pilares básicos de la protección social son, entre otros: el derecho a la jubilación con unos ingresos suficientes para tener una existencia segura y digna; el acceso a unos cuidados de salud y sociosanitarios que garanticen la autonomía personal y la calidad de vida; la inclusión social; la integración efectiva en la sociedad.

La familia en sus variadas fórmulas sigue siendo central para la calidad de vida de las personas mayores. Los patrones cambiantes en la vida familiar debido a la inmigración, urbanización, incremento de las mujeres en el mercado laboral y otros procesos económicos y medioambientales deben de ser tomados en cuenta por los poderes públicos para proveer recursos adecuados de apoyo a las familias, de manera que el soporte familiar sea un suplemento y no el reemplazo de los servicios públicos.

Los gobiernos deben asumir la responsabilidad del equilibrio entre autocuidados, sistemas de soporte informal y cuidados profesionales; la atención de larga duración debe contemplar un amplio abanico de servicios comunitarios, sociales y de salud.

Se debe atender especialmente a las personas mayores más frágiles y vulnerables, a las que se encuentran en situación de pobreza o que sufren una situación de dependencia.

## **Salud**

Envejecimiento no debe ser sinónimo de pérdida de salud. Sin embargo, las condiciones de vida de muchísimas personas mayores, y muy en especial de las mujeres, desembocan en un deterioro de la salud. Por ello, la salud es una de las preocupaciones básicas de las personas mayores.

Los indudables avances en la mejora de la salud no pueden ocultar que en numerosos lugares las personas mayores no tienen acceso a la atención sanitaria. Muchas personas mayores se encuentran discriminadas en su derecho a la protección a la salud y no pueden disfrutar de los avances científicos.

## **Participación**

Las personas mayores son miembros activos en la sociedad y llevan a cabo múltiples aportaciones, a menudo

poco visibles. La participación es un factor clave para el desarrollo social y por ello es necesario promover de forma creativa iniciativas que estimulen la actividad de las personas mayores en el entorno rural y urbano.

Las barreras a la participación son de carácter diverso. Es muy importante conocer cuáles son las percepciones que las personas mayores tienen acerca de sus capacidades, así como las informaciones de que disponen respecto a las modalidades de su participación.

En la medida en que el envejecimiento es un proceso que concierne a todas las generaciones, la participación de las personas mayores debe contemplar el conjunto de temas de interés de la comunidad, aplicando de este modo una perspectiva intergeneracional.

Las personas mayores, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, disponen de una experiencia a compartir con las generaciones más jóvenes, lo que les permite ser el nexo entre el pasado y el presente, y por ello constituyen un recurso clave para dar continuidad a los valores culturales y preservar la diversidad de identidades.

### **Seguridad, consumo y entorno**

Las personas mayores necesitan, para lograr un envejecimiento activo y saludable, desarrollar su vida cotidiana en condiciones de seguridad. Este concepto comprende tanto la percepción subjetiva como los aspectos materiales que favorecen el sentimiento de seguridad (vivienda, alimentos, recursos económicos, acceso a los servicios sanitarios y sociales, de protección personal...).

Los mecanismos para crear entornos favorables para las personas mayores deben contemplar todas las áreas de la vida. Para ello es necesario hacer accesibles sus entornos y facilitarles la permanencia en los lugares de vida de su elección.

El desarrollo de las nuevas tecnologías, que tienen que ser un apoyo positivo para las personas mayores, sin embargo, están generando una nueva dualidad social, al ser hoy por hoy inaccesibles para la inmensa mayoría de los mayores de los países en desarrollo.

Las medidas destinadas a la mejora de las condiciones de la vida diaria suponen un gran incentivo para la industria, el mercado en general y la generación de empleo. Pero constituyen también un reto para los gobiernos, las administraciones locales y nacionales y sus representantes, y para todas las instituciones.

### **Protección legal**

En la mayoría de los países no se respeta el derecho a la autonomía de las personas mayores, en la que supone

el respeto a su capacidad jurídica y al acceso a la información y asesoría en materia legal.

No está adecuadamente reconocido el derecho a la protección de la vejez con dependencias psíquicas o físicas susceptibles de incapacitación legal.

A menudo no se reconoce o no se respeta el derecho a la protección ante situaciones de abuso, violencia y maltrato en todos los ámbitos: locales, nacionales o internacionales, y también para las personas que residen en instituciones. Existe un infradesarrollo de los Derechos Humanos de las personas que padecen demencia.

### **Minorías étnicas y movimientos migratorios**

A pesar de lo establecido en diversas Declaraciones de Derechos de Naciones Unidas, en muchos países las minorías étnicas sufren especialmente la violación de sus derechos fundamentales. Esta situación es especialmente grave entre las personas de más edad, con un profundo arraigo a sus tradiciones culturales y mayores dificultades de integración en las culturas mayoritarias.

Similares situaciones padecen las personas que cada día emigran en mayor número a otros países por causas económicas o solicitan asilo o refugio por razones ideológicas o de creencias. El desarraigo que sufren se agudiza en las que tienen edad avanzada.

### **Medio ambiente**

El medio ambiente, último de los bienes comunes que afectan a toda la humanidad, es además el elemento básico para nuestra vida y para el desarrollo de nuestra especie. La mayoría de las prácticas y relaciones más sostenibles con la naturaleza o imprescindibles de recuperar, se encuentran en nuestros mayores.

Nuevas enfermedades o enfermedades en expansión, tienen como origen o elemento de desarrollo el deterioro ambiental.

El mundo urbano, la salud ambiental y el consumo son asuntos que afectan de forma directa la vida de las personas mayores.

### **PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES DE ACCIÓN PARA LOS GOBIERNOS Y LA SOCIEDAD CIVIL**

El Foro Mundial de ONG reclama la redacción de una Convención promovida por las Naciones Unidas para la eliminación de cualquier forma de discriminación hacia las personas mayores, como instrumento de rango superior que realmente protegería los derechos humanos de este grupo de población.

El Foro de ONG presenta las siguientes propuestas que pueden contribuir a corto y medio plazo a ir transformando esa realidad:

- Los gobiernos tienen la responsabilidad de desarrollar sistemas de protección social, que garanticen con carácter universal unos ingresos básicos a todas las personas mayores, tanto en los sectores formales como informales, en el ámbito rural y urbano. Debe garantizarse la no utilización de los recursos de las pensiones para otros fines económicos distintos.

- El principio de envejecimiento activo debe presidir las políticas de salud en todos los ámbitos: locales, nacionales e internacionales.

- La protección a la salud debe reconocerse como un derecho fundamental de las personas mayores, reconociéndose como tal en las normas constitucionales y legislativas de todos los países, evitando cualquier discriminación en función de la edad.

- Los gobiernos deben asumir como una de sus responsabilidades básicas garantizar el acceso de las personas mayores a sistemas públicos de salud, que permitan la adecuada prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento. Es necesario dotar a los profesionales de la salud de la adecuada formación en geriatría y gerontología.

- La atención a la salud debe ser contemplada desde una perspectiva integral y teniendo en cuenta los problemas sociales que afectan a las personas mayores y que tienen incidencia en los problemas de salud.

- La educación para la salud debe contemplar específicamente a las personas mayores, y a los cuidadores familiares y profesionales encargados de su atención.

- La atención a la salud mental, a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y a los problemas de carácter psicológico deben ser asumidos con un enfoque integral, con el adecuado respeto a la dignidad.

- Es necesario desarrollar programas de prevención, desde las vacunaciones hasta una adecuada nutrición, salud dental, así como la potenciación de medidas positivas como actividad física, evitar el tabaquismo y el alcoholismo, etc., y la detección precoz de patologías y síndromes geriátricos de alta prevalencia.

- Las autoridades sanitarias deben garantizar la participación de las personas mayores en el desarrollo de los programas de salud.

- Hay que garantizar la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, en un continuo de atención a las personas mayores.

- Los gobiernos deben impulsar el desarrollo de redes de servicios sociales y sociosanitarios que permitan el envejecimiento digno en casa, apoyen eficazmente a las familias cuidadoras y faciliten la incorporación de las mujeres a la vida laboral.

- Resulta especialmente urgente diseñar y poner en marcha programas y prestaciones de atención a las personas con dependencia, que en las próximas décadas van a representar una parte importante de las personas mayores, a través de los sistemas públicos de protección social. Igualmente resulta imprescindible el desarrollo de programas de prevención y atención para las personas mayores que sufren de la enfermedad del SIDA y afrontar las carencias económicas y de información de los cuidadores de familiares enfermos y de jóvenes huérfanos.

- La comunidad internacional debe afrontar la condonación de la deuda externa, con la exigencia de que la liberación de los recursos económicos que ello suponga se destinen prioritariamente a políticas de bienestar social, en las que se deben incluir de manera destacada los relacionados con las personas mayores.

- Los organismos financieros internacionales deben dejar de condicionar la aprobación de medidas de apoyo económico a los países en desarrollo y poco desarrollados a la aprobación de políticas de recorte social.

- Los países desarrollados, y muy en especial los que son receptores de emigrantes, deben comprometerse a la realización de programas de cooperación, que deberían situarse en un plazo razonable en el 0,7% del PIB.

- Los programas de cooperación y de reducción de la pobreza deben garantizar la inclusión de un porcentaje de los Fondos para proyectos destinados a las personas mayores.

- Las ONG del norte y las ONG internacionales han de conocer y prestar un mayor apoyo económico a los microproyectos de las ONG del sur, así como dar la oportunidad de compartir y trasladar los esfuerzos en defensa de los mayores de un país a otros.

- Las Naciones Unidas deberían aprobar la constitución de un Fondo de Emergencia Social destinado a paliar los efectos que conflictos bélicos, crisis económicas graves y prolongadas, catástrofes naturales, hambrunas, etc., provocan en la población mayor de los estados en desarrollo o poco desarrollados.

- Los gobiernos y la sociedad civil deben reconocer la capacidad de las personas mayores para contribuir al desarrollo social. Dicho reconocimiento ha de basarse en el respeto a la diversidad cultural, étnica y de experiencias de vida de las mujeres y hombres mayores.

- Los gobiernos y la sociedad civil deben propiciar el aprovechamiento del recurso social que suponen las personas mayores, para el desarrollo de sus países, en tareas de solidaridad intergeneracional y con otras personas mayores, preservando siempre su dignidad.

- Las ONG deben unir sus esfuerzos para apoyar a las personas mayores y promover su capacitación, su movilización y el aumento de su influencia en las políticas sociales.

- Los gobiernos deben garantizar la participación activa de las personas mayores en los debates locales y nacionales, para la toma de decisiones sobre la política social y de desarrollo, reconociendo el trabajo intergeneracional que cumplen las personas mayores.
- La adaptación de las sociedades al envejecimiento requiere que las asociaciones de personas mayores y las ONG participen en la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios dirigidos a las personas mayores o de aquellos en los que estas intervienen, institucionalizando instrumentos estables de participación y control. Los gobiernos y las autoridades locales deben promover este enfoque en las relaciones entre los diferentes sectores, con el objetivo de conseguir que los servicios resulten culturalmente adecuados y satisfagan las necesidades de las personas mayores.
- La importancia de la formación como un continuo a lo largo de la vida se convierte, en la edad avanzada, en una importante herramienta para alcanzar una buena calidad de vida. Los promotores públicos y privados de las actividades de formación, desde la educación informal hasta la universidad, tienen que incorporar la perspectiva intergeneracional en las iniciativas de formación.
- Las asociaciones de personas mayores tienen que adaptarse a un entorno cambiante y en correspondencia definir agendas de actuación plurales y solidarias, con propuestas que expresen el compromiso con las diferentes generaciones y el aprendizaje compartido entre personas mayores de todo el mundo; igualmente tienen que relacionarse con otros movimientos y organizaciones sociales con el fin de reforzar un enfoque transversal del envejecimiento.
- Las personas mayores reclaman su presencia como actores en la construcción de la paz en el mundo. Es necesario que la cultura por la paz forme parte de las agendas de las asociaciones de personas mayores. En esta dirección se propone la creación de un Consejo de Personas Mayores promotoras de la Paz, destinado a favorecer la comunicación y la cooperación entre personas de diferentes países para colaborar en iniciativas a favor de la paz.
- Los gobiernos, las ONG y las asociaciones de personas mayores deben dar prioridad a la capacitación de los hombres y mujeres mayores, de forma que su participación resulte satisfactoria y eficaz.
- Los centros de investigación deben promover estudios que incorporen la perspectiva intergeneracional y desarrollar catálogos de este tipo de actividades, que permitan sostener programas de formación en esa dirección.
- Las personas mayores tienen un papel como actores activos en una nueva forma de globalización: la globalización de la solidaridad.
- La adaptación del entorno inmediato, al igual que cualquier medida preventiva, debe comenzar temprano, antes de que surja una necesidad inmediata.
- Las nuevas tecnologías deben ser accesibles para las personas de todas las edades y capacidades, posibilitando que los mayores continúen una vida independiente con capacidad de decisión, de esta manera se mejorará el acceso a los servicios, contribuyendo a una mayor calidad de vida.
- La elaboración de estadísticas e investigaciones sobre la pobreza de las personas mayores debe ser una prioridad para los gobiernos, ONG e instituciones de carácter mundial (ONU, FMI, Banco Mundial, etc.). Resulta especialmente urgente analizar el impacto de los movimientos migratorios, el SIDA, los conflictos armados y los desastres humanitarios y sus consecuencias en la exclusión de las personas mayores.
- Los gobiernos y organismos internacionales deben garantizar el acceso público a estadísticas, informes, experiencias de buenas prácticas que se relacionan con las personas mayores, con el objeto de facilitar, entre otros, el establecimiento de redes para compartir programas de actuación y proyectos intergeneracionales.
- Los medios de comunicación deben informar acerca de la realidad, diversa y plural de las personas mayores, de sus capacidades y necesidades, a fin de eliminar estereotipos entre las generaciones y reducir las barreras para la participación.
- El Foro del Envejecimiento reivindica la inclusión de las personas mayores entre los grupos principales de la Agenda 21 (Cumbre de Río sobre Medio Ambiente que anima a la participación social).
- La ciudad debe ser planificada y gestionada por y para los mayores para garantizar accesibilidad y calidad medioambiental.
- Una adecuada distribución de los equipamientos y servicios necesarios para las personas mayores para que estén próximos a su lugar de residencia.
- Mejora en el diseño de alojamientos y entornos medioambientales, para promover una independencia con seguridad de la persona mayor.
- Promover estándares universales de diseño para garantizar la seguridad de las personas mayores en todo tipo de edificios, así como en todo tipo de transporte público y privado, para que no sea excepcional el uso por personas con dificultades físicas o discapacitadas.
- Informar y formar a los mayores, como consumidores para consumir de forma responsable y ética para garantizar la seguridad alimentaria, un ecosistema sano y relaciones laborales equitativas que beneficiarán a todas las sociedades y las culturas de todo el mundo. Esto es posible con un etiquetado claro y honesto.

- Promover el reciclaje de aparatos y útiles para mayores y personas con discapacidad, evitando el deterioro medioambiental y haciendo más accesible su adquisición.

- En el consumo de medicamentos se propone:
  - Respetar, estudiar y apoyar los tratamientos de salud tradicionales de cada cultura y comunidad.
  - Garantizar que los medicamentos recetados a personas mayores estén en condiciones óptimas, las dosis sean adecuadas y los efectos secundarios sean explicados con toda claridad.
  - Evitar el consumo inadecuado de medicamentos. Informar sobre el efecto de éstos, como residuos que perjudican el medio ambiente.
  - La industria farmacéutica debe respetar los ecosistemas del planeta.

- Contemplar las relaciones intergeneracionales, afectivas y familiares como una garantía de prevención y salud social, enmarcando en el concepto de ecología humana.

- Respetar el entorno y el planeta como concepto y valor esencial en religiones y creencias de muchas culturas en los diferentes continentes.

- Proteger prioritariamente todas las fuentes de agua, elemento indispensable para cualquier forma de vida, ya que está amenazada en el mundo entero por la industria, el urbanismo desordenado, la agricultura intensiva y, sobre todo, en situación de guerra y pobreza.

- Revisar el concepto de natalidad en contraposición al envejecimiento de las sociedades desarrolladas, analizando cuál es el volumen óptimo de población y las políticas activas de inmigración.

- Reconocer a la mujer como educadora medioambiental respecto a su familia, incentivándola para facilitar en su entorno la protección ambiental.

- El Foro de ONG sobre Envejecimiento exige que la Organización Mundial de la Salud incluya en su definición de salud en el siglo XXI el concepto de salud medioambiental: salud física, psíquica, social y medio ambiental.

- Es necesario planificar comprensivamente las políticas para personas mayores. Las políticas actuales están fragmentadas y a menudo carecen de una perspectiva relacionada con el envejecimiento.

- En los Presupuestos Públicos los Gobiernos deben contemplar unos gastos adecuados que guarden proporción al número de personas mayores con relación a la población del país.

- Cada país debe crear un Plan Nacional que incluya aspectos económicos, sociales, culturales y de salud que apoyen programas contra la pobreza para asegurar un acceso universal fácil «in age friendly communities».

- Se debe reconocer el envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad, y una mayor flexibilidad

por agravamiento de la discapacidad en la concesión de pensiones de invalidez.

- Se debe promover que la jubilación, además de ser un derecho universal, se pueda realizar voluntariamente en forma progresiva y flexible.

- Se propone la elaboración de un Código de Buenas Prácticas y un Pacto Intergeneracional de apoyo mutuo.

- Se debe propiciar la creación del Defensor de la Persona Mayor y Concejalías de Personas Mayores en todos los municipios o niveles locales.

- Se debe garantizar la igualdad salarial de hombres y mujeres con la máxima de «igual trabajo, igual salario», sin que haya discriminaciones por razones de edad.

- Los gobiernos tienen que proveer ayudas y recursos para la promoción y formación de voluntarios, con los recursos técnicos y financieros.

- Es necesario introducir indicadores que permitan la medición tanto de la calidad percibida como de la prestada. Es también necesario exigir la calidad técnica y la calidad humana en la prestación de servicios.

- Es preciso revalorizar el sector de servicios asistenciales para las personas mayores y conseguir una mejor valoración y remuneración de los profesionales.

- Hay que reconocer el papel de las personas mayores en la atención a sus nietos.

- La protección de las personas mayores legalmente incapacitadas debe garantizarse mediante la potenciación de las instituciones tutelares públicas y privadas y sin afán de lucro.

- La realización de las personas mayores en todas sus potencialidades incluye el ejercicio de su sexualidad sin exclusiones de la forma que cada cual decida o elija.

- Se propone crear un premio simbólico, comparable al premio Nobel de la Paz, que se dé anualmente entre aquellas personas mayores que hayan prestado un servicio a la comunidad.

- Las ONG deben conocer y detectar las necesidades básicas de las personas mayores para desarrollar las políticas sociales. Igualmente deben participar en las investigaciones sobre temas de envejecimiento, consultar a los ciudadanos y desarrollar planes de acción y recomendaciones que favorezcan el cambio social. Las ONG deben someterse a una evaluación continua de sus acciones, programas y servicios.

- Se debe impulsar la formación de los cuidadores formales e informales.

El Foro propone la creación de una Agencia de Naciones Unidas especializada en personas mayores, que tenga entre otras responsabilidades, el control y seguimiento del Plan de Acción, así como para promover la utilización del potencial de las personas mayores.

Por último, queremos reiterar que los procesos de globalización sin derechos humanos y sin igualdad resultan inconcebibles e inaceptables y esto es especialmente decisivo en lo que se refiere a los derechos de las personas mayores.

De manera muy especial, debemos concluir que las ONG están legitimadas como cauce de la sociedad civil para la que adquieren una dimensión especial en la construcción de una nueva sociedad a través de sus actuaciones que traten de poner remedio a la cultura de la indiferencia, al individualismo exasperado, a la competitividad y al utilitarismo, que actualmente constituyen una amenaza

en todos los ámbitos del consorcio humano, y con el fin de evitar toda ruptura entre generaciones, las ONG están llamadas a promover nueva mentalidad, unas nuevas costumbres, unos nuevos modos de ser, una nueva cultura basada en la solidaridad.

Por ello, las ONG reunidas en Madrid en el II Foro Mundial del Envejecimiento proclamamos la necesidad de construir no sólo *una sociedad para todas edades*, sino una sociedad que persiga un bienestar y una justicia social que no olvide colocar a la persona humana y su dignidad, en el centro de sus objetivos.

# Envejecimiento activo: un marco político\*

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

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

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

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

## ÍNDICE

### Introducción

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

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

#### 2. El envejecimiento activo: concepto y fundamentación.

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

– ¿Qué es el «envejecimiento activo»?

– Un acercamiento al envejecimiento activo desde el ciclo vital.

– Políticas y programas del envejecimiento activo.

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

– Determinantes transversales: la cultura y el género.

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

– Determinantes conductuales.

– Determinantes relacionados con los factores personales.

– Determinantes relacionados con el entorno físico.

– Determinantes relacionados con el entorno social.

– Determinantes económicos.

#### 4. Los desafíos de una población que envejece.

– Desafío 1: la doble carga de la enfermedad.

– Desafío 2: mayor riesgo de discapacidad.

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

– Desafío 4: la feminización del envejecimiento.

– Desafío 5: la ética y las desigualdades.

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

– Desafío 7: la forja un nuevo paradigma.

#### 5. La respuesta política.

– La acción intersectorial.

– Propuestas políticas fundamentales.

1. Salud.

2. Participación.

3. Seguridad.

– La OMS y el envejecimiento.

– La colaboración internacional.

– Conclusiones.

#### 6. Referencias bibliográficas.

### ¿CON CUÁNTOS AÑOS SE ES MAYOR?

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

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

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

## 1. EL ENVEJECIMIENTO GLOBAL: UN TRIUNFO Y UN DESAFÍO

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

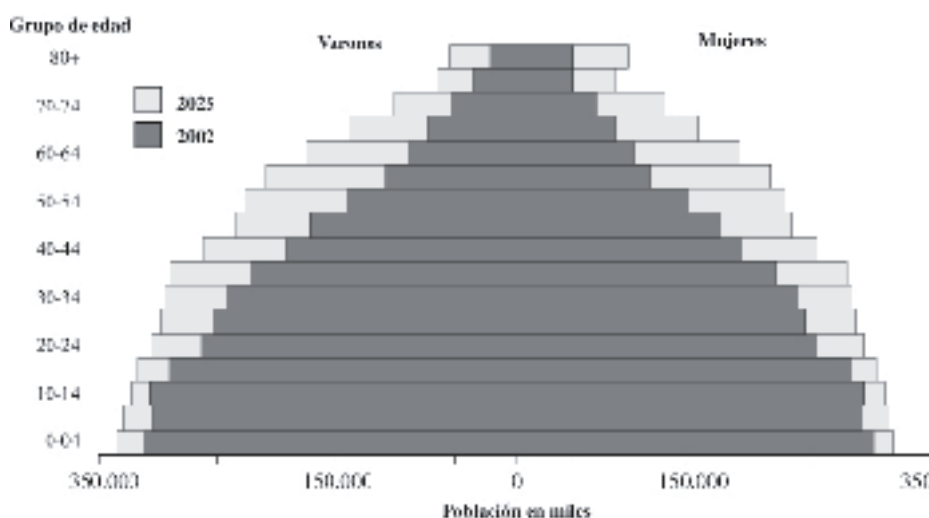
Gro Harlem Brundtland, Directora General de Organización Mundial de la Salud, 1999.

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

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

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

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



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

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

**La revolución demográfica**

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: NN.UU., 2001.

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

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

Fuente: NN.UU., 2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: NN.UU., 2001.

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

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

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

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

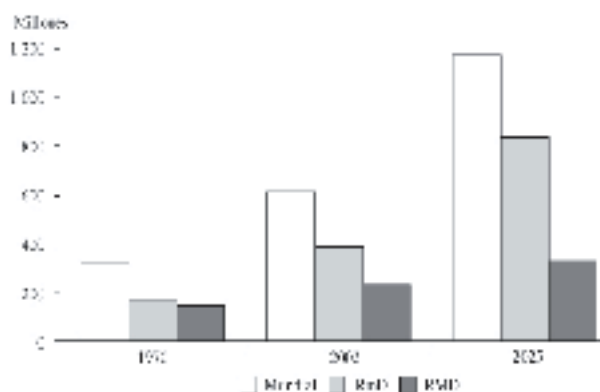
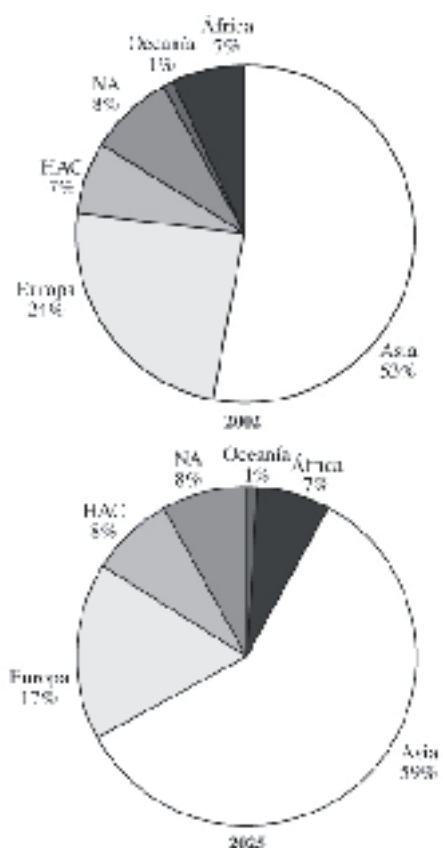


Figura 2. Número de personas mayores de 60 años en las regiones más y menos desarrolladas, 1970, 2000 y 2025. RmD: regiones menos desarrolladas. RMD: regiones más desarrolladas. Fuente: NN.UU., 2001.



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

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

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

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

### ALGUNAS DEFINICIONES FUNDAMENTALES

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

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

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

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

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

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

## 2. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: CONCEPTO Y JUSTIFICACIÓN

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

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

**¿Qué es el «envejecimiento activo»?**

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

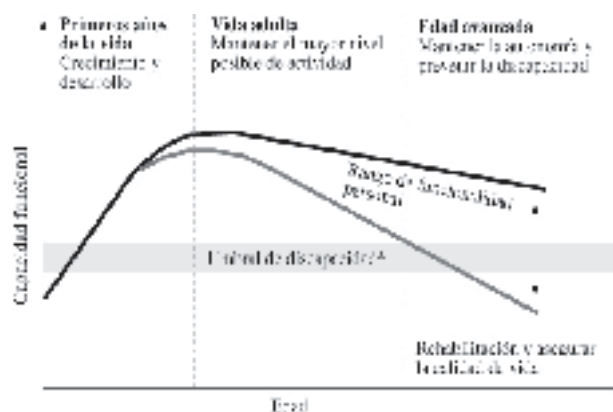
El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que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

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

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

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

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



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

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

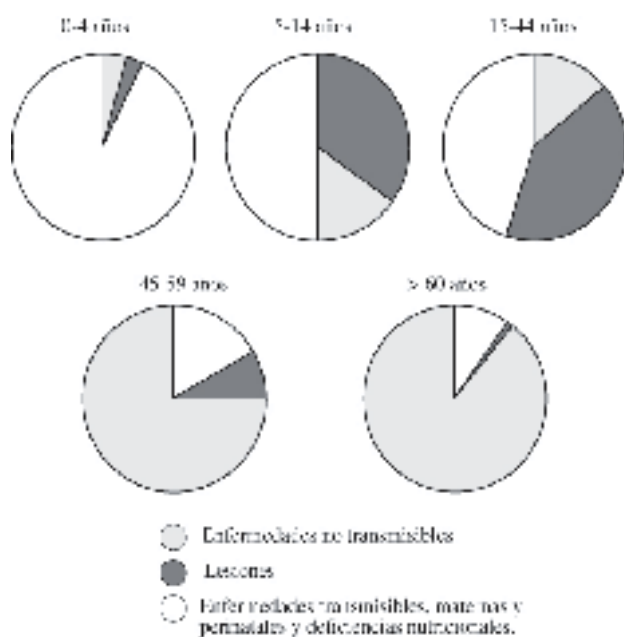
La capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando a continuación. Sin embargo, el ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados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

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

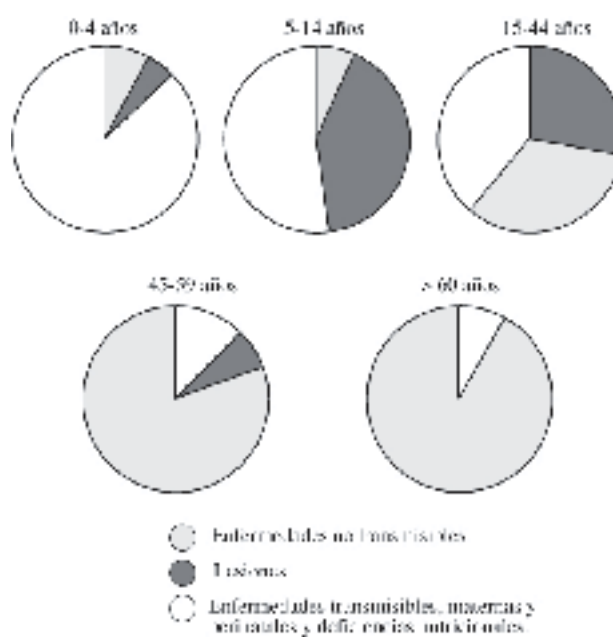
El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un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

**Un acercamiento al envejecimiento activo desde el ciclo vital**

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



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



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

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

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

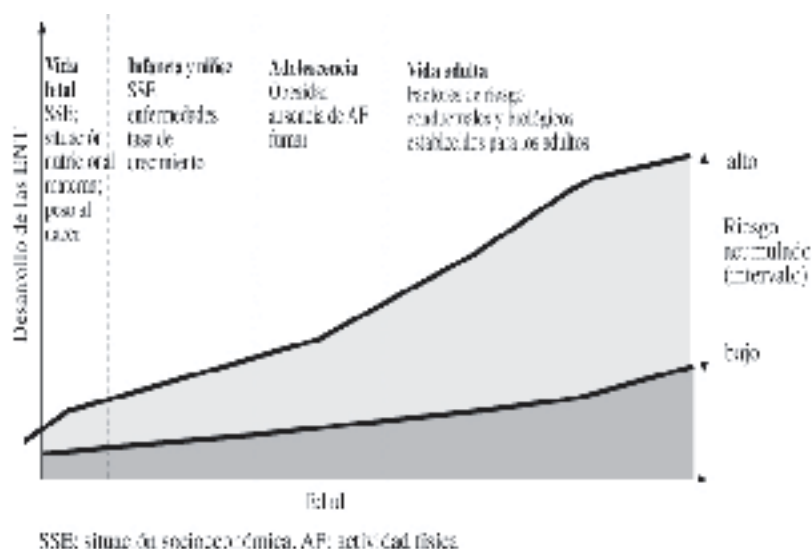
**PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE AFECTAN A LAS PERSONAS ANCIANAS EN TODO EL MUNDO**

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

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

Fuente: OMS, 1998.

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



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

### Políticas y programas de envejecimiento activo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Determinantes transversales: la cultura y el género

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

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

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

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

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

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



Figura 8. Los determinantes del envejecimiento activo.

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

### **Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales**

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

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

#### *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades*

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

#### *Servicios curativos*

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

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

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

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

#### *Asistencia de larga duración*

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

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

#### *Servicios de salud mental*

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

## Determinantes conductuales

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

### *El tabaquismo*

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

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

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

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

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

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

### *La actividad física*

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

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

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

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

#### *La alimentación sana*

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

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

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

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

#### *Salud bucal*

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

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

#### *El alcohol*

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

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

#### *Los medicamentos*

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

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

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

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

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

#### *Cumplimiento terapéutico*

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

#### **Determinantes relacionados con los factores personales**

##### *Biología y Genética*

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

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

*medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna.*

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

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

##### *Factores psicológicos*

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

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

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

## Determinantes relacionados con el entorno físico

### *Entornos físicos*

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

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

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

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

### *La seguridad de la vivienda*

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

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

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

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

### *Las caídas*

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

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

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

### *Agua limpia, aire puro y alimentos sanos*

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

## Determinantes relacionados con el entorno social

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

### *El apoyo social*

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

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

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

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

#### *Violencia y abuso*

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

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

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

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

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

#### *Educación y alfabetización*

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

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

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

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

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

### Determinantes económicos

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

#### *Los ingresos*

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

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

#### *La protección social*

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

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

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

#### *El trabajo*

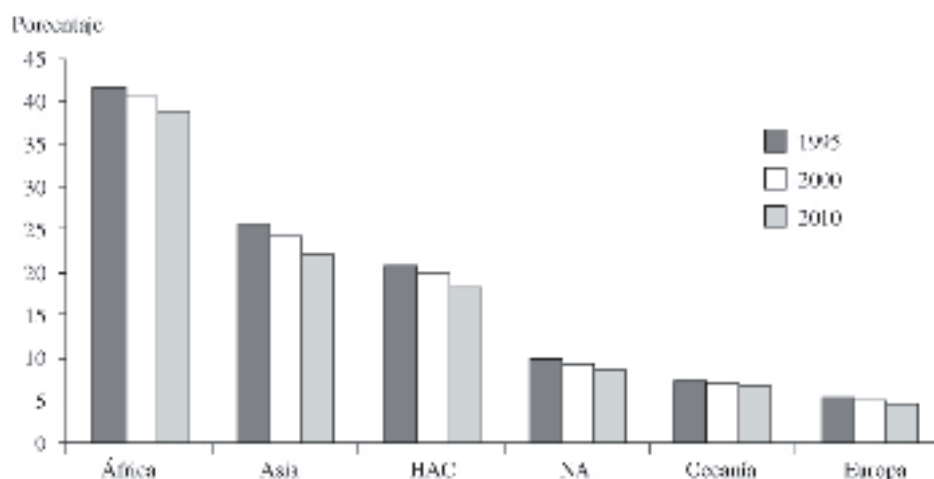
En todo el mundo, si un mayor número de personas disfrutaran de la oportunidad de tener un trabajo digno (apropiadamente remunerado, en entornos adecuados, protegido contra los riesgos) desde la juventud, se llegaría a la vejez siendo capaz de seguir participando en la fuerza laboral. En consecuencia,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

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

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

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

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



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

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

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

#### 4. LOS DESAFÍOS DE UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE

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

##### Desafío 1: la doble carga de la enfermedad

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

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

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

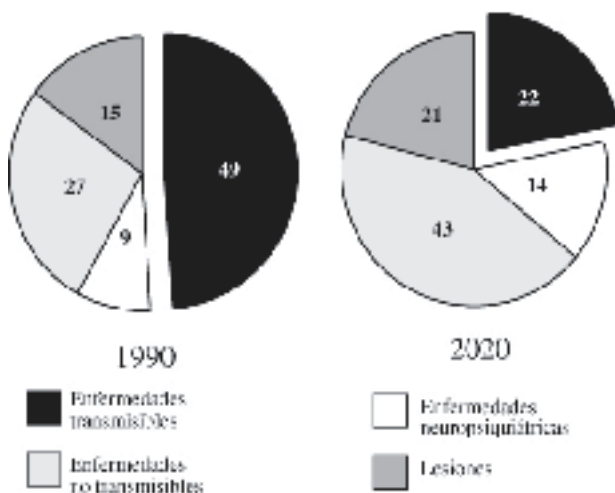
#### EL VIH/SIDA Y LAS PERSONAS MAYORES

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

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

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

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



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

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

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

## Desafío 2: mayor riesgo de discapacidad

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

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

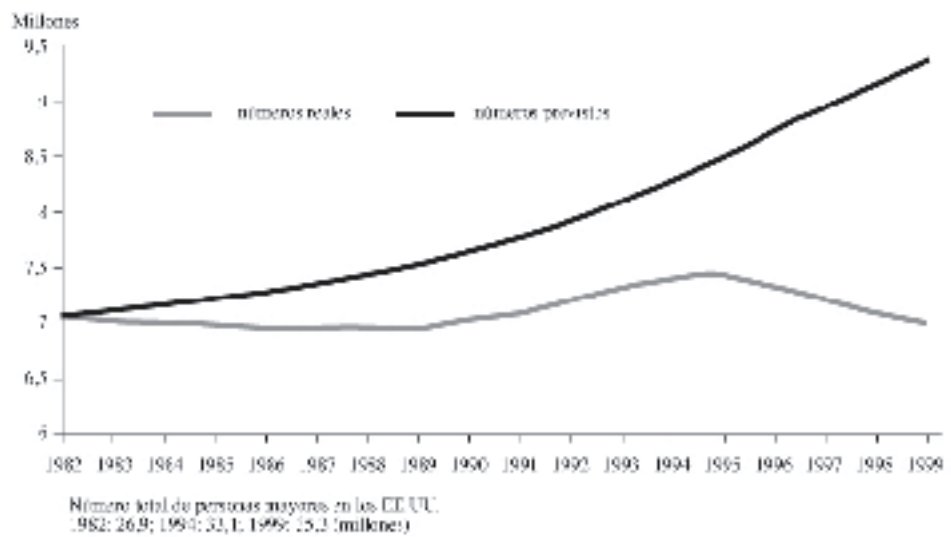
A medida que envejecen, es posible que las personas con discapacidades encuentren barreras adicionales relacionadas con el proceso de envejecimiento. Por ejemplo, problemas de movilidad producidos por una poliomielitis en la niñez pueden agravarse considerablemente en etapas tardías de la vida. Hoy día,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

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

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

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

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



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

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

*La visión y la audición*

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

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

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

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

*Un entorno de capacitación*

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

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

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

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

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

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

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

### **Desafío 3: proporcionar asistencia a las poblaciones que envejecen**

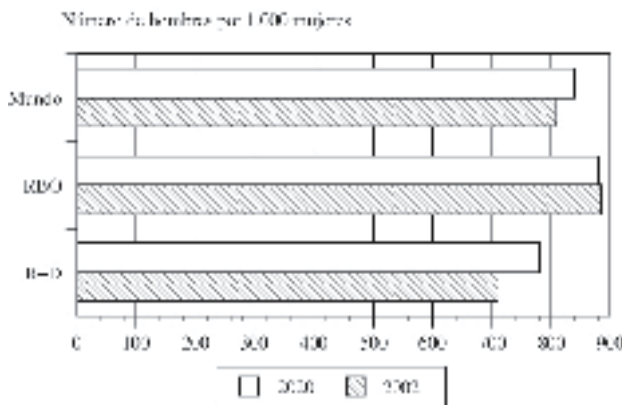
A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios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

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

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

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

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



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

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

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

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

#### Desafío 4: la feminización del envejecimiento

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

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

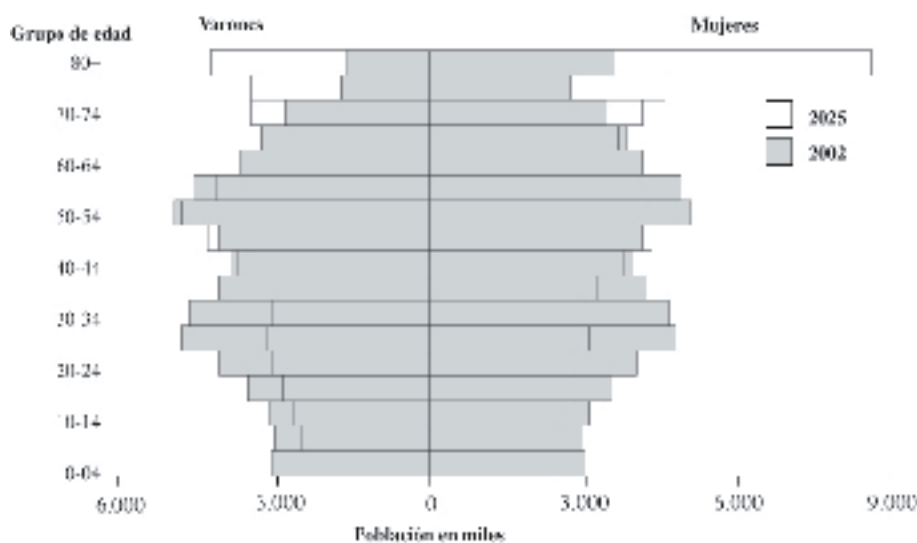
Las mujeres también tienen más posibilidades que los hombres de llegar a la vejez, período en el que las discapacidades y numerosos problemas de salud son más frecuentes. En el grupo de los mayores de 80 años de edad, el promedio mundial es de menos de 550 hombres por cada 1.000 mujeres. En las regiones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

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

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

#### Desafío 5: la ética y las desigualdades

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Desafío 6: la economía de una población que envejece**

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

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

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

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

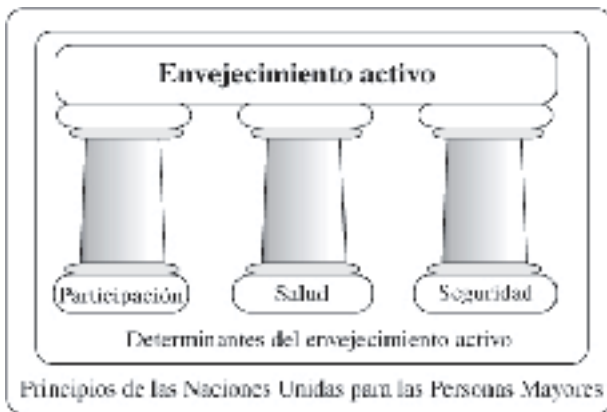
En muchos países, la mayor parte de los gastos se dedica a la medicina curativa. La asistencia de las enfermedades crónicas consigue una mejoría de la calidad de vida; sin embargo, siempre es preferible que esas enfermedades se puedan prevenir o retrasar hasta etapas muy tardías de la vida. Los dirigentes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

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

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

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

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



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

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

#### Desafío 7: la forja de un nuevo paradigma

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

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

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

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

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

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

#### 5. LA RESPUESTA POLÍTICA

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

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

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

El marco político requiere la acción sobre tres pilares básicos:

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

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

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

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

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

### La acción Intersectorial

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

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

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

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

### Propuestas políticas fundamentales

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

#### 1. Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

están envejeciendo con discapacidades intelectuales de larga duración.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Participación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## LA OMS Y EL ENVEJECIMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Seguridad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### La colaboración internacional

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

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

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

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

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

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

### Conclusiones

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

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

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

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach D. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Acción sobre el Abuso contra las Personas de Edad (AEA) Boletín (11) Mayo-junio. Londres, 1995.
- Botev N. Older persons in countries with economies in transitions; 1999.
- El envejecimiento de la población: desafíos para las políticas y los programas en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Centro de Estudios CBGS de la Población y la Familia. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Cutler D. Declining Disability Among The Elderly. *Health Affairs* 2001;20:11-27.
- Dipollina L, Sabate E. Medication adherence to long term treatments in the elderly. En: Sabate E, editor. WHO Adherence Report: A review of the evidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (en preparación); 2002.
- Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1999;3:90-9.
- Gironda M, Lubben J. Preventing loneliness y isolation in older adulthood. En: Gullotta T, Bloom M, editores. *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers (en prensa).
- Gray MJA. Preventive Medicine. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in Old Edad*. Londres: BMJ Publishing Group; 1996.
- Guralnick JM, Kaplan G. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 1989;79:703-8.
- Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relationship between aging y adverse drug reactions. *Annals of Internal Medicine* 1991;114:956-66.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Income security and social protection in a changing world. Informe de Trabajo Mundial. Ginebra: OIT; 2000.
- Jacobzone S, Oxley H. Ageing and Health Care Costs. *International Politics and Society* (1); (2002). [http://www.fes.de/ipg/ONLINE2\\_2002/IN-DEXE.HTM](http://www.fes.de/ipg/ONLINE2_2002/IN-DEXE.HTM)
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S. Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2000;78:491.
- Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21<sup>st</sup> century. *Science Progress* 2000;83:33-54.
- Kalachea A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997;4-5.
- Kirkwood T. Mechanisms of Ageing. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group; 1996.
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions. *British Medical Journal* 2000;320:1200-4.
- Manton K, Gu X. AChanges in the prevalence of chronic disability in the United States, black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2001;22:6354-9.
- Merz CN, Forrester JS. The secondary prevention of coronary heart disease. *American Journal of Medicine* 1997;102:573-80.
- Murray C, López A. *The Global Burden of Disease*. Oxford University Press; 1996.
- OCDE. *Maintaining Prosperity in an Envejecimiento Sociedad*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 1998.
- Pal J, et al. Deafness among the urban community B an epidemiological survey at Lucknow (UP). *Indian J Med Res* 1974;62:857-68.
- Singer B, Manton K. The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1998;23:321-35.
- Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American Journal Epidemiology* 1999;150:978-86.
- Sugiswawa S, Liang J, Liu X. Social networks, social support and mortality among older people in Japan. *Journals of Gerontology* 1994;49:S3-13.
- Naciones Unidas (NN.UU.). *World Population Prospects: The 2000 Revision*; 2001.
- Centros para el Control de las Enfermedades de los EE.UU. Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity. Atlanta: CDC. 1999. Véase <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. An Ounce of Prevention... What Are the Returns? Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; 1999.
- Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU. *Guide to Clinical Preventive Services*, 20 edición. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
- OMS. Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. Publicado en el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS 1998. OMS/HPR/HEP/ 98,1 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.
- OMS. Global Elimination of Avoidable Blindness. OMS/PBL/97,61 Rev. 2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1997.
- OMS. Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Preparado por Heikkinen RL. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- OMS. *Life in the 21st Century: A Vision for All (World Health Report)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998a.
- OMS. *World Health Report, Database*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.

- OMS. Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- OMS. Health Systems: Improving Performance (World Health Report). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000a.
- OMS. Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000b.
- OMS. Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review. OMS/NMH/CCL/00.2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000c.
- OMS. Innovative Care for Chronic Conditions. Informe de la Reunión, 30-31 mayo 2001, OMS/MNC/CCH/ 01.01. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- OMS. Mental Health: New Understanding, New Hope (World Health Report). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001a.
- OMS. Developing y validating a methodology to examine the impact of HIV/AIDS on older caregivers B Zimbabwe case study. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (en prensa).
- OMS. Global Burden of Disease. Review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002a (en preparación).
- OMS/INPEA. Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse. OMS/NMH/NPH/02.2 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Wilkinson RG. Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality. Londres: Routledge; 1996.
- Wilson DH, et al. The epidemiology of hearing impairment in the Australian adult population. Int J Epidemiol 1999;28:247-52.
- Wolf DA. Population change: friend or foe of the chronic care system. Health Affairs 2001;Vol. 20:28-42.
- Banco Mundial. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington: Banco Mundial; 1999.
- Banco Mundial. World Development Indicator Database, Washington: Banco Mundial; 2001. [http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2\\_6.pdf](http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_6.pdf)
- Yach D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. Current Issues in Public Health 1996;2:247-52.

---

# Una sociedad inclusiva para una población que envejece: el desafío del empleo y la protección social

Documento presentado por la OIT ante la segunda Asamblea Mundial  
sobre el Envejecimiento

© Organización Internacional del Trabajo, Ginebra 2002  
Madrid, 8-12 de abril de 2002.

## PREFACIO

En la OIT nos hemos comprometido firmemente a contribuir al éxito de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Este acontecimiento brinda una extraordinaria oportunidad al sistema de las Naciones Unidas para determinar cuáles son los principales problemas y oportunidades relacionados con el envejecimiento y para llegar a un acuerdo sobre políticas capaces de dar una solución apropiada a los problemas y de aprovechar las oportunidades.

En la actualidad nos encontramos inmersos en una revolución demográfica, ya que el ritmo de envejecimiento de la población mundial se encuentra en constante aceleración. La vitalidad de nuestras sociedades depende cada vez más de garantizar que las personas de todas las edades, incluidas las personas mayores, permanecen totalmente integradas en la sociedad. Para lograr esta «sociedad para todas las edades», resulta necesario reconocer y aceptar el envejecimiento como un fenómeno multigeneracional que incumbe a toda la sociedad, no como algo que atañe únicamente a las personas de edad. Asimismo,

el envejecimiento plantea desafíos en lo relativo tanto al mundo del trabajo como a los sistemas de transferencia sociales.

En el presente informe, elaborado con motivo de la Asamblea, se resalta el papel que desempeñan el empleo y la protección social como fuentes de inclusión y se presenta un conjunto de cuestiones en materia de políticas que deben abordarse si se quiere que la «sociedad para todas las edades» se convierta en realidad. La OIT desea trabajar en equipo en el seno de un sistema de las Naciones Unidas robusto para hacer frente a este desafío demográfico. En nuestra Organización se concede una gran importancia a la cooperación internacional, al diálogo en materia de políticas y al fortalecimiento de las asociaciones, elementos que pueden servir para acercarnos más a una sociedad «en la que cada persona, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar»\*.

Juan Somavía,  
Director General,  
Oficina Internacional del Trabajo.

---

\* Programa de Acción adoptado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague 1995.

## ÍNDICE

Prefacio.

Introducción.

1. Tendencias del envejecimiento mundial.
2. Consecuencias sociales y económicas del envejecimiento.
3. Género y envejecimiento.
4. La empleabilidad de los trabajadores mayores.
5. Protección social y envejecimiento.
6. Conclusiones y consideraciones en materia de políticas.

## INTRODUCCIÓN

1. La población mundial envejece a un ritmo cada vez más rápido. A medida que aumenta el número de personas mayores, lo mismo hace la necesidad de garantizar su inclusión social. Para las personas de edad avanzada, la inclusión social significa obtener unos ingresos decentes a cambio de su trabajo o durante la jubilación y contar con la posibilidad de participar en la vida de la comunidad mediante el empleo, el trabajo voluntario u otras actividades según sus capacidades y preferencias. A este respecto, el empleo y la protección social tienen un papel crucial que desempeñar. No obstante, sólo podrán cumplir su función en condiciones de trabajo decentes, es decir, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana.

2. Desde hace mucho, la OIT está comprometida con la cuestión de los trabajadores de edad y el envejecimiento de la población mediante la elaboración de normas internacionales del trabajo específicas sobre los trabajadores de edad y el empleo, la discapacidad, las prestaciones de vejez y sobrevivientes, de normas y directrices sobre las políticas en materia de jubilación y del nivel de las pensiones, así como mediante el mantenimiento del nivel de vida de los pensionistas. El instrumento que trata este tema de forma más completa es, con diferencia, la Recomendación sobre los trabajadores de edad, 1980 (núm. 162).

3. La seguridad social constituyó el tema de uno de los puntos del orden del día de la 89.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (2001). La Comisión tuvo ante sí el Informe VI, elaborado por la Oficina y titulado *Seguridad social: cuestiones, desafíos y perspectivas*, el cual trata, entre otros asuntos, las repercusiones del envejecimiento en la seguridad social. En dicho informe se indica que los sistemas de seguridad social deben hacer frente a nuevos desafíos demográficos, tales como el envejecimiento y el cambio de las estructuras familiares, que traen consigo consecuencias implícitas para la financiación de la protección social. La Comisión adoptó asimismo una resolución y un conjunto de conclusiones, relativas a la seguridad social.

### RECOMENDACIÓN DE LA OIT SOBRE LOS TRABAJADORES DE EDAD, 1980 (NÚM. 162)

La Recomendación se adoptó el 4 de junio de 1980, en el transcurso de la 66.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. En virtud de la misma se define a los «trabajadores de edad» como todos aquellos que, por el avance de su edad, están expuestos a encontrar dificultades en materia de empleo y de ocupación.

En primer lugar, en la recomendación se formula el principio según el cual los problemas de los trabajadores de edad deberían tratarse en el contexto de una estrategia global y equilibrada de pleno empleo, que tome debidamente en cuenta a todos los grupos de población y garantice así que los problemas de empleo no se desplacen de un grupo a otro.

Se exhorta a los Estados Miembros a adoptar una política nacional destinada a promover la igualdad de oportunidades y de trato entre los trabajadores de todas las edades y a tomar medidas para impedir la discriminación respecto de los trabajadores de edad, en particular en relación con las siguientes cuestiones: acceso a los servicios de orientación profesional y de colocación; acceso a un empleo de su elección, habida cuenta de sus aptitudes profesionales, experiencia y calificaciones; acceso a los medios de formación profesional, en particular los de perfeccionamiento y actualización de la información; y la seguridad en el empleo.

Asimismo, dicha política nacional debería ir encaminada a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo en todas las fases de la vida activa, así como a elaborar medidas para permitir que los trabajadores de edad continúen ejerciendo un empleo en condiciones satisfactorias.

Se recomienda además la adopción de medidas con miras a garantizar que la transición de la vida activa a un régimen de actividad libre es progresiva, que el retiro es voluntario y que la edad de admisión a la prestación de vejez es flexible.

Fuente: [ilex.ilo.ch:1567/english/docs/recdisp.htm](http://ilex.ilo.ch:1567/english/docs/recdisp.htm).

## 1. TENDENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO MUNDIAL

4. El número de personas de 60 años o más está creciendo más rápido que el de todos los demás grupos de edad. Entre 1950 y 2050 se espera que aumente de 200 a 2.000 millones de personas. Las tendencias en materia de envejecimiento varían según el país y la región. La tabla 1 muestra que los países en desarrollo todavía tienen una población relativamente joven mientras que las poblaciones en los países industrializados son relativamente mayores.

Sin embargo, como se muestra en la tabla 2, el ritmo de envejecimiento de las poblaciones en los países en desarrollo es mayor que en los países industrializados. Si bien el mundo desarrollado envejecerá a un ritmo prácticamente constante si comparamos los períodos de 1950-2000 y 2000-2050, la dependencia de las personas de edad avanzada plantea un problema cada vez mayor en el mundo en desarrollo.

**Conclusiones relativas a la Seguridad Social**  
**CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO,**  
**89.ª REUNIÓN, GINEBRA, 2001**

(Extracto)

El envejecimiento de la población en muchas sociedades es un fenómeno que está repercutiendo significativamente tanto en los sistemas financiados por capitalización y los sistemas basados en el reparto como en el costo de la asistencia médica. Esto es obvio en los sistemas basados en el reparto donde se produce una transferencia directa de los cotizantes a los pensionistas. No obstante, es igualmente cierto en los sistemas financiados por capitalización, donde los activos financieros se venden para pagar las pensiones y son comprados por la generación trabajadora. Las soluciones deben buscarse sobre todo a través de medidas destinadas a aumentar las tasas de empleo, en particular de las mujeres, los trabajadores de edad avanzada, los jóvenes y los discapacitados. Asimismo, deben encontrarse medios para obtener mayores niveles de crecimiento económico sostenible que den lugar a un aumento del empleo productivo.

En muchos países en desarrollo, especialmente en el África Subsahariana, la pandemia del VIH/SIDA está teniendo efectos devastadores en todos los aspectos de la sociedad. Su repercusión en la base financiera de los sistemas de seguridad social es especialmente grave, ya que las víctimas se concentran en la población en edad de trabajar. Esta crisis exige una respuesta mucho más urgente a través de la investigación y la asistencia técnica de la OIT.

Con objeto de que sea sostenible, la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones debe garantizarse a largo plazo. Por lo tanto, es necesario que se realicen proyecciones actuariales periódicas y se introduzcan los ajustes necesarios tan pronto como sea posible. Es imprescindible que se realice una evaluación actuarial completa de cualquier reforma que se proponga antes de adoptar una nueva legislación. Es necesario el diálogo social sobre las hipótesis que han de utilizarse en la evaluación

y en el desarrollo de opciones políticas para hacer frente a cualquier desequilibrio financiero.

Las actividades de la OIT en materia de seguridad social deberían basarse en la Declaración de Filadelfia, el concepto del trabajo decente y las normas de la OIT sobre seguridad social pertinentes. La mayoría de los habitantes del planeta no dispone de seguridad social. Se trata de un reto importante que habrá que abordar en los años venideros. En este sentido, la Conferencia propone lo siguiente:

- i) iniciar una campaña importante para promover la extensión de la cobertura de la seguridad social;
- ii) la OIT debería exhortar a los gobiernos a que concedan mayor prioridad a la cuestión de la seguridad social y ofrecer asistencia técnica en los casos apropiados;
- iii) la OIT debería asesorar a los gobiernos y a los interlocutores sociales sobre la formulación de una estrategia nacional de seguridad social y sobre las medidas para ponerla en práctica;
- iv) la OIT debería recopilar y divulgar ejemplos de las mejores prácticas.

Los principales ámbitos definidos para las investigaciones futuras en materia de seguridad social y las reuniones de expertos son:

- i) la extensión de la cobertura de la seguridad social;
- ii) el VIH/SIDA y su repercusión en la seguridad social;
- iii) la gobernanza y administración de los sistemas de seguridad social;
- iv) la igualdad, haciendo hincapié en el género y la discapacidad;
- v) el envejecimiento de la población y su repercusión en la seguridad social;
- vi) la financiación de la seguridad social;
- vii) el intercambio de buenas prácticas.

Fuente: OIT: Seguridad Social. Un nuevo consenso, Ginebra, 2001.

TABLA 1. Índice de envejecimiento demográfico (población de 60 años o más y de 80 años o más como porcentaje de población total) (proyecciones de las Naciones Unidas - variante media)

		1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Mundo	60+	8,2	8,2	8,4	8,6	9,2	10,0	11,1	13,5	16,5	18,8	21,1
Hombres	60+	7,3	7,3	7,4	7,5	8,1	8,9	10,0	12,3	15,1	17,2	19,4
Mujeres	60+	9,0	9,0	9,5	9,7	10,4	11,1	12,3	14,8	17,9	20,4	22,7
	80+	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1	1,5	1,8	2,3	3,1	4,1
Regiones más desarrolladas	60+	11,7	2,6	14,5	15,5	17,7	19,4	21,9	26,1	29,8	32,0	33,5
	80+	1,0	1,3	1,6	2,0	2,7	3,1	4,2	5,0	6,4	8,3	9,6
Regiones menos desarrolladas	60+	6,4	6,2	6,1	6,4	6,9	7,7	8,8	11,1	14,2	16,7	19,3
	80+	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2	1,5	2,3	3,3
Regiones menos desarrolladas sin contar China	60+	5,9	5,7	5,8	5,9	6,2	6,8	7,7	9,5	11,8	14,2	16,9
	80+	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,8	1,0	1,3	1,8	2,5

Fuente: World Population Prospects, The 2000 revision, Volume II: The Sex and Age Distribution of Populations (Naciones Unidas, Nueva York, 2001).

TABLA 2. Ritmo de envejecimiento\*

		1950-2000 (%)	2000-2050 (%)
Mundo	60+	23	111
	80+	109	256
Regiones más desarrolladas	60+	66	72
	80+	196	208
Regiones menos desarrolladas	60+	19	150
	80+	115	393

\* Aumento del porcentaje de población de más de 60 y 80 años de edad. Fuente: World Population Prospects, op. cit., y cálculos propios.

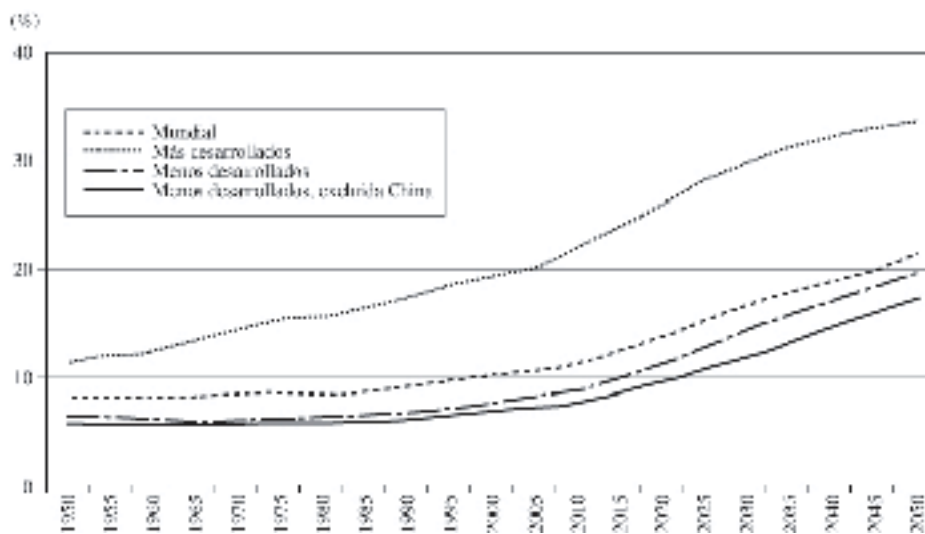
5. Este cambio demográfico, representado en la figura 1, se atribuye principalmente al descenso general de la tasa de fertilidad y a la mejora de la salud que ha alargado la esperanza de vida y ha reducido la tasa de nacimientos en todo el mundo. La modificación de la pirámide de edad hacia las personas mayores es motivo de preocupación. La pobreza y la exclusión social son los mayores obstáculos a un envejecimiento decente y seguro. Solamente aquellos que empiezan a cotizar desde los primeros momentos de su carrera profesional tendrán la oportunidad de evitar la pobreza cuando sean mayores. Además, el VIH/SIDA causa estragos en la estructura de la población en numerosos países. Hoy en día en Zimbabwe, por ejemplo, un adolescente de 15 años cuenta sólo con un 50 por ciento de oportunidades aproximadamente de alcanzar los 50 años. Esto implica que un número muy elevado de familias perderán el sostén de familia antes de que sea posible poner fin a la pandemia<sup>1</sup>.

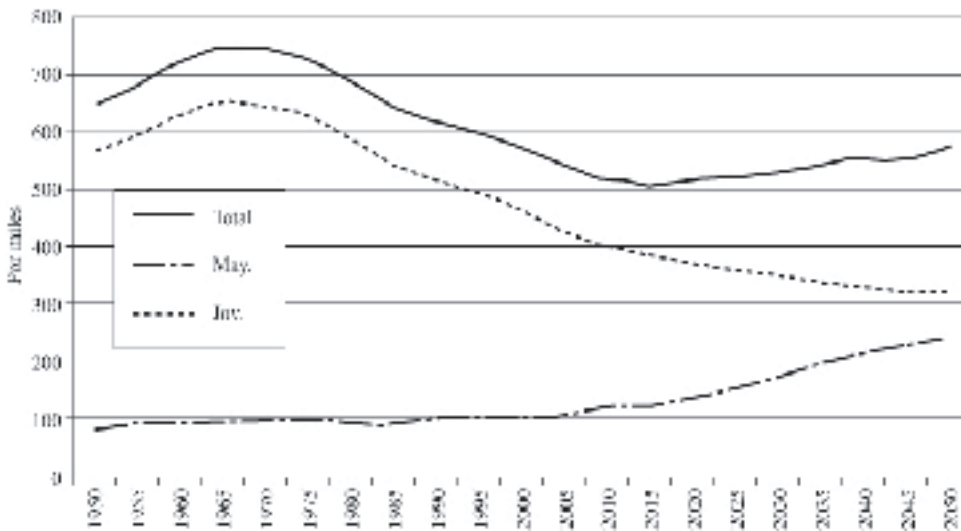
6. La figura 2 muestra que los índices de dependencia total a nivel mundial disminuirán durante algún tiempo, como resultado de una reducción de la dependencia de los jóvenes. Esto podría permitir una cierta reasignación de los recursos de los jóvenes a las personas mayores.

7. Estos cambios demográficos sin precedentes exigen una nueva forma de pensar en lo que se refiere a la formulación de políticas y a su puesta en práctica. Para lograr este nuevo planteamiento resulta necesario considerar el envejecimiento como un fenómeno que se extiende a lo largo de toda la vida e incumbe a toda la sociedad, no exclusivamente a las personas de edad avanzada. El concepto de *sociedad para todas las edades* tiene su origen en el Programa de Acción adoptado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de Copenhague en 1995. En dicha Cumbre, los Estados Miembros declararon que el objetivo principal de la integración social es la creación de «una sociedad para todos» en la que «cada persona, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar»<sup>2</sup>.

8. Las relaciones multigeneracionales han constituido la base de la vida en familia y en comunidad desde hace siglos. Las personas de edad cuentan con la ventaja de la experiencia y de los conocimientos relativos a la historia presenciada por su generación, mientras que los jóvenes tienen los ojos puestos en el futuro. Hoy en día, se nos brinda la oportunidad de aunar las distintas aptitudes y expectativas de todos los grupos de edad y obtener así beneficios recíprocos, por ejemplo mediante la educación permanente, la planificación comunitaria destinada a personas de todas las edades, el desarrollo económico y social, así como esforzándonos para dar con iniciativas sociales que sirvan para erradicar la pobreza y la exclusión social. En los países en desarrollo, las estructuras familiares desempeñan una función preponderante en las vidas de las personas mayores y son habituales los sistemas de apoyo informal. No obstante, el prestar ayuda a los familiares de edad avanzada no es algo que ocurra en todos los casos, sino que viene siempre determinado por normas culturales específicas. Cada vez más, las personas de edad se ven obligadas a depender de ellas mismas para satisfacer todas sus necesidades. De hecho, en muchos casos también se encuentran con que deben hacerse cargo de familiares más jóvenes. Es necesario llevar a

Figura 1. Índice de envejecimiento demográfico (población de 60 años o más como porcentaje de población total) (Proyección de las Naciones Unidas - variante media). Fuente: World Population Prospects, op. cit.





**Figura 2.** Índice de dependencia total (población 0-14 y 65+)/ (población 15-64). Índice de dependencia de los jóvenes (población 0-14)/ (población 15-64). Índice de dependencia de las personas mayores (población 65+)/ (población 15-64). Fuente: World Population Prospects, op. cit.

cabo más investigaciones, además de entablar un debate público inteligente en torno a la importancia de la solidaridad intergeneracional, a fin de estar capacitados para hacer frente a los retos que trae consigo la sociedad multigeneracional. Durante la mayor parte del siglo XX, se diseñaron las políticas relativas a la vejez teniendo en mente una sociedad joven. A partir de ahora deberíamos dirigirnos hacia la adopción de políticas que tengan en cuenta la equidad generacional<sup>3</sup>.

## 2. CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DEL ENVEJECIMIENTO

9. En los últimos decenios, la mayoría de países industrializados han experimentado una drástica reducción de la edad media de jubilación. El aumento de la esperanza de vida y la mejora de la salud no se han visto acompañados de una actividad laboral más duradera, tal como se indica en la tabla 3. Como consecuencia, estos países se enfrentan a graves problemas en cuanto a la viabilidad de los sistemas de seguridad social. Sin embargo, lo que afecta a los sistemas nacionales de transfe-

TABLA 3. Edad de jubilación y duración prevista de la jubilación en los países de la OCDE

	Hombres		Mujeres	
	1950	1990	1950	1990
Edad de jubilación	68,5	62,2	66,0	60,0
Duración prevista de la jubilación	10,8	16,9	14,1	22,6

Fuente: Latullpe, D.: *Effective retirement age and duration of retirement in the industrial countries between 1950 and 1990*. Departamento de Seguridad Social, Financiación y Economía, cuestiones de protección social, documento para el debate núm. 2. OIT, 1996. [www.ilo.org/public/english/protection/socsec/publi/dispp2.htm](http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/publi/dispp2.htm).

rencias sociales, que redistribuyen los ingresos generados por la población activa en beneficio de la población inactiva, no son solamente los cambios demográficos citados, sino las relaciones de dependencia económica. Para evaluar la viabilidad de un sistema de pensiones es decisivo saber cuántos pensionistas debe mantener cada persona activa. Hasta ahora, los sistemas de pensiones de los países más desarrollados no han considerado el envejecimiento demográfico como un problema mayor. Si fuera posible modificar gradualmente la edad de jubilación hasta volver al nivel del decenio de 1950 en los próximos cinco decenios, sería posible al menos restar intensidad a las presiones demográficas provocadas por la longevidad. Por consiguiente, uno de los desafíos principales es mitigar los efectos de una disminución del número de personas en edad de trabajar, aumentando y prolongando la participación de las personas mayores en el mercado de trabajo.

10. Los desafíos a los que se enfrentan los trabajadores mayores en los países en desarrollo son muy distintos. En la mayoría de países en desarrollo, donde menos del 20 por ciento de la mano de obra se incluye en los sistemas de seguridad social ordinarios, la jubilación es un lujo que pocas personas mayores pueden permitirse. Incluso si el sector estructurado les exige retirarse, las transferencias de ingresos insuficientes obligan a muchos trabajadores mayores a continuar trabajando en la economía informal el mayor tiempo posible. En torno al 40 por ciento de la población de más de 64 años en África y del 25 por ciento en Asia, todavía forman parte de la fuerza de trabajo, principalmente en el sector agrícola, mientras que este porcentaje en las partes del mundo más desarrolladas es inferior al 10 por ciento<sup>4</sup>. En el mundo en desarrollo, las personas mayores, en especial las mujeres, continúan realizando una importantísima contribución «invisible» para que los miembros de sus familias y de la sociedad puedan participar en la actividad económica «visible», pero aun así el rápido aumento de los porcentajes de personas de edad muy avanzada pronto se convertirá

en un problema para unas sociedades que tienen que mantener como mínimo transferencias de ingresos no institucionales a las personas muy mayores, problema que suele pasarse por alto en el presente debate.

11. En muchas partes del mundo en desarrollo, el empleo en el sector informal, sector en el que se concentra un gran número de las personas de edad, se ha extendido de manera espectacular. En América Latina, el sector urbano no estructurado constituyó la principal fuente de creación de puestos de trabajo en el período 1990-1998. En África, se estima que el empleo informal en las ciudades absorbe un 61 por ciento de la fuerza de trabajo, y se esperaba que generara más del 93 por ciento de los nuevos empleos de la región en el decenio de 1990. En Asia, antes de la crisis financiera de 1997, se estimaba que el sector no estructurado absorbía tradicionalmente entre un 40 y un 50 por ciento de la mano de obra urbana, con diferencias entre los países de reciente industrialización (menos del 10%) y países como Bangladesh, donde el empleo informal supone aproximadamente el 65 por ciento<sup>5</sup>. Estas cifras reflejan el débil crecimiento del empleo en el sector formal y la necesidad que tienen los trabajadores mayores de complementar o reemplazar los ingresos que perciben en materia de prestaciones de jubilación. En numerosos países, gran parte de las mujeres de edad trabajan en la economía informal, hasta cierto punto debido a que les resulta más fácil de este modo combinar las responsabilidades laborales con las familiares y en parte por razones que tienen que ver, por ejemplo, con la discriminación con que se encuentran en la economía formal. Los trabajadores de la economía informal tienen poca o ninguna seguridad en el empleo o en lo relativo a los medios de vida. Sus ganancias suelen ser relativamente bajas y fluctuar más que las de otros trabajadores. Asimismo, un breve período de incapacidad puede provocar que el trabajador o trabajadora y su familia no dispongan de suficientes ingresos para vivir. La enfermedad de un miembro de la familia puede acarrear consecuencias que destruyan el delicado equilibrio del presupuesto doméstico. El trabajo en el contexto de la economía informal conlleva a menudo un peligro intrínseco y el hecho de que se realice en un entorno sin reglamentar lo hace todavía más peligroso. Por consiguiente, la necesidad de encontrar métodos efectivos para extender la protección social a los trabajadores del sector informal es acuciante<sup>6</sup>.

12. Para el año 2010, aproximadamente un 27 por ciento de la población mundial tendrá más de 45 años, edad en que la incidencia de la discapacidad empieza a aumentar de forma significativa. Los índices de desempleo relativos a las personas que sufren alguna discapacidad varían según la naturaleza de la misma, pero son considerablemente más elevados que los de la fuerza de trabajo en su conjunto, normalmente el doble, con países en los que la tasa de desempleo de dicho grupo llega a alcanzar incluso el 80 por ciento. En los países en desarrollo, el aumento del número de trabajadores de edad que abandonan la fuerza de trabajo de forma prematura a causa de al-

guna discapacidad es motivo de gran preocupación. No es posible cuantificar el costo humano de tantas personas sin empleo, pero sí sabemos que los resultados son el aislamiento y la marginación de una parte significativa de la población<sup>7</sup>. Los gobiernos de los países que cuentan con sistemas de protección social eficaces y de gran alcance destinan cantidades considerables al pago de prestaciones de invalidez<sup>8</sup>. Además de los costos directos relativos al pago de este tipo de prestaciones, la economía nacional pierde un considerable potencial al quedar tantas personas fuera del mercado de trabajo.

13. Dada la escasez de puestos de trabajo que se observa en el mercado laboral, se suele considerar que los mayores deberían dejar su sitio a los jóvenes, a quienes se debería evitar la frustración y los posibles daños psicológicos que podría motivar el sentirse rechazados por el mundo del trabajo justo al principio de su vida activa. En los países en desarrollo, en los que el empleo formal es muy poco frecuente, resulta difícil para los numerosos jóvenes desempleados encontrar un puesto de trabajo en el sector formal. Se piensa que si los trabajadores de edad prolongaran su vida activa la situación sería todavía peor. En muchos países desarrollados, a menudo se fomenta la jubilación anticipada con la esperanza de poder así mejorar las perspectivas de trabajo de los jóvenes desempleados. No obstante, el que mediante estos programas de jubilación se hayan creado puestos de trabajo para los jóvenes sigue siendo incierto. Un primer motivo para esto es que los flujos de entrada y salida del mercado laboral no suelen darse en los mismos sectores, ocupaciones o empresas. Los programas de jubilación anticipada se han utilizado mucho en el sector de la industria, mientras que la contratación de recién llegados al mercado de trabajo se ha concentrado en el sector de los servicios y en empresas más pequeñas. A escala macroeconómica, no existe por lo tanto razón alguna para pensar que quienes abandonan el mercado de trabajo dejan su sitio en él a los jóvenes que buscan su primer empleo. Por consiguiente, la prorrogación de la edad de jubilación no conllevaría un aumento del desempleo entre los jóvenes candidatos a ingresar en la fuerza de trabajo. Un caso diferente es la posibilidad de aplicar programas de jubilación con la condición de contratar a nuevos trabajadores. En tales programas, el principal objetivo consiste en renovar la fuerza de trabajo y se puede decir que han tenido cierto éxito, aunque su aceptación no ha sido demasiado elevada, debido probablemente al problema antes mencionado y consistente en la divergencia entre los perfiles de los flujos de entrada y salida. El que los trabajadores jóvenes y los de edad sean intercambiables sigue siendo incierto y resulta necesario llevar a cabo más investigaciones sobre esta cuestión. Sin embargo, los problemas de desempleo que padecen los jóvenes (o los problemas de desempleo de cualquier otro grupo de población, como por ejemplo las mujeres) no deberían tratar de resolverse a expensas de otro grupo, por ejemplo los trabajadores de edad. Mediante la Recomendación de la OIT sobre los trabajadores de edad, 1980 (núm. 162), se adoptó el principio según el

TABLA 4. Proporción de mujeres entre las personas mayores

	1950 (%)	2000 (%)	2050 (%)
<i>Mundo</i>			
Entre 60+	56	55	54
Entre 80+	62	65	62
<i>Regiones más desarrolladas</i>			
Entre 60+	58	59	56
Entre 80+	63	69	64
<i>Regiones menos desarrolladas</i>			
Entre 60+	54	53	54
Entre 80+	59	61	61

Fuente: World Population Prospects, op. cit.

cual las estrategias y políticas deberían garantizar que los problemas en materia de empleo no se desplazan de un grupo a otro.

### 3. GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO

14. La tabla 4 muestra que las mujeres forman la mayoría de la población de más de 60 años de edad en muchos países. En comparación con los hombres, es más probable que las mujeres mayores carezcan de las competencias básicas en materia de alfabetización y capacidad de cálculo, especialmente en algunos países en desarrollo. Buena parte de la contribución económica de las mujeres se realiza mediante la actividad doméstica y no estructurada, lo que significa que éstas se benefician menos de los regímenes de pensiones. Los regímenes de seguridad social que incluyen pensiones mínimas y/o fórmulas de ponderación de las prestaciones, revisten una importancia esencial para las trabajadoras que, de lo contrario, tendrían derecho a muy pocas prestaciones debido a los bajos salarios y/o a los trabajos a tiempo parcial, a menudo interrumpidos por las responsabilidades familiares y el desempleo.

15. La pobreza en el grupo de personas mayores tiene una fuerte dimensión de género. Como muestra la tabla 5, la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres. Por consiguiente, es probable que las mujeres sean más tiempo pobres al final de sus vidas. Las posibilidades de que una mujer pierda a su cónyuge son mayores y las mujeres tienden menos que los hombres a contraer matrimonio de nuevo. El número de mujeres de más de 60 años que han perdido a su pareja supera con creces al de hombres en la misma situación\*. En algunos países, es habitual que a las viudas se les niegue el acceso a los recursos o el control sobre los mismos. Asimismo,

\* Entre los países donde el número de mujeres supera al menos en cinco veces al de hombres tenemos Argelia, Bangladesh, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Côte d'Ivoire, Egipto, Jordania, Malí, Marruecos, Senegal, Túnez y Zimbabue. El estado de la población mundial, 1998, FNUAP.

#### LAS MUJERES DE EDAD EN ESTONIA

En los países en transición, el proceso de transición socioeconómica ha tenido como telón de fondo la creciente «feminización» de la edad avanzada. Las mujeres representan más del 64 por ciento de la población que supera los 60 años. De la población femenina de edad, aproximadamente una de cada cuatro mujeres no tiene hijos y muchas son viudas desde hace tiempo. Tanto en lo que se refiera a los hombres como a las mujeres, el desempleo aumenta con la edad. En cuanto a los hombres, las tasas de desempleo son más altas entre quienes han recibido educación primaria. Sin embargo, en lo que respecta a las mujeres de edad, es entre aquellas que tienen estudios secundarios donde se observan los niveles más altos de desempleo.

Como resultado del Año Internacional de las Personas de Edad celebrado en 1999, el Gobierno de Estonia dio su respaldo oficial a la Política de las Personas de Edad y creó una Comisión de Políticas para las Personas de Edad. Dicha política supone un excelente punto de partida para lograr que la sociedad estonia esté más concienciada respecto de la discriminación por motivos de edad, y constituye la primera ocasión en que se declara de forma oficial «carente de ética» este tipo de discriminación. Se considera «carente de ética el discriminar a las personas debido a su edad» y se aborda, en cierta medida, la discriminación en el empleo.

Con miras a facilitar la aplicación de la Política para las Personas de Edad en Estonia, el Programa de Promoción de Cuestiones de Género (GENPROM) de la OIT ha elaborado una serie de Instrumentos de concienciación y formación destinados a las trabajadoras de edad. Este material se ha utilizado en el contexto del Plan Nacional de Acción puesto en práctica en Estonia para crear más y mejores puestos de trabajo. Este proyecto trae consigo la concienciación y la adquisición de capacidades de los interesados del ámbito local, incluidos los grupos de mujeres locales, en lo que respecta a los derechos de las mujeres trabajadoras y a la creación de empleo. Asimismo, se centra especialmente en los problemas que padecen las trabajadoras de edad en las zonas rurales. Los debates en grupo mantenidos con las mujeres de edad sirvieron para dar con algunos ejemplos de discriminación por motivos de edad y sexo.

Fuente: Programa de Programación de Cuestiones de Género, OIT.

en muchas sociedades los derechos de sucesión de las mujeres no se reconocen como es debido. Cabe la posibilidad de que los bienes del marido, incluyendo la casa, el equipo agrícola y el dinero, se distribuyan entre otros miembros de la familia. En tales países, la viudez se ve como una pérdida de posición social, con lo cual significa mucho más que la pérdida del marido, significa también la pérdida de una entidad independiente. El incremento del número de viudas en el próximo siglo traerá consigo una serie de desafíos para nuestras sociedades, que consisten en ofrecerles no sólo el urgente y necesario apoyo que

TABLA 5. Esperanza de vida al nacer

	1950-1955	1995-2000	2045-2050
<i>Mundo</i>			
Hombres	45,2	62,9	73,7
Mujeres	47,9	67,1	78,5
<i>Regiones mas desarrolladas</i>			
Hombres	63,6	71,1	79,0
Mujeres	68,6	78,6	85,1
<i>Regiones menos desarrolladas</i>			
Hombres	40,2	61,4	72,9
Mujeres	41,8	64,5	77,3

Fuente: World Population Prospects, op. cit.

requieren sino también oportunidades para que puedan ser autosuficientes.

16. Para las mujeres mayores, los factores socioculturales desempeñan un papel significativo al determinar cuándo se considera que la edad de una trabajadora es «avanzada». Asimismo, las mujeres de edad pueden verse doblemente discriminadas a causa de estereotipos sexistas y relacionados con la edad. Los datos con que se cuenta sugieren que las mujeres trabajadoras de ciertos países, como las de los Estados bálticos y China, son especialmente vulnerables a la discriminación por motivos de edad y género<sup>9</sup>. A medida que estas trabajadoras envejecen, parece que es más probable que se prescindan de ellas y cuentan con menos posibilidades de encontrar un empleo alternativo que el resto de grupos en el mercado de trabajo. No obstante, algunos gobiernos están tomando medidas para combatir los estereotipos y la discriminación. En el recuadro que sigue se presenta el caso de Estonia.

17. La contribución de las mujeres de edad a la economía y a la sociedad es indispensable, ya que éstas suelen prestar atención primaria. En las regiones desarrolladas, está emergiendo un significativo modelo en lo que respecta a las trabajadoras de entre 45 y 60 años, quienes están al cuidado tanto de sus hijos como de familiares más mayores. Del mismo modo, en las regiones menos desarrolladas, especialmente en África, también está aumentando el papel que desempeñan cuidando de otros las mujeres pertenecientes a un grupo de edad similar aunque debido a circunstancias diferentes. Muchas mujeres de edad africanas deben atender a un gran número de familiares, especialmente a sus hijos y nietos afectados por el VIH/SIDA, en ausencia de cualquier tipo de apoyo gubernamental<sup>10</sup>.

#### 4. LA EMPLEABILIDAD DE LOS TRABAJADORES MAYORES

##### La importancia de la educación y del desarrollo de calificaciones

18. Muchos de los problemas de empleo que padecen en la actualidad los trabajadores de edad se deben básicamente a su bajo nivel de calificaciones básicas o fundamentales, tales como la alfabetización o la capacidad de cálculo. Una desproporcionada parte de los trabajadores de edad que sufren alguna discapacidad han recibido menos educación y cuentan con menos calificaciones que la fuerza de trabajo en su conjunto. Si bien existen muchos programas de educación y alfabetización, éstos tienden a orientarse hacia niños y jóvenes. En un gran número de países, el grado de instrucción está fuertemente relacionado con el empleo<sup>11</sup>. Dicho grado proporciona la base para que los trabajadores adquieran calificaciones a lo largo de su vida activa y lleguen a su madurez bien preparados. Para las personas de edad con alguna discapacidad,

#### CONSECUENCIAS POSITIVAS DE LA DIVERSIDAD DE EDADES PARA LA EMPRESA APROVECHANDO LA OPORTUNIDAD

Según el *Employers Forum on Age* (Foro de Empleadores sobre el tema de la edad), al abandonar los prejuicios que determinan cuándo un trabajador es «joven» y cuándo es «mayor», algunas empresas «inteligentes» están obteniendo una ventaja competitiva, así como beneficios financieros:

##### Trabajador

Reducción de los costos a causa de una mejor conservación de los empleados.

Acceso a una mayor reserva de mano de obra.

##### Mercado

Atención más centrada en las nuevas oportunidades que surgen en los lugares de trabajo.

Oportunidades de acercarse a los consumidores y reflejar sus intereses y necesidades.

##### Reputación

Un comportamiento ejemplar basado en la ciudadanía de empresa ayuda a fomentar el compromiso de todas las partes interesadas...

...además de apoyar y a estimular la lealtad hacia la firma.

«Preparándose para el cambio» podría ser un buen lema para el siglo XXI, época en que las empresas reformulan constantemente su estrategia y estructura para poder mantener el rápido ritmo de la economía global.

En un entorno tal, en el que deben aprovecharse todas las oportunidades que se presenten para lograr una ventaja comercial, parecería que la diversidad de edades es un verdadero regalo para adaptarse al cambio.

Las empresas que experimenta con frecuencia rápidos períodos de evolución exigen mucho a sus empleados, a la fuerza de trabajo, para que dicha evolución pueda acontecer. Es necesario que los altos ejecutivos reconozcan las oportunidades para lograr una ventaja competitiva y las aprovechen con celeridad y eficiencia, mientras que sus empleados deben hacer prueba de la experiencia, flexibilidad e imaginación necesaria para convertir en realidad las oportunidades.

Fuente: *Employers Forum on Age*, [www.ela.agediversity.org.uk/](http://www.ela.agediversity.org.uk/).

amente a su bajo nivel de calificaciones básicas o fundamentales, tales como la alfabetización o la capacidad de cálculo. Una desproporcionada parte de los trabajadores de edad que sufren alguna discapacidad han recibido menos educación y cuentan con menos calificaciones que la fuerza de trabajo en su conjunto. Si bien existen muchos programas de educación y alfabetización, éstos tienden a orientarse hacia niños y jóvenes. En un gran número de países, el grado de instrucción está fuertemente relacionado con el empleo<sup>11</sup>. Dicho grado proporciona la base para que los trabajadores adquieran calificaciones a lo largo de su vida activa y lleguen a su madurez bien preparados. Para las personas de edad con alguna discapacidad,

**PROGRAMA NACIONAL PARA TRABAJADORES MAYORES DE FINLANDIA, 1998-2002**

- El principal objetivo del programa es la promoción de la empleabilidad después de los 45 años de edad y la reducción de la exclusión y de la jubilación prematura.
- El programa se dirige y se orienta de forma integrada. El Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Educación, en cooperación con las principales organizaciones del mercado de trabajo, son responsables de su aplicación.
- El programa cree en la importancia de desarrollar calificaciones para los trabajadores mayores. A este efecto, se han organizado proyectos piloto de formación regional que cubren, por ejemplo, la necesidad de actualizar las calificaciones, habida cuenta de los avances en las tecnologías de la información, así como de descubrir métodos innovadores para formar a los trabajadores mayores.
- También se promueven medidas específicas para prevenir el desplazamiento y la discriminación de los trabajadores mayores.

Fuente: *Ageing workers and changing working life*, Ministerio de Trabajo e Instituto de Seguridad Profesional, Helsinki, 1999.

una vida más larga debería ser sinónimo de mayores oportunidades para seguir una formación constructiva y para adquirir más experiencia sobre la vida, lo cual significa más tiempo para alcanzar la autodeterminación. Según las investigaciones empíricas<sup>12</sup> se prevé que los trabajadores mayores del futuro cuenten con una mejor educación que en la actualidad. Si bien esta tendencia es probable que se de en los países desarrollados, seguirán existiendo grandes diferencias a escala internacional en la distribución de los niveles de educación.

19. La demanda de nuevas calificaciones y conocimientos pone a muchos trabajadores de edad en situación de desventaja, ya que es probable que su formación anterior haya quedado obsoleta. Las personas mayores con discapacidad se enfrentan a obstáculos adicionales al acceder al empleo y a las oportunidades de formación. La discriminación por razones de edad es la causa subyacente de muchas de las dificultades a las que se enfrentan los trabajadores mayores en el mercado de trabajo. La participación en la formación se reduce en general con la edad. Una investigación llevada a cabo en 11 países desarrollados muestra que es casi dos veces más probable que los adultos jóvenes con edades comprendidas entre 25 y 34 años realicen algún tipo de formación que las personas de edades comprendidas entre 55 y 64<sup>13</sup>. Existen pruebas de que los prejuicios relativos a las calificaciones de los trabajadores de edad no tienen fundamento alguno. La conclusión que se extrae de las investigaciones es que la diferencia media en el rendimiento del trabajo entre los distintos grupos de edades suele ser significativamente menor que las diferencias existentes entre los trabajadores de cada grupo de edad por separado<sup>7</sup>.

**PROYECTOS DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DEL INP EN CHILE**

- **Programa de Alfabetización:** En tres años de ejecución, en todas las regiones de Chile, más de mil adultos mayores han aprendido o recuperado la capacidad de leer y escribir. En Chile, un 15 por ciento de los adultos mayores es analfabeto, índice que supera tres veces al global.
- **Desarrollo personal:** El programa consiste en ofrecer formación sobre temas tales como la autoestima, las aptitudes comunicativas, la solución de problemas, así como información general sobre el proceso del envejecimiento y sus consecuencias. El programa consta de dos fases. La primera tuvo lugar en el año 2000 y consistió en dar formación a 23 profesionales jubilados sobre los temas antes mencionados. Durante la segunda fase, quienes recibieron formación en la primera transmitirán lo que han aprendido utilizando el mismo método en sus comunidades, asumiendo la función de consejeros de desarrollo personal para la tercera edad.
- **Formación en Internet:** En el año 2000, se capacitó a 160 adultos mayores y a 60 personas con discapacidad en el uso de nuevas tecnologías. Al ser muchos de los participantes miembros o líderes de asociaciones mercantiles, dicha formación sirve para mejorar el trabajo que realizan en tales organismos.
- **Casas de Encuentro:** Existen siete inmuebles, en distintas regiones del país, habilitados para ser utilizados por los adultos mayores organizados en el desarrollo de programas que fomenten su asociatividad y su integración social.
- **Fomento a la asociatividad:** Por medio de la unidad que se ocupa de las cuestiones relativas a las asociaciones mercantiles, el INP desarrolla iniciativas encaminadas a fomentar la asociatividad y la participación social de los usuarios y jubilados del Instituto, manteniendo contacto permanentemente con las asociaciones mercantiles. Estos son algunos de los títulos de los talleres: «Las comunicaciones en organizaciones de adultos mayores», «Fortalezcamos nuestra asociación», y «Aprendiendo a envejecer».

Fuente: [www.serviciosociales.cl](http://www.serviciosociales.cl).

20. La consecución de una fuerza de trabajo totalmente inclusiva respecto de todos los grupos de edad supone claras ventajas para el mundo empresarial. Este enfoque dota a las empresas de una gama de calificaciones y aptitudes más extensa y variada, y contribuye a evitar el vacío de calificaciones provocado por la marcha de las empresas de empleados experimentados y calificados. Asimismo, puede ayudar a las compañías a adaptarse con éxito a nuevos mercados y mantenerlas en consonancia con la legislación y las tendencias sociales en evolución. En el siguiente recuadro se presentan algunas de las ventajas que supone para los empleadores el contar con una fuerza de trabajo «de diversas edades».

21. Los trabajadores mayores no representan una parte significativa de los receptores de empleo público y de los programas de formación pero son un grupo destinatario

**RESOLUCIÓN SOBRE LA FORMACIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS. CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONGREGADA EN SU 88.ª REUNIÓN (GINEBRA, JUNIO DE 2000)**

«La formación puede ser uno de los instrumentos que, junto con otras medidas, permitirán resolver el problema del sector informal. El sector informal no es un sector en el sentido tradicional de una clasificación económica, sino una expresión que abarca las actividades económicas de personas que se encuentran en situaciones muy diversas y que, en su mayor parte, son actividades de supervivencia. El trabajo en el sector informal es un trabajo no protegido que se caracteriza principalmente por ingresos bajos y una productividad baja. La función de la formación no es preparar a las personas para el sector informal, mantenerlas en dicho sector, o contribuir a la expansión de este último, sino que, junto con las políticas fiscales, la concesión de créditos, la ampliación del campo de aplicación de la protección social y la legislación del trabajo, la formación debería mejorar el rendimiento de las empresas y la empleabilidad de los trabajadores para convertir lo que son a menudo actividades marginales y de supervivencia en un trabajo decente plenamente integrado en los cauces principales de la vida económica. La formación previa y las calificaciones adquiridas con el trabajo informal deberían reconocerse, con el fin de ayudar a los trabajadores de este sector a tener acceso al mercado de trabajo formal. Los interlocutores sociales deberían involucrarse plenamente en el desarrollo de estos programas.»

Fuente: [www.ilo.org/public/spanish/standards/reim/ilc/ilc88/resolutions.htm#III](http://www.ilo.org/public/spanish/standards/reim/ilc/ilc88/resolutions.htm#III).

cada vez más importante. En Europa uno de los programas políticos más integrados para promover la empleabilidad de los trabajadores de edad es el programa nacional para los trabajadores mayores de Finlandia. Dicho programa pretende lograr un amplio consenso a escala política, tanto para valorar la experiencia de la mano de obra que envejece como para aumentar la edad de jubilación actual. El lema del programa «La experiencia es el capital nacional» hace hincapié en la posibilidad de utilizar la mano de obra mayor como recurso. En América Latina, la División de Servicios Sociales del Instituto de Normalización Previsional (INP) chileno lleva a cabo en la actualidad diversos proyectos cuyo objetivo es mejorar las capacidades, la calidad de vida, la integración y la participación social de las personas de edad, incluidas aquellas con discapacidad.

22. En la Resolución sobre la formación y el desarrollo de los recursos humanos de la OIT, adoptada en la 88.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en junio de 2000, se señala el papel vital que desempeñan la educación y la formación de alta calidad al impedir y combatir la exclusión social y la discriminación, especialmente en el empleo, y se considera que para que los programas de educación y formación sean efectivos deben llegar a toda la población, incluidos los trabajadores de edad. Tam-

**LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN EL REINO UNIDO**

La División para el Acceso a la Educación de los Adultos del Departamento de Educación y Calificaciones (anteriormente conocido como Departamento de Educación y Empleo), lleva a cabo en la actualidad distintas actividades para promover la educación permanente. Por ejemplo:

**El Consejo Nacional de Aprendizaje y Calificaciones**

El Consejo Nacional de Aprendizaje y Calificaciones y sus 47 Consejos locales han sido creados para que asuman la responsabilidad en Inglaterra de planificar y financiar las actividades educativas y formativas posteriores a los 16 años (excluida la enseñanza superior). La importancia que reviste la educación para las personas mayores queda resaltada en la carta que contiene el mandato del Consejo de Aprendizaje y Calificaciones, en virtud de la cual se estipulan las prioridades formuladas por el Gobierno en cuanto al proceder del Consejo:

«...Deposito mi confianza en el Consejo para que incremente la demanda de educación entre los adultos y para que aumente la oferta de oportunidades flexibles y de gran calidad a fin de responder a las necesidades de dicho colectivo... Esto incluye dar oportunidades de aprendizaje al número cada vez más elevado de personas mayores.» (párrafo 46).

«...un gran número de adultos, incluidos numerosos alumnos mayores o jubilados, desearán continuar su formación cursando estudios profundizados y de gran calidad por el placer de aprender, y espero que se pongan a su alcance los medios necesarios para satisfacer sus necesidades.» (párrafo 26).

**Proyectos de Demostración**

En los últimos cuatro años, el Departamento de Educación y Calificaciones ha financiado una serie de proyectos de demostración. Mediante los mismos se han buscado formas innovadoras de fomentar el aprendizaje entre las personas mayores; se ha hecho hincapié en los beneficios que trae consigo la educación cuando se es mayor; y se han celebrado los logros de los adultos que siguen programas educativos. El Departamento ha colaborado en estos proyectos con una serie de organizaciones, incluidas la *University of The Third Age* y *Age Concern*.

bién se hace hincapié en la importancia que reviste la formación al ser uno de los instrumentos que, junto con otras medidas, puede servir para enfrentarse al desafío que supone la situación en el sector informal, en el que se concentra un gran número de trabajadores de edad.

**El papel de la educación permanente**

23. La educación permanente es una estrategia preventiva a largo plazo que incluye mucho más que una segunda oportunidad de educación para los adultos que en el pasado no recibieron una educación y una formación de calidad. Para esos adultos, muchos de los cuales son mu-

**LA FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES MAYORES Y LAS TIC**

**Hellas Can (Grecia): Participación y compromiso.** Los trabajadores mayores participan en todos los programas de formación que ofrece esta organización, incluida la formación en el uso de las TIC. La dirección de la empresa valora la experiencia de los trabajadores de edad y a menudo éstos contribuyen a impartir formación en el lugar de trabajo. Asimismo, cabe la posibilidad de que los trabajadores con calificaciones específicas sigan trabajando en la organización una vez rebasada la edad usual de jubilación.

**Computer Service Dienst (Alemania): Integración de los trabajadores mayores mediante la expansión a nuevas áreas de negocio y la formación junto a otros de edad similar.** Esta organización ha elaborado una estrategia alternativa con miras a que los trabajadores mayores puedan permanecer en la empresa. Se ha expandido para abarcar una nueva área de actividad y ha puesto en marcha el «Centro de Servicios de Reparación». Dicho Centro ha dado una nueva alternativa de trabajo a aproximadamente un 30 por ciento de los ingenieros especialistas de edad avanzada, a quienes se ha formado para trabajar con nuevos sistemas informáticos. Además, se ha transferido a un 20 por ciento al Departamento de Ventas, en el que llevan a cabo funciones de consultora y de atención al consumidor.

**Fontijne Holland (Países Bajos): Formación de trabajadores que participan en el proceso de producción de 40 años o más.** Esta empresa ha ideado un curso de repaso sobre tecnología en el lugar de trabajo para personal de 40 años o más. El curso está destinado a empleados mayores que no han asistido a cursos sobre procesos de producción desde hace algún tiempo, que están menos implicados en el proceso de producción y quieren estudiar nuevas técnicas o ampliar sus conocimientos. Dos terceras partes del curso se realizan durante el tiempo libre de los empleados.

Fuente: *Combating age barriers in employment: A European portfolio of good practice*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1998.

jeros mayores con educación y formación insuficientes, la educación permanente trata de ofrecer un aprendizaje relevante para el mundo laboral y sentar las bases para seguir aprendiendo.

24. La clave para lograr la inclusión de los trabajadores mayores consiste en dotarles de las calificaciones que requieren y de conocimientos sobre cómo actualizar las mismas. La creciente tendencia hacia la educación permanente supone un importante activo cultural, así como una necesidad económica. En el concepto de educación permanente está implícito el rechazo a una sociedad estructurado sobre la base de la edad, en la que la educación y la formación sean empresas irrepetibles llevadas a cabo en los primeros años de la vida. A escala individual, así como en el ámbito de las organizaciones, un cambio de actitud en cuanto a las expectativas que despierta la educación permanente podría constituir en sí mismo una po-

**PLAN DE ACCIÓN e-EUROPE 2002**

**Objetivo 2c: Participación de todos en la economía basada en el conocimiento**

Los desafíos a los que deben hacer frente en cuanto al acceso a Internet las personas con discapacidades y las personas mayores, pueden resolverse en gran medida mediante una codificación adecuada en el momento de diseñar las páginas Web y su contenido, así como mediante la aplicación de sencillas normas de disposición y estructura al diseñar tales páginas.

El enfoque europeo, consistente en garantizar la posibilidad de acceder a los sitios Web públicos, se resume en el *Plan de Acción e-Europe 2002*. De acuerdo con el objetivo 2c, el plan de acción incluye cinco objetivos para promover «la participación de todos en la sociedad basada en la información»; en el plan se subraya que, «...Las páginas Web del sector público y su contenido, en los Estados miembros y en las instituciones europeas, deben diseñarse de manera que sean accesibles, a fin de que los ciudadanos con discapacidades puedan acceder a la información y aprovechar plenamente las posibilidades de la administración electrónica».

Fuente: [europa.eu.int/information\\_society/eeurope/action\\_plan/actionplantext/index\\_en.htm](http://europa.eu.int/information_society/eeurope/action_plan/actionplantext/index_en.htm).

derosa herramienta para propagar el hecho de que la educación permanente concierne a los trabajadores de todas las edades. Los trabajadores más jóvenes tienen un promedio de más años de escolarización y mayor acceso a los programas de formación que sus homólogos más mayores. Como resultado, los trabajadores mayores pueden encontrarse con más dificultades para mantenerse al día de los cambios tecnológicos. Adaptar y actualizar las calificaciones con las que ya se cuenta resultará más fructífero que aprender otras nuevas, dado que de este modo se necesita menos tiempo para amortizar la inversión.

25. Solamente en una sociedad de la educación podrán todos los trabajadores, hombres y mujeres, actualizar continuamente sus conocimientos teóricos y prácticos para mantener la empleabilidad. Si bien el Reino Unido es uno de los países a la cabeza de la acción en este campo, la educación permanente está teniendo una buena aceptación en una serie de países industrializados, ya que se considera que es la estrategia que se necesita para lograr un desarrollo continuo.

26. En numerosos países, tanto el acceso a la formación como el contenido de la misma son el resultado del diálogo social entablado entre los sindicatos y las organizaciones de empleadores, con la presencia del gobierno o sin ella. La negociación sobre cuestiones de formación se lleva a cabo en los ámbitos de la empresa, de la industria, y también de modo tripartito a nivel nacional. Entre los servicios y funciones esenciales de los sindicatos hace tiempo que figura la formación. De hecho, los datos procedentes de los países desarrollados demuestran que se llevan

a cabo más programas de formación en los lugares de trabajo donde hay sindicatos que en los que no. La educación permanente se ha convertido en el nuevo objetivo en materia de seguridad en el empleo de los programas de las organizaciones sindicales<sup>7</sup>.

### Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y los trabajadores mayores

27. Los cambios estructurales que están experimentando las sociedades y las economías hacen más patente la importancia general de la inversión en educación y en calificaciones. Los rápidos avances tecnológicos exigen una continua renovación y actualización de las calificaciones. Al mismo tiempo, las nuevas tecnologías pueden contribuir a alargar la vida laboral, partiendo de que los trabajadores mayores mantengan sus vínculos con el mercado de trabajo. Las TIC también contribuyen a crear nuevas posibilidades de empleo para personas mayores con discapacidades en todos los niveles de conocimientos. Por otra parte, los estereotipos negativos sobre los

trabajadores mayores hacen que a menudo existan prejuicios a la hora de debatir sobre la cuestión de las nuevas tecnologías y los trabajadores de edad. El recuadro que sigue a continuación presenta algunos ejemplos de empresas europeas que están formando a trabajadores mayores en las tecnologías de la información y de la comunicación.

28. Más allá de los trabajadores de edad, la inclusión de las personas mayores en la sociedad de la información supone el mayor desafío. Si existe un riesgo que las personas mayores tienen posibilidades de correr, es el relativo al aislamiento y, por consiguiente, a la marginación. En el siguiente recuadro se presenta la iniciativa *e-Europe* de la Comisión Europea, cuyo objetivo es hacer llegar los beneficios de la sociedad de la información a todos los europeos, incluidas las personas mayores.

29. No hay duda del beneficioso potencial de las tecnologías para los trabajadores mayores. Sin embargo, el nivel de la renta nacional está íntimamente relacionado con la difusión de las TIC y supone claramente el elemento di-

#### SISTEMA DE PENSIONES UNIVERSALES DE NAMIBIA

El sistema de pensiones universales de Namibia se basa en abonar prestaciones uniformes a ricos y pobres por igual sin tener en cuenta sus ingresos. En este régimen de pensiones universales se incluyen cuatro tipos de prestaciones: de vejez, de discapacidad, para el mantenimiento de los niños y dirigidas a los padres de acogida.

Todo ciudadano namibiano que resida en el país y cuente 60 años o más tiene derecho a percibir prestaciones de vejez.

Mediante el régimen de pensiones universales no contributivas, creado en 1992 en virtud de la ley nacional de pensiones, en marzo de 2001, se concedieron 111.789 prestaciones, 96.767 de las cuales ascendían a una cantidad de 200 N\$ al mes y beneficiaron a personas de 60 años o más.

El país cuenta hoy en día con alrededor de 98.000 personas de 69 años o más. Por lo tanto, la cobertura total de que gozan las personas mayores se sitúa cerca del 100 por ciento.

En la actualidad, el gasto en concepto de prestaciones de vejez sin contar los costos administrativos ronda los 230 N\$ anuales, lo cual equivale al 0,8 por ciento del producto interior bruto (PIB). En caso de que se efectúe un ajuste anual de las prestaciones para tener en cuenta la inflación, esta proporción disminuirá constantemente hasta situarse en el 0,55 por ciento durante el período que va de 2040 a 2044, después de lo cual empezará a aumentar. Se calcula que en el año 2050, este porcentaje será del 0,6 por ciento.

El caso que nos ocupa puede servir como ejemplo de que el envejecimiento no siempre supone una carga para los regímenes de pensiones de vejez, como es el caso de Namibia y de otros países africanos cuya población es muy joven. En lo que se refiere a Namibia, se calcula que la edad media de la población aumentará desde los más o menos 22,5 años del año 2000

hasta situarse en 27 años en 2050. Estos datos indican en este caso que el envejecimiento no ejerce presión alguna en los regímenes de pensiones de vejez, sino en el mercado de trabajo. Dado que las personas en edad de trabajar representan un porcentaje cada vez mayor de la población, existe la necesidad de crear continuamente puestos de trabajo. Asimismo, el ejemplo que hemos escogido demuestra que ofrecer una cobertura (prácticamente) universal a través de medidas encaminadas a eliminar la pobreza resulta tanto posible como económicamente viable.

La principal razón que llevó al Gobierno de Namibia a introducir un régimen universal de pensiones uniformes tiene que ver con la distribución. El Gobierno elaboró dicho régimen con la intención de que se basara en la redistribución, a fin de garantizar unos ingresos adecuados a los jubilados desempleados o subempleados, que recibían un salario bajo mientras trabajaban o cuya cotización se vio reducida por tener que ausentarse temporalmente del trabajo por causa de enfermedad, desempleo, o debido a responsabilidades familiares. También se considera deseable optar por la redistribución entre generaciones con el objetivo de compartir los beneficios del crecimiento económico.

Actualmente, las autoridades tienen pensado probar la viabilidad del sistema de pagos del régimen universal, para así poder abonar prestaciones más elevadas a quienes de verdad las necesitan. Además, el Gobierno tiene intención de instaurar un régimen de pensiones contributivas, con miras a dar una mejor respuesta a las necesidades de los discapacitados, las viudas y los huérfanos, así como para conceder prestaciones de vejez más elevadas que las relativas a las medidas básicas de lucha contra la pobreza del régimen de pensiones universales.

Fuente: Extension of Social Protection, assessing the impact of the Universal Pension Scheme in Namibia, proyecto de informe de la OIT, y cálculos propios.

### RED DE ASISTENCIA SOCIAL INNOVADORA DE LA INDIA

La India proporciona apoyo social a muchos trabajadores del sector formal. Sin embargo, faltan programas institucionales para los pobres. Así, las personas mayores suelen enfrentarse a la incertidumbre de tener que buscar constantemente formas de sobrevivir.

En este país se han creado varios programas de mantenimiento de los ingresos. Las personas mayores indigentes están cubiertas por programas de asistencia social estatales centrados en responder a sus necesidades.

Dos de los programas principales son los pertenecientes a los estados de Maharashtra y Kerala. El estado de Maharashtra tiene una población de unos 70 millones de habitantes, y casi dos tercios en el sector rural. El programa de asistencia social para las personas mayores indigentes beneficia a quienes tienen más de 59 años (mujeres) o de 64 (hombres) y no cuentan ni con propiedades ni con ningún otro apoyo, y además han residido al menos 15 años en el estado de Maharashtra.

En el estado de Kerala, existen diversos programas de asistencia social especial. Los dos más importantes son el régimen de pensiones para indigentes de Kerala y el régimen de pensiones para los trabajadores agrícolas. El primero ofrece pensiones de indigencia a las personas mayores, viudas o discapacitadas. El segundo concede pensiones de vejez a los trabajadores agrícolas que perciben ingresos bajos.

En la mayoría de los otros estados de la India funcionan programas de asistencia social. Las condiciones de elegibilidad de cada estado varían, pero la comprobación de los medios económicos con el objeto de determinar los recursos financieros de los solicitantes se lleva a cabo de manera muy estricta en todos.

Los programas de asistencia social de la India no solucionan totalmente el problema del apoyo a las personas indigentes, pero reflejan un reconocimiento explícito de los problemas a los que se enfrentan las personas mayores.

Fuente: *Ageing in Asia: The growing need for social protection*. OIT, EASMAT (1997)  
[www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/paper/ageing.htm](http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/paper/ageing.htm).

ferencial de la brecha digital existente entre los países industrializados y los que están en desarrollo.

#### Condiciones de trabajo seguras y adecuadas

30. La capacidad y la voluntad de los trabajadores mayores para seguir trabajando también dependen de su estado de salud, condiciones de trabajo y motivación. La Recomendación sobre los trabajadores de edad, 1980 (núm. 162) de la OIT tiene como objeto determinar y eliminar los peligros relativos a la salud profesional, así como las condiciones de trabajo que aceleran el proceso de envejecimiento y que reducen la capacidad de trabajo de los trabajadores mayores. La creciente preocupación

que despierta el aumento del número de trabajadores mayores que abandonan de forma prematura la fuerza de trabajo debido a su discapacidad, o mejor dicho a su falta de aptitud para hacer frente a los desafíos del mundo del trabajo, ha motivado que se preste un interés considerable al examen de la relación entre la edad y las exigencias del trabajo\*. Del mismo modo, cada vez se es más consciente de que los obstáculos a que deben hacer frente las personas con discapacidades en el trabajo y cuando buscan empleo, provienen de la manera en que se estructura el empleo y se organiza el trabajo, no de la discapacidad en sí.

31. La empleabilidad de los trabajadores mayores está fuertemente influenciada por factores individuales y profesionales que son esenciales para que una persona pueda hacer frente a todos los retos de su vida activa, es decir, para su capacidad de trabajo. La capacidad de trabajo es el resultado de la interacción entre los recursos del individuo, las condiciones de trabajo y la organización del mismo. Los recursos individuales de la persona incluyen la salud, la capacidad funcional, la educación básica y profesional y los conocimientos teóricos y prácticos. En los recursos también influyen los valores y actitudes de la persona, su motivación y su satisfacción en el trabajo. La promoción y conservación de la capacidad de trabajo tienen que considerarse una estrategia activa para hacer frente a los desafíos del cambio demográfico en el mercado de trabajo, y especialmente a los riesgos de salud relacionados con la edad. Mejorar la capacidad de trabajo es también un instrumento para prevenir tanto la pérdida prematura de capacidades funcionales como la discapacidad<sup>14</sup>.

32. El modelo de capacidad de trabajo finlandés estimula la flexibilidad del tiempo de trabajo y la rotación en el empleo. La reorganización de la jornada laboral brinda oportunidades para reducir el estrés relacionado con el trabajo que padecen algunas personas mayores. Por otra parte, la rotación constituye una parte integral del principio de la educación permanente. Algunas empresas han empezado ya a elaborar medidas encaminadas a aprovechar al máximo la contribución de los trabajadores de edad, haciendo hincapié en la gestión en la administración y en la organización del trabajo.

## 5. PROTECCIÓN SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO

### Seguridad de los medios de vida y envejecimiento

33. El envejecimiento plantea problemas en cuanto a la seguridad de los medios de vida, especialmente en los países en desarrollo y sobre todo a las mujeres. En el África

\* El Instituto de Salud Profesional de Finlandia, la Universidad de Amsterdam y otras instituciones encargadas de la salud y la seguridad en el trabajo, han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre cómo afectan las condiciones y el medio ambiente de trabajo a la capacidad de los trabajadores de horas frente a las exigencias del trabajo. Informe sobre el trabajo en el mundo, 1995, Ginebra, OIT.

### EFFECTOS DEL AUMENTO DE LOS ÍNDICES DE PARTICIPACIÓN EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

Los cálculos modelizados de la OIT muestran que en un país europeo medio en el que se produce un envejecimiento rápido de la población y en el que la jubilación real es a los 60 años y la población económicamente activa femenina registra una tasa igual a la de los Países Bajos, la tasa de dependencia combinada de los desempleados y de los jubilados de edad avanzada era del orden de 62 dependientes por cada 100 asalariados en 1995. Si ese país tomado como modelo aumentara la edad de jubilación de *facto* a los 67 años para el año 2030 y aumentara la tasa de participación de las mujeres en la población económicamente activa hasta alcanzar el nivel más alto registrado en Europa (a saber, el de Suecia), entonces la relación de dependencia combinada en 2030 se elevaría a aproximadamente 68 por cada 100 asalariados. Si se mantuvieran las condiciones actuales (es decir, si se mantuviera la edad de jubilación a los 60 años y se mantuviera invariable la tasa de participación de las mujeres en la población económicamente activa), esa proporción sería de 80 por cada 100 asalariados, o sea aproximadamente un 18 por ciento superior. Esto sugiere que el empleo es la clave para la financiación futura de la protección social.

Fuente: OIT: Seguridad social: temas, retos y perspectivas, *op. cit.*, y el Informe sobre el trabajo en el mundo, *op. cit.*

ca subsahariana y en Asia meridional, se estima que entre un 5 y un 10 por ciento de los trabajadores están cubiertos por la seguridad social reglamentaria, porcentajes que en algunos casos están disminuyendo. En América Latina, el alcance de la cobertura varía mucho según los países, pasando del 10 al 80 por ciento. Sin embargo, no parece haber un estancamiento general. En el este y el sudeste asiáticos, la cobertura puede ir de 10 hasta casi el 100 por ciento y en muchos casos la misma se encontraba, hasta hace poco, en aumento. Además, una parte significativa de esta población solamente está cubierta por unas pocas contingencias. Es probable que las personas que han trabajado en la economía informal, principalmente mujeres, cuando sean mayores no tengan ningún tipo de ingresos o que éstos sean muy bajos. No nos encontramos aquí ante un problema nuevo, pero ya que últimamente el sector informal ha estado en expansión, dicho problema puede agravarse todavía más en los años venideros. Existe un número relativamente pequeño de países en desarrollo que proporcionan unos ingresos mínimos a las personas de edad avanzada, aunque podríamos citar algunos países de América Latina y del Caribe, además de la India, Namibia y Sudáfrica<sup>15</sup>.

34. En la mayoría de los países industrializados, el alcance de la seguridad social es casi de un 100 por ciento. La pobreza entre las personas mayores suele ser menor que entre la población en edad de trabajar, excepto en algunos países en transición.

### La financiación de la protección social

35. Suele decirse que los sistemas de financiación de la protección social están mal preparados para afrontar el envejecimiento de las poblaciones. De hecho, todos los sistemas de pensiones, tanto los de reparto, los prefinanciados, como los que combinan ambos, son mecanismos para distribuir los ingresos corrientes nacionales entre los trabajadores en activo y los jubilados. Si aumenta la proporción de jubilados respecto de la población activa, cambiar los mecanismos de financiación no solucionará el problema del aumento de los costes de las pensiones. Es necesario encontrar una verdadera solución mediante el aumento de la participación en la población económicamente activa, sobre todo entre las mujeres, los trabajadores mayores, los jóvenes y las personas con discapacidades y, por consiguiente, mediante la creación de empleo. Una sociedad que envejece no tiene por qué verse inmersa en crisis alguna, siempre y cuando sea capaz de proporcionar puestos de trabajo a los integrantes de la fuerza de trabajo que se hacen mayores. Unos patrones de trabajo permanente modernos y más flexibles deberían facilitar la adaptación de la mano de obra de edad avanzada.

36. Sin embargo, es necesario adaptar los métodos de financiación y los sistemas de prestaciones para que hagan frente al reto del envejecimiento, ya que tanto los sistemas de pensiones definidos basados en el reparto como los sistemas de financiación basados en cuentas de ahorro individuales se verán afectados por el envejecimiento. Los sistemas de pensiones destinadas a las personas mayores son compromisos a largo plazo de una sociedad a la que las personas están afiliadas durante siete u ocho decenios. Para ser sostenible, la viabilidad de los sistemas de seguridad social debe garantizarse a largo plazo. Por lo tanto, resulta necesario poner en práctica ajustes lo antes posible a fin de impedir que se desencadenen crisis financieras. Una vez más, esto debe llevarse a cabo mediante la búsqueda de un consenso entre las distintas generaciones y garantizando una distribución adecuada de los costes entre la población activa y la inactiva.

37. Asimismo, el VIH/SIDA repercute sustancialmente en la financiación de la protección social. En lo referente a los gastos, cabe señalar que aunque debería reducirse el número de pensiones de vejez que se conceden, el número de pensiones de invalidez y de sobrevivientes debería aumentar a corto plazo. En cuanto a los ingresos, una reducción del crecimiento económico motivada por el VIH/SIDA podría afectar negativamente a las cotizaciones de la seguridad social. Sería conveniente fortalecer las redes clásicas de protección social con el objeto de aliviar la carga que supone el VIH/SIDA, lo cual conllevaría una mayor participación de la familia extendida y entre las personas mayores. Los mecanismos informales de protección social (la familia extendida, la comunidad local), han visto sobrepasado con creces el límite de sus posibilidades debido a que un gran número de adultos que son el sostén de sus familias fallece en la flor de la vida. La solidaridad

TABLA 6. Modelo de consumo de servicios médicos por edad. El caso de Japón

<i>Grupo de edad</i>	<i>Escala típica de costes de servicios médicos por edad</i>
0-4	0,8
5-9	0,5
10-14	0,3
15-19	0,3
20-24	0,5
25-29	0,6
30-34	0,7
35-39	0,8
40-44	1,0
45-49	1,1
50-54	1,4
55-59	1,8
60-64	2,3
65-69	2,9
70+	4,7

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en datos procedentes de Japón.

social constituye un elemento esencial para garantizar que se hace llegar toda la ayuda necesaria a las familias, grupos, comunidades y regiones afectadas más directamente por la enfermedad.

### Consecuencias del envejecimiento para la atención médica a largo plazo

38. El envejecimiento está repercutiendo de manera significativa en los servicios de salud de distintos países. Las inversiones en asistencia médica resultan cruciales para hacer que los trabajadores gocen de buena salud durante más tiempo. Sólo si envejecen en plena salud permanecerán los trabajadores más tiempo en activo. También es necesario que los servicios de salud se adapten a las demandas de la población de edad, así como a los costos relacionados. El rápido aumento de la proporción de personas de edad muy avanzada puede servir como indicador de la creciente demanda de servicios de enfermería a largo plazo por parte de las personas mayores dependientes. La asistencia médica constituye una parte integral de la red de protección social de cualquier sociedad.

39. Las pruebas sugieren que en los países en los que existen pocos servicios sociales, los sistemas de apoyo informales, tales como las estructuras familiares, desempeñan un papel significativo en la vida cotidiana de las personas mayores. No obstante, si la participación en la población económicamente activa es cada vez superior (notablemente entre las mujeres), entonces los citados sistemas informales deben ser reemplazados con cada vez más frecuencia por servicios profesionales.

40. Los costes en concepto de asistencia médica aumentan de modo significativo con la edad. Si aplicamos el modelo de la tabla 6 a escala mundial (asumiendo que se mantenga constante) a las proyecciones de población de las Naciones Unidas, veremos que el costo total en concepto de asistencia médica, debido únicamente al envejecimiento, se incrementará un 41 por ciento entre 2000 y 2050. Este aumento será de un 36 por ciento en los países más desarrollados y de un 48 por ciento en los menos adelantados. Dicho efecto no tiene en cuenta el aumento futuro general de la utilización y de los costes en todo el modelo de consumo. Tampoco tiene en cuenta el efecto de «recuperación» que uno podría esperar en el mundo en desarrollo. Además, no está claro si el futuro aumento del consumo de servicios sanitarios en las primeras edades reduciría el mismo en edades más avanzadas. No obstante, un aumento incontenido de la inflación de los servicios médicos de un 1 por ciento anual, o un aumento anual medio de la utilización de tales servicios de un 1 por ciento, tienen mayores efectos en los costes generales de la asistencia médica que el envejecimiento. Además, los servicios de salud forman parte de una industria con un alto coeficiente de mano de obra. El que a largo plazo dicho efecto sea positivo para el crecimiento o limite el mismo, dependerá de las soluciones que los países encuentren a los problemas de empleo generales. Por consiguiente, es necesario llevar a cabo más investigaciones para evaluar los efectos del envejecimiento en el costo total de la asistencia médica.

### Envejecimiento y migración

41. La cuestión relativa a la reserva de trabajadores migrantes, es decir, la migración internacional necesaria para compensar la reducción de la población en edad de trabajar en las sociedades en proceso de envejecimiento, se ha convertido en una preocupación a la que se otorga mucha importancia. Un estudio de las Naciones Unidas<sup>16</sup> ha calculado que, entre 2000 y 2050, en la Unión Europea se necesitarían 47 millones de inmigrantes para mantener el tamaño de población total y 674 millones para mantener la relación entre la población en edad de trabajar (15 a 64 años) y la población mayor (65 años o más). Estas cifras parecen sugerir que la inmigración tal vez no sea una solución universal al envejecimiento.

42. La situación de los trabajadores migrantes que realizan trabajos en el sector de la economía informal y que envejecen al margen de la protección social, sin tener acceso ni a un régimen de pensiones ni a unos servicios de salud adecuados, es motivo de gran preocupación. También es importante garantizar a los inmigrantes un trato igual al que reciben los naturales del país, así como que se mantengan los derechos adquiridos tras cambiar de residencia de un país a otro.

43. La emigración también puede privar a los países de envío de las personas que realmente necesitan. Si bien

### AYMARAS DE EDAD AVANZADA EN LAS ZONAS URBANAS

En las comunidades indígenas aymaras de Bolivia, la comunidad se hace cargo del cuidado de las personas mayores que por un motivo u otro se quedan solas. En la actualidad esta tradición está cambiando, ya que muchos aymaras emigran a las ciudades en busca de trabajo. A menudo, los migrantes aymaras acaban viviendo en las zonas marginadas en condiciones de extrema pobreza. Muchos deciden hacer que sus familiares mayores se trasladan a la ciudad, sobre todo en cuanto a las madres que se han quedado viudas, ya que no quieren que éstos permanezcan solos en las zonas rurales. Para los ancianos aymaras las ciudades son lugares extraños. En ellas prácticamente no existe la estructura cultural de sus ancestros y a estas personas mayores les embarga un profundo sentimiento de inseguridad y alienación.

Hace algunos años, en un barrio de La Paz, cuatro mujeres mayores aymaras fundaron un grupo para ayudarse entre ellas y para evitar ser una carga para sus hijos. Este grupo les permite reunirse y hablar sobre sus problemas. En un principio, la principal actividad consistía en hilar lana de alpaca. Se establecieron contactos con un grupo de personas mayores en Suecia, quienes ayudaron a vender la lana en dicho país. Con los ingresos recibidos, las mujeres empezaron a construirse un hogar. En la actualidad, cuentan con una casa que ofrece un techo a nueve mujeres que no tienen dónde vivir y que no quieren ser una carga para sus hijos. La característica más notable de este grupo es su sentido de la autogestión.

Fuente: Lloyd-Sherlock, P. *Older people's strategies in times of social and economic transformation* en «The ageing and development report», 1999, HelpAge International, Londres.

puede ser una ventaja para los particulares, esta «fuga de cerebros» representa una pérdida considerable para los países que han invertido en la formación y las calificaciones de los trabajadores. Asimismo, esto se traduce en una «selección adversa» de la población adulta que tiene repercusiones negativas para los sistemas de salud y de pensiones nacionales.

44. La aparición de nuevas oportunidades de empleo en las áreas urbanas ha estimulado el aumento de la emigración rural, la cual ha alcanzado niveles sin precedentes, y ha motivado cambios en las estructuras familiares. En muchos casos, los migrantes son adultos jóvenes con altos niveles de educación y las personas mayores permanecen en el campo. La migración no sólo aumenta los efectos que provoca la disminución de la fertilidad en cuanto al envejecimiento de la población al significar que se marchan los más jóvenes, sino que también hace que la comunidad pierda a quienes cuentan con iniciativa y serían más capaces de mejorar la condición de las personas pobres de edad avanzada que viven en las zonas rurales. En ocasiones, las personas de edad que habitan en el campo no son ya capaces de valerse por sí mismas y tienen que emigrar a las zonas urbanas para vivir con sus familiares, enfrentándose a problemas de aislamiento y so-

ledad. En el siguiente recuadro se presenta el caso de personas mayores de la etnia aymara que migraron a las zonas urbanas de Bolivia. Sin embargo, las pruebas con que se cuenta apuntan a conclusiones distintas. Por ejemplo, en la República de Corea, el éxodo hacía las ciudades del excedente de población rural trajo consigo un aumento de la calidad de vida tanto en el sector rural como en el urbano<sup>17</sup>.

## 6. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES EN MATERIA DE POLÍTICAS

45. La vitalidad de nuestras sociedades depende cada vez más de la participación activa de las personas mayores. Por ende, promover una cultura que valore la experiencia y los conocimientos que se adquieren con la edad supone un desafío central. Debemos mejorar las condiciones económicas y sociales a fin de hacer posible que las personas de todas las edades sigan totalmente integradas en la sociedad y puedan así decidir libremente cómo deseen contribuir a la sociedad y relacionarse con la misma, lo cual servirá para que se sientan realizadas.

46. Si bien el envejecimiento no es una «catástrofe», sí plantea un desafío político. El envejecimiento es un fenómeno a largo plazo y es posible introducir mecanismos gradualmente para hacer frente al mismo. Dichos mecanismos deben encontrarse en el mundo del trabajo y en los sistemas de transferencias sociales. Para lograr este objetivo, la OIT considera necesario arrostrar los siguientes retos a la hora de elaborar políticas sobre el envejecimiento:

- Una transición gradual y flexible de la vida activa a la jubilación, como medio para brindar a los trabajadores mayores la oportunidad de permanecer en activo tanto tiempo como deseen.
- El desarrollo de las medidas necesarias para impedir la discriminación en el empleo y en la ocupación, prestando especial atención a los trabajadores mayores.
- La aplicación de políticas encaminadas a formar y reeducar profesionalmente a los trabajadores mayores a fin de ayudarles a adaptarse a las nuevas demandas y oportunidades, utilizando el principio rector de la educación permanente como estrategia preventiva a largo plazo.
- Aprovechar el potencial de las TIC para ofrecer nuevas posibilidades de empleo y de formación a las personas mayores, incluidas aquellas con discapacidades, así como aprovecharlo en beneficio de la mayoría de personas de edad avanzada del mundo.
- La adopción de medidas apropiadas para las condiciones nacionales y de prácticas que permitan a los trabajadores mayores permanecer más tiempo en su puesto de trabajo y que hagan esta posibilidad más atractiva.

- El desafío de la seguridad social, es decir, dar una respuesta eficaz al cambio de las estructuras familiares y de los estilos de vida garantizando un trato equitativo para hombres y mujeres en lo relativo, por ejemplo, a la edad pensionable y a las prestaciones de sobrevivientes.
- La creación de mecanismos que mantengan los sistemas de transferencias sociales en equilibrio financiero al repartir la carga financiera del envejecimiento de forma justa entre las poblaciones activa e inactiva.
- Los costos que motiva el envejecimiento en los sistemas de asistencia médica, así como los positivos efectos económicos que trae consigo el que los trabajadores mayores gocen de buena salud.
- El alcance y las limitaciones de la sustitución de trabajadores gracias a la migración como solución al envejecimiento de la población.
- Tomar en cuenta la importancia de la integración social, los lazos familiares, las relaciones multigeneracionales y los derechos de las personas mayores necesarios para garantizar un envejecimiento decente.
- La evolución del trabajo y del medio ambiente de trabajo como aspectos clave para reducir la invalidez a largo plazo, así como para garantizar una jubilación decente y que las personas mayores gozan de buena salud.
- Dar con formas de reforzar las redes de seguridad clásicas basadas en la familia a fin de mitigar los efectos negativos del VIH/SIDA.

47. Mediante el presente documento hemos pretendido sugerir una serie de vías que deberían explotarse. Con todo lo dicho en mente, es necesario dar con soluciones clarividentes y poner en marcha mecanismos para controlar la situación. Por otra parte, resulta esencial hacer un llamamiento a las principales partes interesadas para que doblen sus esfuerzos, tanto a título individual como mediante la colaboración, para poder hacer frente a los retos de la revolución democrática en la que nos vemos inmersos y para lograr una sociedad verdaderamente inclusiva

para las personas mayores. Finalmente, seguimos otorgando importancia a la formación de alianzas con los gobiernos, las organizaciones de empleadores y de trabajadores, la sociedad civil y el sector privado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OIT: Seguridad social: temas, retos y perspectivas, Informe VI a la Conferencia Internacional del Trabajo, 89.ª reunión, Ginebra, 2001.
2. [www.un.org/esa/socdev/docs/summit.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/docs/summit.pdf).
3. Walker, A., *Intergenerational Solidarity, the foundation of a society for all ages*. Documento presentado ante el Grupo de Expertos sobre Envejecimiento y Desarrollo del FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Valletta, Malta, octubre de 2001; y *The World Ageing Situation: Exploring a Society for All Ages*. Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, 2001.
4. *Informe sobre el trabajo en el mundo*, 2000, Ginebra, OIT.
5. *Empleo y protección social en el sector informal*, Comisión de Empleo y Política Social, Consejo de Administración, 227.ª reunión, marzo de 2000 (documento GB.277/ESP/1/2) [www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb277/pdf/esp-1-2.pdf](http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb277/pdf/esp-1-2.pdf).
6. *Seguridad social: cuestiones, desafíos y perspectivas*, op. cit.
7. *Informe sobre el empleo en el mundo*. 2001, Ginebra, OIT.
8. Samodorov, A., *Indicators of cost-effectiveness of policy options for workers and disabilities* (Ginebra, OIT, 1996).
9. *Realizing decent work for older women workers*, 2000, OIT, Ginebra.
10. *Gender and Ageing*, editado por D. Ewing, en «The ageing and development report», 1999, HelpAge International, London.
11. Auer P, Fortuny M. *Ageing of the Labour Force in OECD Countries: Economic and Social Consequences*, Documento sobre el empleo, 2000, OIT, Ginebra.
12. *OECD Employment Outlook*, junio de 1998, OCDE, París.
13. *La educación permanente en el siglo XXI: nuevas funciones para el personal de educación*, abril de 2000, Ginebra. [www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmep2000/jmep1.htm](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmep2000/jmep1.htm).
14. *Active Strategies for an Ageing Workforce*. Informe de la conferencia, Turku, 12-13 de agosto de 1999. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo <http://www.eurofound.ie/publications/EF9962.htm>.
15. OIT: *Seguridad social: temas, retos y perspectivas*, op. cit.
16. *Replacement Migration: Is it a solution to declining and ageing populations?* División de la Población de las Naciones Unidas, 2000.
17. Skeldon, R. *Ageing of rural populations in South East and East Asia en «The World Ageing Situation. Exploring a Society for All Ages»*, Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas, Nueva York, 2001.